

Plano Estadual de Saúde: Mapa Conceitual como ferramenta para mostrar significados relevantes ao alcance do usuário

State Health Plan: Conceptual Map as a tool to show relevant meanings within the user's reach

Plan Estatal de Salud: Mapa Conceptual como herramienta para mostrar significados relevantes al alcance del usuario

Recebido: 14/02/2022 | Revisado: 21/02/2022 | Aceito: 25/02/2022 | Publicado: 07/03/2022

Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0066-8927>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: rozangela.wyszomirska@famed.ufal.br

Bárbara Camila Barbosa de Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9370-4431>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: barbarmendonca@hotmail.com

Adriana Reis de Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5404-9737>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: arbarros17@yahoo.com.br

Mayara Nakiria Tavares da Rocha Calheiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2313-0345>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: may_nakiria@hotmail.com

Heloísa Helena Motta Bandini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7320-2637>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: heloisabandini@gmail.com

Marcelo Santana Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9250-8538>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: santanacosta.marcelo@gmail.com

Resumo

O planejamento em saúde vem sendo realizado no Brasil após a implantação do Sistema Único de Saúde. No entanto, muitas vezes os planos de saúde não são vislumbrados facilmente, sendo, portanto, pouco conhecidos. O mapa conceitual é uma ferramenta gráfica que organiza e representa o conhecimento. O objetivo deste estudo foi utilizar o mapa conceitual como estratégia para visualização crítica de um Plano Estadual de Saúde. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de natureza documental com abordagem qualitativa, sendo inicialmente delimitado o estado da arte da temática por meio de uma revisão bibliográfica e a seguir foi realizada a pesquisa documental, cujas informações foram coletadas do Plano Estadual de Saúde de Alagoas – PES 2016-2019 e por fim, o resultado da pesquisa foi apresentado através de mapas conceituais permeados pela discussão. Após a análise do documento, foram identificadas a sua estruturação e compromissos firmados para o quadriênio 2016-2019, que foram dispostos em mapas conceituais, com os eixos, diretrizes e objetivos. A demonstração gráfica do plano através de mapas conceituais mostrou-se consistente para facilitar a quem interessar a compreensão de diretrizes que devem originar as iniciativas no campo da saúde, sendo considerada uma proposta pertinente.

Palavras-chave: Planejamento em saúde; Plano de saúde; Mapas.

Abstract

Health planning has been carried out in Brazil after the implementation of the Unified Health System. However, health plans are often not easily envisioned and are therefore little known. The concept map is a graphical tool that organizes and represents knowledge. The objective of this study was to use the conceptual map as a strategy for the critical visualization of a State Health Plan. Therefore, documental research with a qualitative approach was carried out, initially delimiting the state of the art of the subject through a literature review and then the documentary research was carried out, whose information was collected from the State Health Plan of Alagoas - PES 2016-2019 and finally, the research result was presented through conceptual maps permeated by the discussion. After analyzing the document, its structure and commitments signed for the 2016-2019 quadrennium were identified, which were arranged in conceptual maps, with the axes, guidelines, and objectives. The graphic demonstration of the plan through

concept maps proved to be consistent to facilitate those interested in understanding the guidelines that should give rise to initiatives in the field of health, being considered a relevant proposal.

Keywords: Health planning; Health insurance; Maps.

Resumen

La planificación de la salud viene siendo realizada en Brasil después de la implementación del Sistema Único de Salud, sin embargo, los planes de salud muchas veces no son fácilmente vislumbrados y, por lo tanto, poco conocidos. El mapa conceptual es una herramienta gráfica que organiza y representa el conocimiento. El objetivo de este estudio fue utilizar el mapa conceptual como estrategia de visualización crítica de un Plan Estatal de Salud, para lo cual se realizó una investigación documental con abordaje cualitativo, delimitando inicialmente el estado del arte del tema a través de una revisión bibliográfica. Luego se realizó la investigación documental, cuya información fue recolectada del Plan Estatal de Salud de Alagoas - PES 2016-2019 y finalmente, el resultado de la investigación fue presentado a través de mapas conceptuales permeados por la discusión. Luego del análisis del documento, se identificaron su estructuración y los compromisos suscritos para el cuatrienio 2016-2019, los cuales se ordenaron en mapas conceptuales, con los ejes, lineamientos y objetivos. La demostración gráfica del plan a través de mapas conceptuales demostró ser consistente para facilitar la comprensión de los lineamientos que deben originar iniciativas en el campo de la salud, siendo considerada una propuesta relevante.

Palabras clave: Planificación en salud; Plan de salud; Mapas.

1. Introdução

O Planejamento pode ser visto por meio de diversos enfoques e visa à programação e organização de ações sistemáticas para alcançar um determinado objetivo, tendo o papel de direcionar ações integradas e articuladas para alcançar resultados esperados (Vieira, 2009).

