PLANEJAMENTO DESCENTRALIZADO E ASCENDENTE DO SETOR SAÚDE NA ESFERA MUNICIPAL: UMA EXPERIÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM*

Eliseu Paes Marques**
Paulo Roberto Freire Baptista***
Sonia Lucia Bastos Maranhão****

1. Introdução; 2. Fundamentos básicos; 3. Mecanismos operacionais; 4. Operacionalização do processo; 5. Expectativas dos principais impactos e resultados; 6. Comentários finais.

Processo dinâmico utilizado como estratégia básica a nível municipal, para incorporar aos propósitos institucionais do setor saúde os reais anseios da comunidade. Diretrizes e estratégias adotadas para mudar a concepção "estática" do planejamento centrado no escritório ou gabinete, com técnicos do nível central elaborando programas setoriais, à revelia da realidade das comunidades no que se refere a serviços de saúde. Descrição das etapas metodológicas para redirecionamento da prática de planejamento no setor saúde do município de Belém, baseado nos princípios da reforma sanitária e originando um processo gerencial participativo e descentralizado. Registro dos principais impactos e resultados obtidos com a dinamização do processo de planejamento descentralizado e ascendente e análise crítica das circunstâncias institucionais que poderão favorecer ou obstaculizar o desenvolvimento do processo. Aperfeiçoamento do sistema propiciará melhores dimensionamento e aplicação dos recursos destinados ao setor, dando prioridade às ações a partir da combinação entre políticas de governo, perfil epidemiológico do município e aspirações comunitárias.

* Entendemos por planejamento ascendente a prática de desenvolver o processo institucional de planejamento (planejamento, programação e orçamentação) a partir do nível mais operacional para o nível mais estratégico. Essa prática vem sendo adotada, ao longo dos últimos três anos, a nível do setor saúde municipal de Belém, a partir da política de ações integradas de saúde como estratégia para tornar a unidade implementadora da política setorial, no caso a Secretaria Municipal de Saúde, de maior efetividade – maior capacidade para incorporar, nos objetivos institucionais, os reais anseios das comunidades, vivenciados ao nível das unidades executoras de serviços. Assim, a definição de objetivos específicos, suas quantificações e a orçamentação são elaboradas a nível de cada posto de saúde, centro de saúde e unidade mista, através de um instrumento matricial adredemente concebido para esse fim, conforme descrição no texto em pausa. Esse processo se diferencia do planejamento tradicional, onde o plano é concebido e elaborado a nível central, departamento ou assessoria de planejamento, para ser executado (impositivamente) pelo nível operacional. No processo ascendente de planejamento, o escritório de planejamento apenas traduz as grandes linhas da política setorial, no caso, nacional e estadual, e coordena o processo global de planejamento em um grau necessário à preservação da unidade do sistema, compatibilizando as propostas vindas de baixo para cima.

** Coordenador da Secretaria Executiva da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Belém (Cims).
*** Coordenador de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Belém (Sesma). (Endereço do autor: Rua Veiga Cabral, nº 807 – 66.020 — Belém, PA.)
**** Assessora de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Belém (Sesma).

1. *Introdução*

A implantação e o fortalecimento de um processo descentralizado de planejamento, programação e orçamentação do setor saúde, no município de Belém, constituem um reflexo das transformações políticas que vêm ocorrendo no âmbito nacional, tendo como marco os convênios firmados através das Ações Integradas de Saúde, os quais viabilizaram a participação conjunta das instituições públicas de saúde, através de instâncias colegiadas, no planejamento e na administração do setor saúde como um todo.

Estava, portanto, delineada uma nova política de prestação de serviços, cuja base requeria a inserção da esfera municipal, situada mais próxima do cidadão para atuar num contexto de maior globalidade e integralidade. Até então, a atuação do município de Belém restringia-se às ações de urgência e emergência, cujo planejamento e administração estavam ligados à estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Administração. Era necessário uma nova política que, compatibilizada com a Política Nacional de Saúde, redirecionasse a ação municipal estabelecendo novas diretrizes capazes de definir, com clareza, o seu curso frente aos demais níveis de governo.

Em dezembro de 1985 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (Sesma), a qual vem instituindo medidas descentralizadoras com vistas a corrigir distorções que inviabilizaram, a seu nível, o crescimento do setor, efetivando, na prática, o processo descentralizado de planejamento, programação e orçamentação de saúde na esfera municipal.