O planejamento estratégico surgiu no século XX, na antiga sociedade soviética, por volta de 1917, com a finalidade de satisfazer as necessidades sociais e econômicas dos indivíduos e como forma de oposição aos mecanismos de controle de mercado, sustentados pela oferta e demanda (Giardina et al. 2005). No setor da saúde, o planejamento é considerado o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (Lima et al. 2012).

Na América Latina, o planejamento em saúde surgiu na década de 1960, fruto da parceria entre o Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES), da Universidade da Venezuela e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e ficou conhecido como método CENDES-OPAS de Programação em Saúde. O objetivo era contribuir com o gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver prioridades em padrões econômicos e técnicos. A partir da década de 70 e início dos anos 80 surgiu uma nova forma de encarar o planejamento em saúde, a partir das críticas ao método e seu caráter normatizador e sua desvinculação com as políticas sociais (Chorny et al. 2008; Giovanella, 1990).

Dois trabalhos foram fundamentais para a estruturação do planejamento em saúde na América Latina, o Pensamento Estratégico em Saúde, de Mario Testa, e o Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus, ainda no século XX. Este último foi o método mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira (Lima et al. 2012), foi considerado como uma evolução do pensamento crítico dos anos sessenta em relação ao planejamento econômico.

O planejamento estratégico situacional seria constituído de quatro momentos não-sequenciais, simultâneos e em constante processo: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático operacional. Na fase explicativa, a realidade seria descrita mediante a seleção de problemas, buscando-se a compreensão e identificando-se os nós críticos, que representam os centros práticos de ação. Na fase normativa, ocorreria a identificação dos atores que integram o problema e dos recursos que esses dispõem para controlar as operações e projeções de cenários e definição de prazos e metas. Na fase estratégica, a análise situacional focada na construção da viabilidade do plano, mapeando a cooperação dos atores. Por fim, na fase tática-operacional, as ações propostas que devem ser adequadas às situações apresentadas. O monitoramento das operações e a avaliação deveriam ser contínuas, para avaliar o impacto do processo sobre a organização dos serviços (Giovanella, 1991; Melleiro et al. 2005).

No Brasil, de acordo com o artigo 15 da Lei Nº 8.080 (1990) ficou estabelecido a obrigatoriedade de elaboração e atualização periódica do plano de saúde. A Lei complementar 141, em seu artigo segundo (2012), definiu que na aplicação dos recursos mínimos para a saúde seriam considerados como despesas as ações e serviços públicos de saúde voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que estivessem em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação. Dessa forma, ficou ressaltada a importância da elaboração dos planos de saúde, por cada esfera de gestão, devendo ser articulados e integrados entre si (Ferreira et al. 2018).

Em 12 de abril de 2001, na virada para o século XXI, a Portaria nº548 (2001), do Ministério da Saúde aprovou as orientações para auxiliar os gestores, técnicos e conselheiros do SUS na utilização de instrumentos para a elaboração do Plano de Saúde e respectivos quadros de metas. Dentre as orientações, destacavam-se princípios de objetividade, sintonia com o Plano Plurianual, definição de indicadores de saúde, alcance e adequação aos Sistemas de Informação em Saúde, além de destacar a importância de articulação entre os diversos instrumentos, vinculação com orçamento, definição precisa das instâncias, dos fluxos, dos prazos; ênfase na abordagem estratégica e padronização de instrumentos.

Dessa forma, até os anos 2000 observa-se que houve um grande interesse na produção teórica, no Brasil, concernente ao Planejamento Estratégico como instrumento teórico-metodológico para a saúde. Campos (2000), em seu artigo aborda sobre a produção de teorias e métodos de planejamento em saúde, tecendo comentários sobre diversos autores.

A seguir, com este arcabouço teórico foi sinalizada a construção dos planos de saúde nas três esferas de governo do país (federal, estadual e municipal). Em 4 de agosto de 2004, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde – um pacto pela saúde no Brasil, após discussão de uma pré-proposta que havia sido elaborada tendo como base as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde; no Projeto Saúde 2004, desenvolvido pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, Secretaria de Gestão Participativa/MS, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e Organização Pan-Americana da Saúde, que consistiu no levantamento e análise de problemas relacionados ao acesso às ações e serviços de saúde com diferentes atores sociais; e no Plano Plurianual (Portaria nº 2.607, 2004).

Os planos estaduais teriam como objetivo direcionar e impulsionar gestores e profissionais da saúde a consolidar as políticas de saúde no âmbito estadual, de modo a identificar as problemáticas frequentes das regiões de saúde. No entanto, muitas vezes, estes planos têm leitura restrita e são divulgados na íntegra, dificultando o acesso, para o usuário do SUS, ou mesmo para consulta simples de um determinado aspecto ou questionamento.

Provavelmente um dos primeiros planos estaduais que se encontra disponível para acesso no Brasil, seja o do Distrito Federal, referente ao período 2004-2007, estruturado em dez partes, seguindo um modelo próprio, com relação de planejamento de ações para recursos humanos e metas para Atenção a Saúde (Assistência Integral Materno-Infantil, Atendimento Médico-Hospitalar e Ambulatorial, Saúde da Família e Assistência Farmacêutica) e Vigilância em Saúde. Não está claro no documento, como ocorreu o processo de elaboração e compatibilização das diretrizes do plano com necessidades de saúde locais (PES 2004-2007). Souza e Malik (2009), em artigo para Cadernos FGV Projetos: Gestão e Saúde, relataram o processo de planejamento realizado na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para elaboração do plano estadual de saúde (PES) 2008-2011, e dos novos pactos para a saúde, abordando ainda as novas relações entre o estado e os municípios, bem como o espaço da Conferência Estadual de Saúde. Os autores concluíram que o processo de elaboração do plano significou um avanço na construção do SUS-SP, com impacto sobre o processo de descentralização do sistema e o início de um processo de gestão regional que criaria expectativas positivas para a construção de redes de atenção à saúde.

Jesus e Teixeira (2013), também fizeram um relato do processo de elaboração do PES 2008/2011 da Bahia, a partir de um conjunto de processos articulados e interdependentes, iniciados desde os primeiros dias da gestão, sistematizados em sete movimentos (integração de instrumentos de planejamento, definição de linhas de ações de governo, análise de situação de saúde, a consolidação das demandas e recomendações das conferências municipais de saúde, oficinas integradas de priorização

de problemas de estado de saúde da população e sistema de serviços de saúde; avaliação de desempenho da secretaria de saúde e construção de compromissos do plano). Um outro exemplo foi o PES de Santa Catarina referente ao período 2007-2011, que àquela época, mobilizou áreas técnicas da Secretaria Estadual e Municipais de Saúde, bem como diversos outros segmentos sociais, representados no Conselho Estadual de Saúde, em reuniões setoriais ampliadas em formato de Seminário, que constituíram fóruns de discussão para a construção e a consolidação das propostas. O Seminário contou com a participação de representantes do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Comissão Intergestora Bipartite, das Secretarias de Desenvolvimento Regional e técnicos da secretaria, além de técnicos do MS (PES 2007-2010, 2007). Os quatro planos comentados foram elaborados com diferenças estruturais, seguindo, porém, orientações básicas do planejamento estratégico situacional de Matus.

Vieira (2009), ao descrever a evolução do planejamento no SUS, realizou uma análise de documentos legais e materiais técnicos produzidos até então, considerou que a definição de instrumentos tais como os Planos de Saúde e as Programações Anuais de Saúde, obtidos por meio de planejamento e inspirados em abordagem teórico metodológica do planejamento em saúde, significavam um avanço, havendo entretanto, aspectos que se colocavam de forma prioritária e que constituíam desafios para a efetivação do planejamento em saúde, enquanto elemento da gestão no SUS.

Jesus e Teixeira (2013), ao analisarem o processo de planejamento governamental em saúde no Estado da Bahia, identificaram dificuldades e facilidades no processo. Para os autores limites e desafios se impunham, no que chamaram de “jogo do planejamento” em saúde, tais como: a multiplicidade de conceitos e visões dos diferentes atores; as dificuldades de comunicação institucional, a centralização do planejamento; a fragilidade das articulações entre decisões e ações estratégicas, táticas e operacionais; a ineficiência dos mecanismos de responsabilização; a inconsistência na construção dos indicadores de resultado e produtos do processo; as limitações técnico-administrativas do manejo da gestão pública; e a inexistência de ferramentas disponíveis para monitoramento sistemático das ações governamentais.

Já a metodologia do planejamento estratégico situacional foi sendo muito utilizada como ferramenta de gestão na Atenção Primária em Saúde, gerando publicações que demonstram ser uma importante ferramenta de gestão (Lima et al. 2012, Meneses et al. 2019).

Após esse período inicial, os planos de saúde foram sendo elaborados em um crescente de número de participação de estados e a seguir os municípios, ficando padronizado para os estados, os períodos 2011-2015, 2016-2019 e o atual 2020-2023. Todos os estados brasileiros elaboram seus planos, acredita-se que seguindo de uma forma ou de outra a metodologia do planejamento estratégico situacional de Matus, a Lei 8.080, e demais orientações de portarias emitidas pelo MS para planejamento do SUS. Não se encontra disponível na literatura estudos mais recentes sobre os planos estaduais, menos ainda sobre os municipais. Após finalização da elaboração, os planos ficam disponíveis ou não, a depender de cada local, nos sites das respectivas secretarias e inquieta o posto de “obscuridade” que cabe ao plano de saúde a partir deste momento. A divulgação para a população, tanto pelas próprias secretarias quanto conselhos estaduais, parece não se efetivar, ou pelo menos se acontece, passa despercebida.