O presente artigo consiste numa tentativa de descrição da estratégia mais relevante, vivenciada pela Sesma, em busca de maior capacitação institucional, com vistas a desempenhar, em níveis adequados, o papel que lhe é destinado como órgão de comando, a nível municipal, no processo de reforma sanitária em desenvolvimento no País.

2. *Fundamentos básicos*

Tendo por objetivo a descentralização do processo de planejamento, programação e orçamentação, a Sesma constituiu, a nível de sua estrutura e com vistas a sua operacionalização, um grupo de trabalho cuja proposta tem como fundamento básico a adoção dos seguintes princípios:

a) *área programática:* forma de caracterizar a Unidade Básica de Saúde com responsabilidade definida sobre uma população residente em determinada área;

b) *gerência participativa:* instrumento básico de participação do nível departamental e operacional no processo de administração em saúde;

c) *descentralização:* aproximação coerente da instância de tomada de decisões com a execução da própria ação finalística;

d) *participação comunitária:* viabilização de espaço para maior participação do usuário no planejamento e controle dos serviços de saúde, através das comissões locais de saúde (Clis);

e) *integralidade das ações:* observância da correlação do homem com seu ambiente físico, cultural e social. Desenvolvimento, em caráter prioritário, das atividades, buscando atender às necessidades básicas da população na sua integralidade, sem a dicotomia entre prevenção e cura;

f) *eqüidade no atendimento:* concepção do atendimento indiscriminado em termos de qualidade e/ou quantidade de ações e serviços à população;

g) *multiinstitucionalidade:* envolvimento conjunto das instituições prestadoras de serviços e formadoras de recursos humanos para o setor.

3. *Mecanismos operacionais*

3.1 Preparação e envolvimento das equipes das unidades municipais de saúde no processo

A proposta do novo modelo suscitou providências no sentido de melhor capacitação dos recursos humanos que operacionalizam os serviços, de maneira a entender o presente momento de reorganização da saúde no município, bem como sua preparação para assumir uma responsabilidade no processo decisório e de planejamento ascendente, tendo como base as realidades locais.

Dessa forma, foram instituídos programas de treinamento contemplando não só a equipe funcional já efetivada nos serviços, mas também os que ingressavam na instituição. Esses programas contemplaram, além das informações técnicas, referentes às ações específicas, conteúdos básicos referentes às políticas de saúde e ao processo de planejamento e programação ascendente.[1]

3.2 Adequação da infra-estrutura física e organizacional

Sob este aspecto foi necessária a adoção tanto de medidas de modernização administrativa e de reorganização da rede básica municipal de saúde, como de estratégias viabilizadoras do processo de descentralização do planejamento e orçamentação. Através dessas estratégias foram realizadas, dentre outras, as seguintes mudanças:

a) classificação das unidades municipais de saúde, segundo seus portes, em função de suas capacidades físicas;
b) ampliação da rede física própria;
c) padronização dos prédios, da equipe funcional e dos medicamentos básicos;
d) elaboração de regimento das estruturas e normatização das ações;
e) elaboração do guia para gerenciamento, organização e operacionalização dos serviços básicos de saúde;
f) melhoria da política de pagamento da equipe funcional;
g) incorporação das ações de pronto-socorro às unidades básicas de saúde.

Essas mudanças proporcionaram o dimensionamento, num primeiro momento, da capacidade operativa da rede municipal de serviços de saúde, além de definir, de acordo com características físico-funcional e de localização, a real capacidade de oferta de serviços, bem como sua especificidade, qualidade e grau de resolutividade.

3.3 Levantamento da população adstrita e dimensionamento da população para controle

Considerando que o princípio de eqüidade no atendimento à demanda constitui componente crucial e que, por outro lado, os recursos institucionais de saúde são

[1] Ao considerarmos o processo como um todo de Planejamento Ascendente (conforme explicação anterior), estaremos, também, assim concebendo qualquer de suas etapas; no caso, a programação.

escassos, inadequadamente dimensionados e mal distribuídos, particular ênfase foi dada a esta etapa do processo visto que, pelas razões citadas, a população de baixa renda, demandante dos serviços públicos de saúde, extrapola, amiúde, a capacidade operativa das unidades de saúde, o que tem prejudicado, sobremaneira, a qualidade e resolubilidade das ações de controle.