Levando em conta que os planos de saúde deveriam ir para além do aspecto teórico-metodológico e pensando em políticas públicas que promovam o debate sobre a gestão e planejamento da saúde, inquieta essa posição de “inércia social” a que os planos de saúde sucumbiram. Como o documento é denso, deveriam ser elaboradas versões mais resumidas ou com enfoque por área, ou nível de atenção, para a divulgação de diretrizes, metas, ações dos planos e conformidade com as necessidades da população. Não seria possível elaborar versões mais resumidas, de mais fácil compreensão e acesso para movimentar o debate e a compreensão? Propor instrumentos facilitadores para que conselhos de saúde, por exemplo, possam cumprir seu papel no protagonismo do debate na sociedade.

Os MC foram elaborados na década de 1970 por Joseph D. Novak, baseado na Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel e desenvolvidos como ferramentas gráficas para organizar e representar o conhecimento como objetivo de gerar maior compreensão sobre um determinado tema de estudo (Cotta et al. 2016, Campelo 2017). Segundo Bitencourt et al (2011), os MC apresentam uma organização hierárquica, porém não devem ser confundidos com organogramas ou diagramas de fluxo, pois exercem relações significativas entre definições, são diagramas de significados. Para Novak e Canas (2010), buscam classificar conceitos, relacioná-los e hierarquizá-los, enquanto Campelo (2017), consideram os MC como uma das melhores ferramentas para aumentar a visibilidade de ideias complexas. A utilização de MC na área da saúde, traz a possibilidade de integrar diferentes conceitos já que, sua construção possibilita as conexões existentes entre o tema, a revisão de ideias e a organização do conteúdo de forma autônoma (Cotta et al. 2016).

Mediante este contexto, este artigo tem o objetivo de utilizar o MC, como estratégia para visualização crítica de um PES, explicitando seus eixos e diretrizes, favorecendo assim sua compreensão pelos interessados e diversos atores sociais, a fim de construir uma democracia institucional.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza documental (Godoy, 1995) com abordagem qualitativa. Para tanto, foi delimitado o estado da arte da temática por meio de uma revisão bibliográfica e a seguir foi realizado a pesquisa documental, cujas informações foram coletadas do Plano Estadual de Saúde de Alagoas – PES 2016-2019 e por fim, o resultado da pesquisa foi apresentado através de mapas conceituais permeados pela discussão.

Para a pesquisa documental foi utilizado como referência metodológica a análise de conteúdo na modalidade de categoria temática de Bardin (2016), que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias segundo reagrupamento analógico.

A análise de conteúdo organiza-se em torno de três polos cronológicos descritos como (Bardin, 2016): 1) Pré-análise (leitura flutuante e aprofundada do documento, definição dos objetivos da pesquisa e de regras para codificação das unidades de registro); 2) Exploração do material (operação de codificação e categorização, transformando os dados por recorte; e 3) Tratamento dos resultados inferência e interpretação (dados tratados de maneira a serem significativos e válidos).

No caso da análise documental do PES 2016-2019, a pré-análise se deu desde o primeiro contato com o documento e a formulação dos objetivos do que seria analisado no documento (identificação da estrutura, eixos, diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PES), assim como a especificação do campo no qual foi fixada a atenção. Também foi realizado uma revisão bibliográfica com os descritores planejamento estratégico situacional, plano estadual de saúde e mapa conceitual.

Orientados pelas hipóteses e referenciais teóricos, e definidos os procedimentos a serem seguidos, foi realizado a segunda fase, de exploração do PES Alagoas 2016-2019. Nesta fase, em atividade do curso a distância em Gestão Hospitalar da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, os autores do estudo realizaram o exercício de codificar, categorizar e identificar as subcategorias (diretrizes).

Por fim, utilizando o programa *CmapTools*, que é uma ferramenta disponibilizada on-line e gratuita, para elaborar esquemas conceituais e representação gráfica dos conceitos os dados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, sendo representados por meio da construção de mapas conceituais.

Aspectos éticos

O estudo envolve apenas dados de domínio público, não identificando participantes da pesquisa, não havendo envolvimento de seres humanos e, portanto, não necessitando de submissão ao CEP institucional para apreciação.

3. Resultados e Discussão

A ideia de um sistema de planejamento no Brasil vem de muito tempo, tendo o MS tomado a iniciativa de publicar, a partir de 2006 até 2009, uma série, chamada “Cadernos do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)”, no total de 6 volumes, que falavam sobre planejamento em saúde, planos de saúde, programação anual, relatório de gestão, entre outros temas relacionados. As ideias foram consolidadas em 2009, em uma publicação do MS em parceria com a organização panamericana de saúde, intitulada “Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização” (Ministério da Saúde, 2009). O trabalho propôs nortear a elaboração dos planos de saúde em três eixos: a) situação epidemiológica; b) situação organizacional da rede de atenção à saúde; c) situação político-gerencial, além de outras orientações importantes: o caráter ascendente do planejamento a partir das necessidades locais, a importância da aprovação de cada plano no conselho de saúde correspondente e a participação social no processo de planejamento. Por fim, apresentou um roteiro para a elaboração, com os seguintes tópicos: a) identificação; b) análise da situação atual de saúde; c) seleção e priorização dos problemas; d) definição dos objetivos, metas e estratégias; e) recursos financeiros e f) conclusões.