Adotou-se, então, como estratégia, a definição precisa da responsabilidade de atuação programática de cada unidade de saúde, com a delimitação da área adstrita e o cadastramento familiar da população residente, a partir do que seriam estimadas as metas físicas de cobertura das atividades. Dessa forma, já está sendo possível identificar o grau de cobertura da população pelos serviços públicos de saúde e a necessidade de ampliação dos mesmos, segundo a realidade nosológica e a demanda populacional, ao mesmo tempo que se subsidia o planejamento local do setor saúde para adequação de suas programações de trabalho.

4. *Operacionalização do processo*

4.1 Elaboração da estrutura programática

A implantação do processo de planejamento ascendente não prescinde de um mecanismo capaz de estabelecer um elo programático entre os diversos subsistemas gerenciais que possa, ao mesmo tempo, traduzir a política municipal de saúde em termos de ações prioritárias.

Desse modo, a partir da definição conjunta das diversas unidades administrativas que compõem as instituições nos seus vários níveis, delineou-se uma estrutura programática que consiste num arcabouço onde estão configuradas, através de áreas e subáreas programáticas, as prioridades contempladas a nível de atuação institucional em consonância com as políticas setoriais de âmbito nacional, estadual e municipal.

Essa estrutura programática, assim definida, constitui-se num roteiro amplo para que o processo de planejamento, programação e orçamentação se dê em etapas contínuas e complementares, de modo que a orçamentação reflita o conteúdo programático definido com base na realidade de trabalho dos serviços de saúde, conteúdo esse que, por sua vez, mantém adequado grau de congruência entre as demandas da comunidade, o perfil epidemiológico e as orientações emanadas das políticas governamentais.

Assim a etapa de planejamento, entendido este como o processo de estabelecimento de diretrizes e prioridades a partir de uma combinação entre as orientações políticas de governo, o perfil epidemiológico municipal e as reivindicações comunitárias, culmina com o delineamento da estrutura programática que, por sua vez, se constitui no roteiro-padrão a ser seguido nas etapas de programação operacional, programação departamental, orçamentação e plano anual de trabalho. Este último constitui o subsídio final para a elaboração da programação e orçamentação integrada (POI) de abrangência nacional.

4.2 Programação operacional

4.2.1 Preparação do instrumento de programação

Com o conhecimento das variáveis identificadas através de mecanismos operacionais, as quais se constituem em indicadores reais das necessidades da demanda

e da capacidade operativa dos serviços, os níveis central e de execução da Sesma iniciaram a elaboração do instrumento de programação, de acordo com as prioridades definidas na estrutura programática da Sesma.

Tal instrumento, denominado *programação operacional,* se constituiu, inicialmente, do formulário matricial para projeção e quantificação das ações e atividades a serem desenvolvidas durante o exercício de 1986, acrescido de dados subsidiários – epidemiológicos e demográficos – das áreas adstritas às unidades municipais de saúde e de orientações técnicas – resumo das normas e procedimentos técnicos a serem considerados por ocasião da programação local.

Esse instrumento foi amplamente discutido entre as chefias de departamento, unidades locais de saúde e equipes técnicas de nível central e local da Sesma, com vistas ao seu aprimoramento e à praticidade de seu manuseio e aplicação. Foi devidamente testado e operacionalizado, ao longo dos exercícios de 1986/87, tendo sido de especial relevância para a implementação do processo de descentralização do planejamento, programação e orçamentação, encetado pela Sesma.

Para 1988, o aprimoramento do processo de descentralização suscitou a reformulação do instrumento de programação operacional com vistas a viabilizar a consolidação do processo de integração interinstitucional, que demandava uma melhor resposta ao sistema computadorizado de informática em implantação a nível de estado.