Segundo Souza e Malik (2009), os estados tiveram que elaborar seus respectivos Planos Estaduais de Saúde para o período 2008-2011, a partir das normas e leis estabelecidas, na expectativa também da adesão dos municípios no processo de elaboração destes planos. No caso de São Paulo, para além de uma definição legal, o objetivo maior do plano estadual para o quadriênio foi o contínuo aperfeiçoamento do SUS e a consecução dos fundamentos do sistema, como a universalização, a integralidade e a equidade. No entanto, o desenvolvimento do SUS no país era e ainda é desigual e instável. Pinto e Teixeira (2011), em artigo em que descrevem o contexto político da época para a formulação de políticas de gestão na Bahia, que incluiu a elaboração do plano estadual para o quadriênio 2008-2011, relataram o fato de que realizaram várias oficinas macrorregionais e reuniões para a elaboração do plano. Wyszomirska et al. (2021), ao descreverem o percurso para a elaboração do PES de 2016-2019 de Alagoas, demonstraram uma maior capilaridade, ao realizarem estudos de prioridades em saúde em planos municipais, inclusão de diretrizes da Conferência Estadual de Saúde, além de reuniões macrorregionais, reuniões para discussão do plano plurianual, entre outras.

Em dezembro de 2006, o MS publicou a Portaria GM nº 3.332, que aprovava as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS (Portaria nº 3.332, 2006). Em seu artigo 3º, § 3º disse que a elaboração do Plano de Saúde deverá ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando três aspectos: análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e o processo de monitoramento e avaliação.

Explicitando o PES de ALAGOAS 2016-2019

O PES 2016-2019 de Alagoas traz as informações sobre a análise de situação de saúde, acrescentando aspectos como as condições socioeconômicas e demográficas da população, natalidade, morbidade e mortalidade, além de descrever a organização dos serviços de saúde, capacidade instalada nos níveis de atenção a saúde e detalhar o andamento da implantação das redes de atenção a saúde – RAS. A partir dessas informações é que vem a apresentação do plano, em dois eixos com suas diretrizes, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação (Quadro 1). Os poucos artigos publicados que tratam sobre os planos de saúde elaborados no Brasil, para o quadriênio 2008 a 2011, apontavam um desenho seguindo três aspectos: análise situacional de saúde, elaboração de eixos e suas respectivas diretrizes estratégicas e objetivos, além do monitoramento e avaliação, porém com adequações locais relacionadas ao desenvolvimento do SUS à época em cada estado (Bahia, Brasília, São Paulo). No entanto, para os quadriênios subsequentes, não foi encontrado estudos sobre o assunto. Parece que houve uma acomodação, uma adaptação ao sistema do “fazer” os planos, cumprir os requisitos legais e se dando por encerrada a tarefa,

não sendo possível ser feita uma análise crítica sobre a estruturação dos planos estaduais, muito menos os municipais, que foram realizados no Brasil.

Quadro 1 – Caracterização do PES 2016-2019 de Alagoas.

Estrutura	Eixos	Diretrizes
Análise da situação de saúde	Saúde com qualidade e expansão dos serviços	Diretriz I
Condições socioeconômicas e demográficas		Diretriz II
Natalidade		Diretriz III
Morbidade por doenças transmissíveis		Diretriz IV
Morbidade hospitalar		Diretriz V
Mortalidade		Diretriz VI
Organização dos serviços de saúde		Diretriz VII
Rede de estabelecimentos de saúde em Alagoas		Diretriz VIII
Capacidade instalada		Diretriz IX
Atenção primária à saúde		Diretriz X
Assistência hospitalar		Diretriz XI
Assistência pré-hospitalar		Diretriz XII
Hemorrede		Diretriz XIII
Redes de atenção à saúde - ras		Diretriz XIV
Eixos, diretrizes, objetivos, metas, orçamento	Gestão Pública democrática e participativa	Diretriz XIV
Monitoramento e avaliação		

Fonte: Autores.

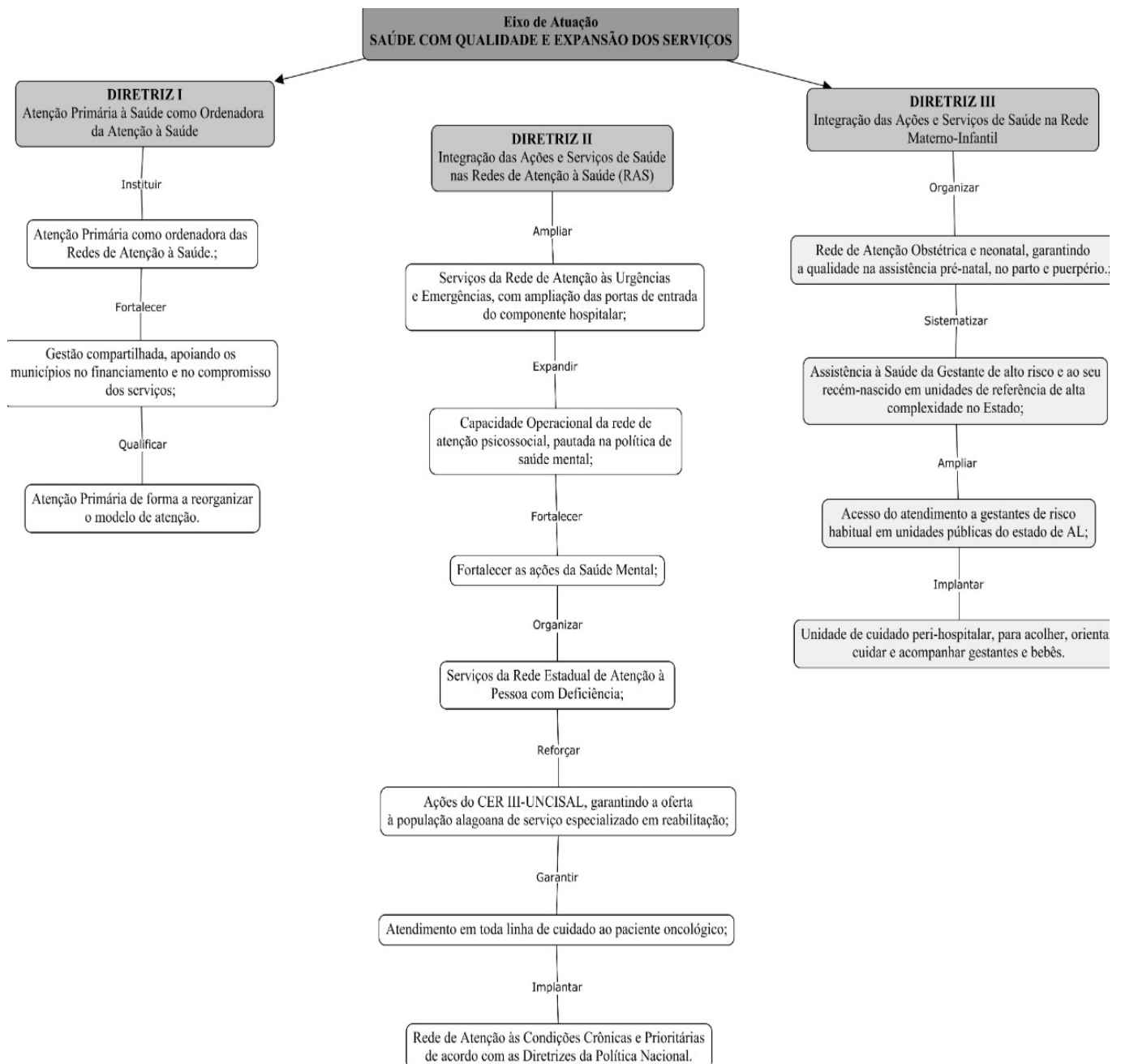
Para Garcia e Reis (2016) a construção de diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde deve ser feita de forma coletiva e participativa, visando contemplar as necessidades de saúde locais. O PES Alagoas 2016-2019 foi construído de forma ascendente, participativa e descentralizada. Na construção do plano foram elaboradas as formulações de objetivos, definidos como o que se deseja que aconteça a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados; diretrizes, que são as linhas de ação a serem seguidas; metas, entendidas como a concretização dos objetivos e os indicadores, que nada mais são do que os índices que permitem medir uma situação para o seu monitoramento e avaliação.

Peralta et al., (2014), chamam a atenção para a compatibilização que deve existir entre o Plano de Saúde e os instrumentos de planejamento e o orçamento de governo, começando com o Plano Plurianual (PPA), que define as diretrizes orientadoras da construção da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e assim, o Plano de Saúde terá orçamento disponível. A análise do PES de Alagoas 2016-2019 permitiu identificar a compatibilização orçamentária de cada meta em suas diretrizes, bem como o PES da Bahia 2020-2023 apresenta semelhante configuração ao discriminar a sua dotação orçamentária.

O PES de Alagoas 2016-2019 constituiu-se de dois eixos. O primeiro eixo intitulou-se “*Saúde com qualidade para todos e expansão dos serviços*”, com catorze diretrizes. O segundo eixo, “*Gestão pública democrática e participativa*” contou com uma diretriz. As diretrizes por sua vez, continham objetivos e metas, sendo determinado os resultados esperados para as ações elaboradas. Os serviços foram organizados considerando os limites territoriais, assim como os níveis de complexidade, contemplando a atenção primária à saúde (APS), a assistência hospitalar e pré-hospitalar e as redes complementares que incluem: a cobertura da Hemorrede, as Redes de Atenção à saúde – RAS, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de cuidados a pessoa com deficiência e a Rede de assistência materno-infantil.