Dessa forma, para melhor estruturação de seu conteúdo programático, o instrumento de programação operacional foi aperfeiçoado, tendo sido a matriz programática o objeto principal de reformulação ao adotar uma estrutura realmente matricial para projeção e quantificação das ações/atividades. Todavia, o instrumento, como um todo, adotou a seguinte estrutura:

a) *instrumentação para programação:* consiste num roteiro básico delineador das principais etapas a serem consideradas por ocasião da programação;
b) *estrutura programática:* instrumento norteador da política municipal de saúde, em termos das ações prioritárias para o exercício de 1988;
c) *dados subsidiários:* fornecidos pelo nível central e levantados pelas unidades, imprescindíveis ao processo de programação, sendo constituídos basicamente de: dados demográficos, dados epidemiológicos, recursos humanos da unidade e infra-estrutura física da unidade;
d) *orientações técnicas:* resumo das normas e procedimentos elaborados ao nível central, pelos departamentos-fim, com a participação da assessoria de planejamento, e que deverá ser considerado por ocasião da programação local;
e) *matriz programática:* formulário matricial para projeção e quantificação das ações/atividades a serem desenvolvidas a nível da rede de serviços de saúde, durante o exercício de 1988;
f) *instrumento de cálculo para projeção de metas:* que se constitui de todos os parâmetros, dispostos de modo a facilitar a projeção das metas.

Portanto, o esforço inicial de sistematização das atividades da Sesma, ocorrido nos anos de 1986 e 1987, que resultou em planos reais, fundamentados numa programação local, evoluiu no ano de 1988 para um documento viabilizador do processo de unificação do sistema de saúde no estado, facilitando o acompanhamento e avaliação das ações programáticas e subsidiando a elaboração da programação e orçamentação integrada (POI) 1988-90, no estado.

4.2.2. Estimativa de metas físicas de cobertura por atividades

No decorrer desta etapa, observa-se o fortalecimento do processo participativo em que grande parte da equipe da Sesma, atuante nos vários níveis, se vê envolvida nas discussões que antecedem a programação propriamente dita.

Essas discussões se processam dentro de uma nova ótica em que o planejamento descentralizado e ascendente se posiciona na busca da integralidade das ações, superando a dicotomia entre o individual e o coletivo.

A finalidade do processo é constituir um sistema racional e sistemático que estabeleça relações e identifique variáveis; que traduza, na prática, a realidade de cada unidade de saúde no que concerne às necessidades e aspirações da população e das equipes responsáveis pela execução dos serviços. Assim, esta etapa é operacionalizada da seguinte forma:

a) *treinamento de facilitadores:* encontro das equipes de planejamento, departamentos-fim e divisões técnicas objetivando a validação, correção de distorções e esclarecimento de dúvidas sobre o instrumento de programação operacional, preparando, dessa forma, um grupo de técnicos para condução do processo a nível local.

b) *efetivação da programação operacional:* encontro das equipes de planejamento e grupos de técnicos dos departamentos-fim e divisões técnicas com as equipes das unidades de saúde, objetivando elaborar a programação propriamente dita, com a estimativa de metas físicas de cobertura por atividade.

Nesse mòmento, acentua-se o envolvimento das equipes locais no processo, o que leva à melhor compreensão das atividades que estão sendo programadas e, conseqüentemente, provoca maior compromisso com o alcance das metas físicas estimadas. A relação entre a capacidade instalada e o grau de desenvolvimento das ações é estabelecida de modo a obter-se uma coerência entre o que seria necessário e o que se pode desenvolver com qualidade, ao mesmo tempo em que, numa abordagem construtiva, são identificados e esclarecidos pontos de estrangulamento que precisam ser removidos para maior eficácia na prestação de serviços.

Essa etapa vem sendo desenvolvida e aperfeiçoada anualmente, de modo a fortalecer e incrementar a capacidade gerencial da equipe do setor saúde municipal, capacitando-a para assegurar a viabilidade do processo de planejamento, programação e orçamentação ascendente,[2] bem como para estabelecer maior articulação com as lideranças locais de forma a estimular e promover a efetiva participação da comunidade do referido processo.

4.3 Programação departamental

Uma vez efetivada a programação local, procede-se a análise e à conferência do instrumento de programação, corrigindo-se as distorções e possíveis erros ocorridos por ocasião do processo de programação, emitindo-se um "laudo técnico" destinado à validação da programação elaborada a nível das unidades de saúde. O laudo técnico consiste em um documento simplificado que contém uma análise crítica da programação das unidades, além de informações adicionais e/ou justificativas de reprogramação de ações/atividades não previstas no instrumento de programação operacional.

[2] A orçamentação é concebida neste artigo como etapa do processo global de planejamento descentralizado e ascendente. Da mesma forma que a programação, sua elaboração é feita a partir do nível operacional, de modo que o nível central (estratégico) limita-se a sua compatibilização e busca dos canais de financiamento.

Nessa etapa, a programação ocorre através de um fluxo entre o grupo de planejamento e os departamentos componentes da estrutura da Sesma, os quais, após consolidação das programações das unidades de saúde, complementam o documento com a programação relativa às suas atividades de coordenação e às atividades específicas e/ou verticais que executam (ver figura 1).

Os departamentós que desenvolvem programas verticais, assessorados pela assessoria de planejamento, elaboram suas programações específicas; o departamento-meio (departamento de administração), situando-se na fase intermediária do processo, recebe as programações departamentais para, com base nestas, elaborar sua própria programação, ou seja, a programação de apoio, que juntamente com a programação de assessoria técnica vai viabilizar as atividades e ações voltadas para o fortalecimento institucional da Sesma e o apoio à execução das ações de saúde.

Para viabilização dessa fase, utiliza-se o instrumento de programação departamental, o qual consiste no agrupamento dos principais programas e subprogramas dos departamentos, com metas quantificadas, e distribuídos orçamentariamente conforme a natureza da despesa. Esse instrumento tem a seguinte estrutura: prioridades e estratégias gerais; ações/atividades (consolidado das ações/atividades da unidade de saúde, programação das ações desenvolvidas verticalmente, programação de coordenação e apoio técnico, programação orçamentária, consolidado orçamentário do departamento); fluxograma do processo.

4.4 Elaboração do plano anual de trabalho (PAT)

A elaboração do plano anual de trabalho se processa a nível do grupo de assessoramento técnico da Sesma, o qual se constitui no órgão central do processo descentralizado e ascendente de planejamento, programação e orçamentação global, a nível municipal, na área de saúde.

Compõe-se basicamente de:

a) análise descritiva da situação sanitária do município, considerando os aspectos epidemiológicos, sociais, demográficos e os recursos físicos, materiais e humanos que caracterizam a situação da rede de prestação de serviços de saúde;
b) política municipal de saúde, estabelecida a partir da definição de prioridades programáticas, tendo em vista as necessidades da população e os agravos à saúde local que estão em primeiro lugar;
c) programação global de atividades para o exercício, consolidado das ações e atividades segundo áreas específicas das pessoas e do meio ambiente, desenvolvimento institucional e programação orçamentária.