A representação gráfica do Eixo 1 com suas catorze diretrizes estão demonstrados nas Figuras de 1 a 5. Na Figura 1, identificam-se as três primeiras diretrizes. A Diretriz I define três objetivos voltados para instrução da atenção primária como ordenadora da rede, o fortalecimento da gestão compartilhada e a reorganização do modelo de atenção à saúde, qualificando a atenção primária. A Diretriz II e III relaciona-se com as Redes de Atenção à Saúde, atendendo à regionalização da atenção a saúde, incluindo o atendimento de toda linha de cuidado.

Figura 1 – Objetivos das Diretrizes I, II e III do Eixo I do PES 2016-2019 do estado de Alagoas.

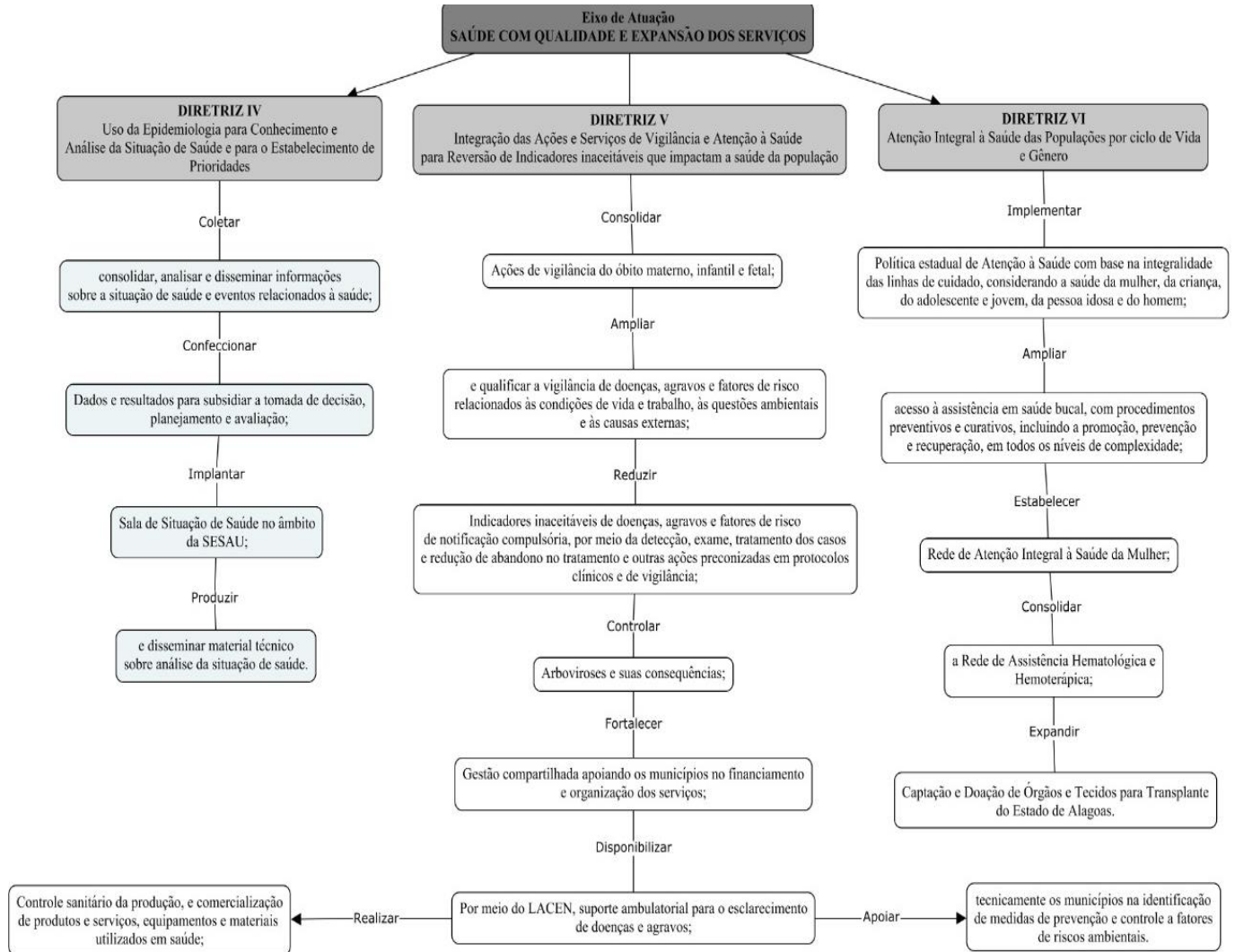


Fonte: Autores.