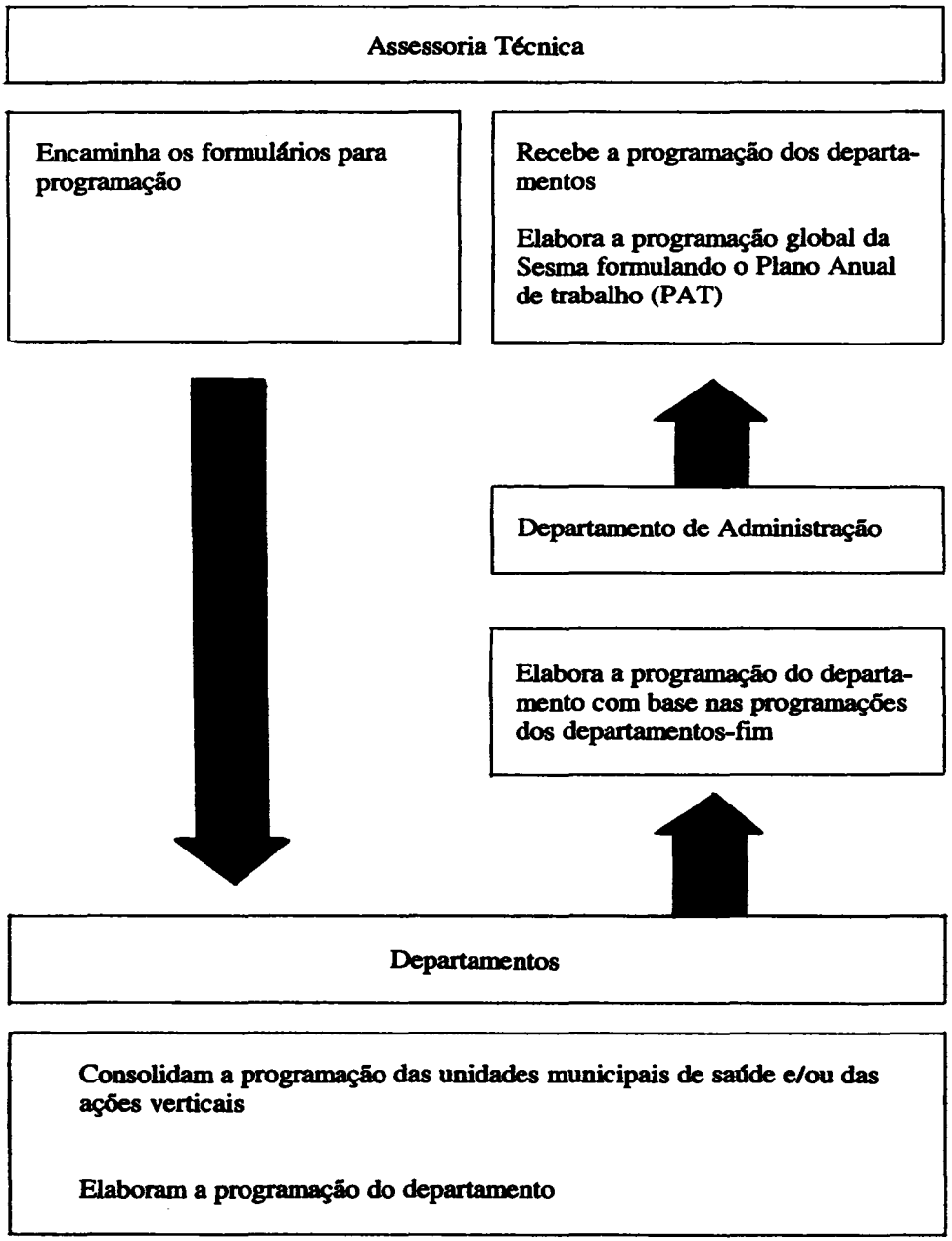
É, portanto, um documento sistematizador das atividades da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, dentro de uma visão global e integrada e assume, enquanto instrumento de planejamento, uma perspectiva mais analítica, na tentativa de proporcionar oportunidade para que o processo orçamentário, ao invés de representar uma simples classificação econômica de itens de despesas, reflita as reais necessidades operativas das ações de saúde vivenciadas a nível de cada unidade municipal de saúde.

Assim, o PAT opera, enquanto instrumento institucional, como:

a) instrumento de integração interinstitucional na negociação político-administrativa da esfera municipal junto a outras instâncias normatizadoras e/ou capacitadoras de recursos;

Figura 1
Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente

Fluxo da programação departamental e global



Fonte: Assessoria técnica da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente

b) instrumento pedagógico que vem contribuindo para a abertura de um espaço privilegiado de discussões políticas e técnico-administrativas a nível dos vários segmentos que compõem a Sesma;
c) instrumento intermediário da programação e orçamentação integrada do setor saúde - POI 1988-90, no município de Belém.

Daí sua importância quanto ao efetivo comprometimento das instâncias gestoras com suas diretrizes e prioridades, desde o momento de sua definição até o cumprimento de metas físico-financeiras, bem como quanto ao acompanhamento e controle das programações nele contidas.

Vale destacar que o PAT se consubstancia num plano global de intenções da Sesma para um determinado exercício, com a vantagem de que seu conteúdo programático está calcado em bases reais a partir das necessidades detectadas a nível das unidades de saúde, em sua interação com as demandas comunitárias. Por ser um plano global de respostas à ambiência da instituição, é evidente que sua viabilização financeira extrapola o âmbito da orçamentação municipal. Daí sua serventia, enquanto subsídio permanente, para garantir que as negociações, quase sempre tempestivas, com fontes alternativas de recursos, se façam em bases reais.

Sua contribuição, na forma como vem sendo concebida, para aumentar o grau de sistematização das atividades da instituição, tem sido confirmada a nível setorial, como ilustra a recente coordenação da POI do município de Belém, pela Sesma.

4.5 Acompanhamento e avaliação de atividades

A consolidação do avanço alcançado pela descentralização do processo de planejamento, programação e orçamentação suscitou a sistematização do subsistema de acompanhamento e avaliação do conjunto das ações desenvolvidas pela Sesma, bem como de seus mecanismos político-gerenciais, de maneira a fornecer elementos para a adequação contínua da política municipal aos objetivos da atual política nacional de saúde.

O aperfeiçoamento desse subsistema requereu a elaboração de um instrumental capaz de avaliar a situação do setor no que se refere à estrutura (instalações, recursos humanos, insumos, etc.), ao processo de prestação de serviços e ao impacto das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde sobre as condições sanitárias da população.

Suscitou, ainda, a construção de um sistema de informação que abrangesse o conjunto de ações programadas, além de uma coleta de dados ordenada, precisa, unificada e em sintonia com as prioridades e metas estabelecidas.

Isso foi possível a partir da revisão dos processos de supervisão, estatística e apuração de custos, os quais foram implementados sob uma nova ótica de integridade dos serviços, com vistas a racionalizar recursos, maximizar os resultados e criar mecanismos próprios capazes de assegurar a uniformidade e complementaridade do processo.

O conjunto de instrumentos necessários à concretização do processo de acompanhamento, controle e avaliação foi concebido e estruturado com vistas a captar as dimensões qualitativas e quantitativas dos serviços.

Até o instante em que foi possível avançar nessa tarefa, identificaram-se os seguintes instrumentos:
a) fichas de cadastramento e avaliação de ações, projetos e atividades componentes do sistema municipal de acompanhamento de programas (SAP) destinadas a

fornecer dados à Coordenadoria Geral de Planejamento da Prefeitura Municipal de Belém, através de relatório trimestral, com vistas à compatibilização da execução do plano anual de trabalho, da Sesma, com o plano global de governo;
b) instrumento de avaliação das ações de saúde e meio ambiente, para avaliar o impacto causado pela programação ascendente das ações e atividades, retratando o cumprimento de metas e o grau de rendimento e de cobertura das unidades de saúde ao final de cada exercício;
c) ficha técnica de avaliação das atividades de coordenação e gerenciamento, destinada à avaliação anual das condições de eficiência e produtividade dos órgãos gerenciais que compõem a estrutura da Sesma;
d) boletins estatísticos mensais, dos quais estão em uso, atualmente, um instrumento de coleta de informações das ações e atividades desenvolvidas nas unidades de saúde; um instrumento de coleta de dados sobre ações verticais (Priese, Creche e saúde ambiental); fichas de notificação; um boletim de serviços produzidos; um relatório mensal de apuração de custos, constituído das despesas de custeio (pessoal, material de consumo e outras despesas correntes), que tem como finalidade permitir o acompanhamento dos custos das unidades municipais de saúde;
e) relatório anual, instrumento analítico consolidado das avaliações sistemáticas realizadas durante o ano, que se constitui no principal mecanismo de retroalimentação do processo ascendente de planejamento, programação e orçamentação. Compõe-se de diretrizes para o ano em curso; programas de trabalhos e realizações do ano nas áreas de atenção básica, atenção secundária, saúde ambiental, desenvolvimento institucional e mecanismos político-gerenciais; quadros de recursos e programas de trabalho para o ano seguinte;
f) roteiro de supervisão. Tem como objetivo alimentar um processo contínuo de análise e solução dos problemas vivenciados na operacionalização dos serviços. Contém elementos que permitem observar, nas unidades de saúde, aspectos da infra-estrutura física, de material e de recursos humanos; de desenvolvimento quali-quantitativo das atividades técnicas de gerência e organização dos setores; de articulação interinstitucional; de referência e contra-referência e de participação comunitária.

5. *Expectativas dos principais impactos e resultados*

Com a dinamização do processo descentralizado e ascendente de planejamento, programação e orçamentação, adotado pela Sesma, antevêem-se, desde já, os seguintes impactos e resultados para o setor saúde, no município de Belém:
a) reformulação da política de gerenciamento do setor saúde municipal com vistas à descentralização, para nível local, do poder decisório e de planejamento, programação e orçamentação das ações/atividades de saúde;
b) maior adequação da política de aplicação de recursos destinados ao setor saúde às necessidades da população;
c) incremento do percentual de recursos destinados à saúde no orçamento global do município;
d) valorização profissional das equipes de saúde, mediante maior capacitação para regerenciamento dos serviços;
e) efetiva participação na programação e orçamentação integrada (POI), através da contemplação de recursos que atendem às necessidades do município;
f) ampliação das bases para implantação do Suds no Pará;

g) fortalecimento do processo de municipalização das ações de saúde no município de Belém;
h) maior participação comunitária no controle e acompanhamento dos serviços de saúde;
i) uniformidade e complementaridade dos serviços multiinstitucionais de assistência à saúde;
j) planejamento, programação e orçamentação devidamente integrados e em consonância com as prioridades e necessidades estabelecidas pela população;
l) aumento da cobertura populacional com serviços assistenciais de saúde, através de racionalização de serviços, maximização de resultados e, conseqüentemente, redução dos índices de morbimortalidade no município;
m) intercâmbio de experiência e assessoramento técnico para fortalecimento das demais estruturas de saúde atuantes no município;
n) assunção gradativa e planejada da rede básica de saúde existente no município;
o) reestruturação física e organizacional do atual modelo de prestação de serviços de saúde no município de Belém, com maior grau de adequabilidade às peculiaridades regionais e sócio-econômicas da população.

6. *Comentários finais*

A descentralização do processo de planejamento, programação e orçamentação da saúde, na esfera do município de Belém, enquanto uma prática ascendente e participativa dos vários segmentos organizacionais da estrutura da Sesma e da comunidade, tem encontrado os seus limites e possibilidades no contexto da atual conjuntura em que se encontra o setor saúde a nível nacional e estadual.

O movimento pela reforma sanitária, desencadeado e fortalecido em todo o país, tem tido seus reflexos no âmbito do município, ora acelerando o processo de descentralização do planejamento, ora obstaculizando o estabelecimento de novos mecanismos políticos e gerenciais entre as instituições responsáveis pela prática de ensino e de assistência à saúde. Nesse quadro, até certo ponto ambíguo, o grau de uniformidade entre as instituições não vem alcançando um nível satisfatório capaz de viabilizar um planejamento único e global para o setor, com conseqüentes racionalização de custos e definição de prioridades comuns.

Felizmente, tal dificuldade, provavelmente vinculada à rigidez normativa das entidades, está sendo gradativamente através de iniciativas isoladas da esfera municipal, que vem encontrando, a bem da verdade, certa ressonância e aceitabilidade na composição de planos convergentes para as prioridades e necessidades locais.

Registra-se, portanto, que a hegemonia das instituições detentoras de maior aporte de recursos na determinação das políticas setoriais está sendo, aos poucos, destituída nas práticas institucionais em nosso município, resultando em novas políticas de planificação segundo critérios de definição de prioridades e alocação de recursos congruentes com a estrutura de valores predominantes na ambiência da realidade municipal.

Assim, considerando-se que o planejamento em saúde é um ato técnico realizado por pessoal especializado, com apoio dos níveis de decisão política e com a participação de especialistas na área da saúde, e que não se restringe à programação de serviços, mas se amplia com aspectos de infra-estrutura, organização, orçamentação e gerenciamento do setor saúde, conclui-se que, nas circunstâncias em que a estrutura é favorável, o processo de planejamento ascendente, como ins-

trumento norteador da ação de saúde para o atendimento das reais necessidades da população, adquire dinâmica própria no contexto institucional.

Summary

A dynamic process, distinct from the one traditionally carried out in the health sector, is the core of the basic strategy the authors intend to present, at municipal level, so that real needs of a community may be incorporated to institutional goals.

It is examined here an experience of the municipal government of Belém, where directives were drawn and strategies developed, with a view at reversing the "static" conception of an office-centered planning, traditionally performed by a central technical staff assembled to project sectorial programs, well apart from the communal realities in the area of health services.

The adoption of a new direction in the practice of health planning in Belém's municipality, based on principles of sanitary reform, has generated a participative and decentralized managerial process, described in this article in terms of its methodological stages.

The study also includes the most significant impacts and results achieved through a more dynamic process of decentralized and ascensional planning, in addition to effecting a critical analysis of institutional circumstances capable either of favouring or hampering the process' development.

In other realities of Brazilian public administration, the dynamics of planning may have achieved a higher degree of evolution than the one describe here. The capacity to correct distortions and to improve the practice applied by the Secretaria Municipal de Saúde de Belém (Municipal Secretary of Health of Belém) will, undoubtedly, lead to a better proportioning and allocation of the sector's financial resources, a priority being accorded to what must be done, starting from an ensemble including governmental policies, the epidemiological profile of the municipality and community needs and aspirations.