A Figura 2 contempla as diretrizes IV a VI, do Eixo 1. A Diretriz IV foi incluída objetivando produzir e disseminar material técnico sobre análise de situação de saúde, a partir da coleta, consolidação e análise de dados, que vão subsidiar as tomadas de decisão na gestão da saúde. A Diretriz V complementa a anterior, ao definir a integração de ações e serviços de

vigilância e atenção a saúde para reverter os indicadores que impactam na saúde da população. A Diretriz VI define os objetivos da atenção integral das populações por ciclo de vida, de gênero e as políticas transversais.

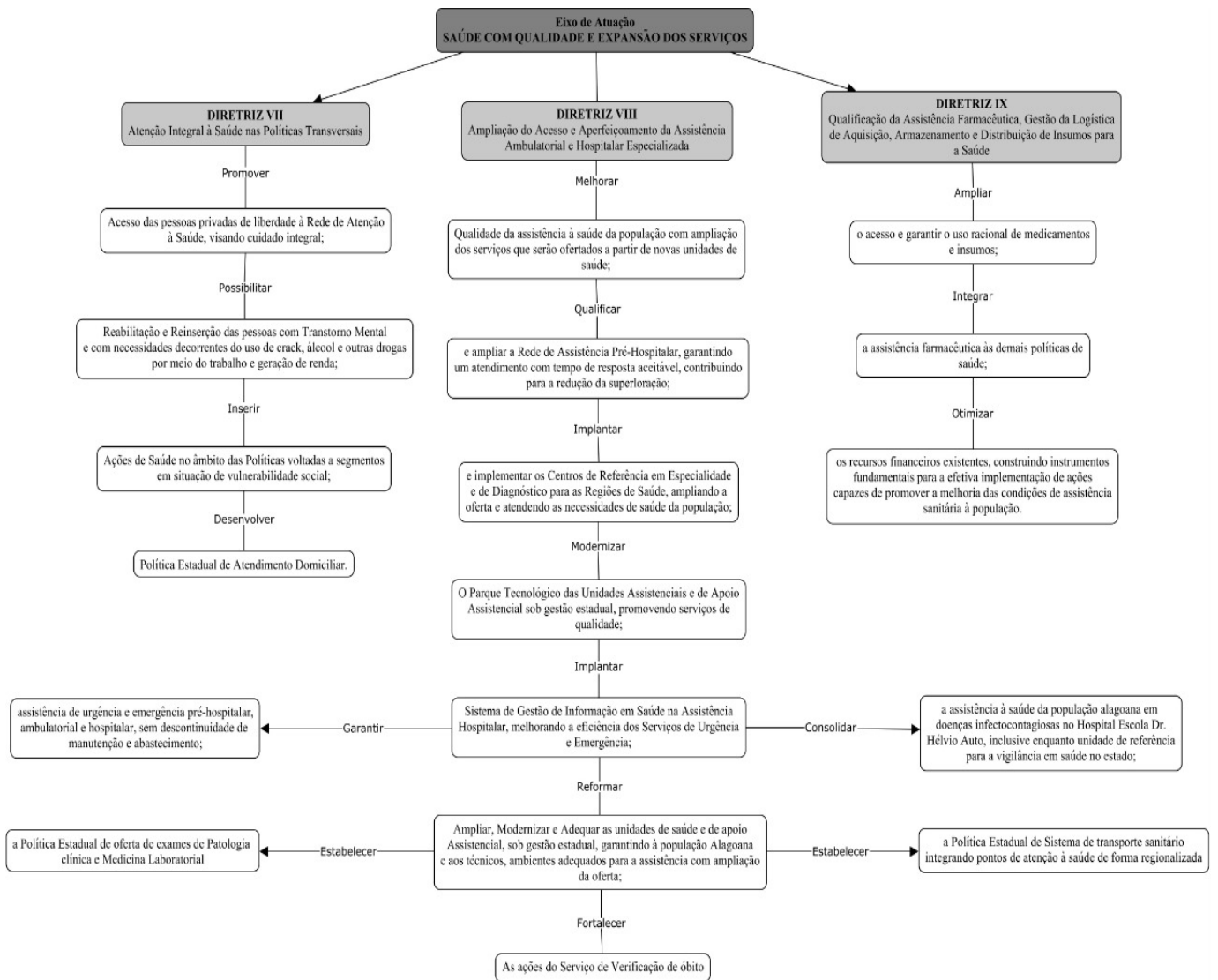
Figura 2 – Objetivos das Diretrizes IV, V e VI do Eixo I do PES 2016-2019 do estado de Alagoas.



Fonte: Autores.

A Figura 3 mostra as Diretrizes VII a IX do Eixo 1. A Diretriz VII é uma continuidade sobre a atenção integral das populações por ciclo de vida, de gênero e as políticas transversais. A Diretriz VIII é voltada para a ampliação da rede ambulatorial e hospitalar especializada. A Diretriz IX é dedicada a assistência farmacêutica.

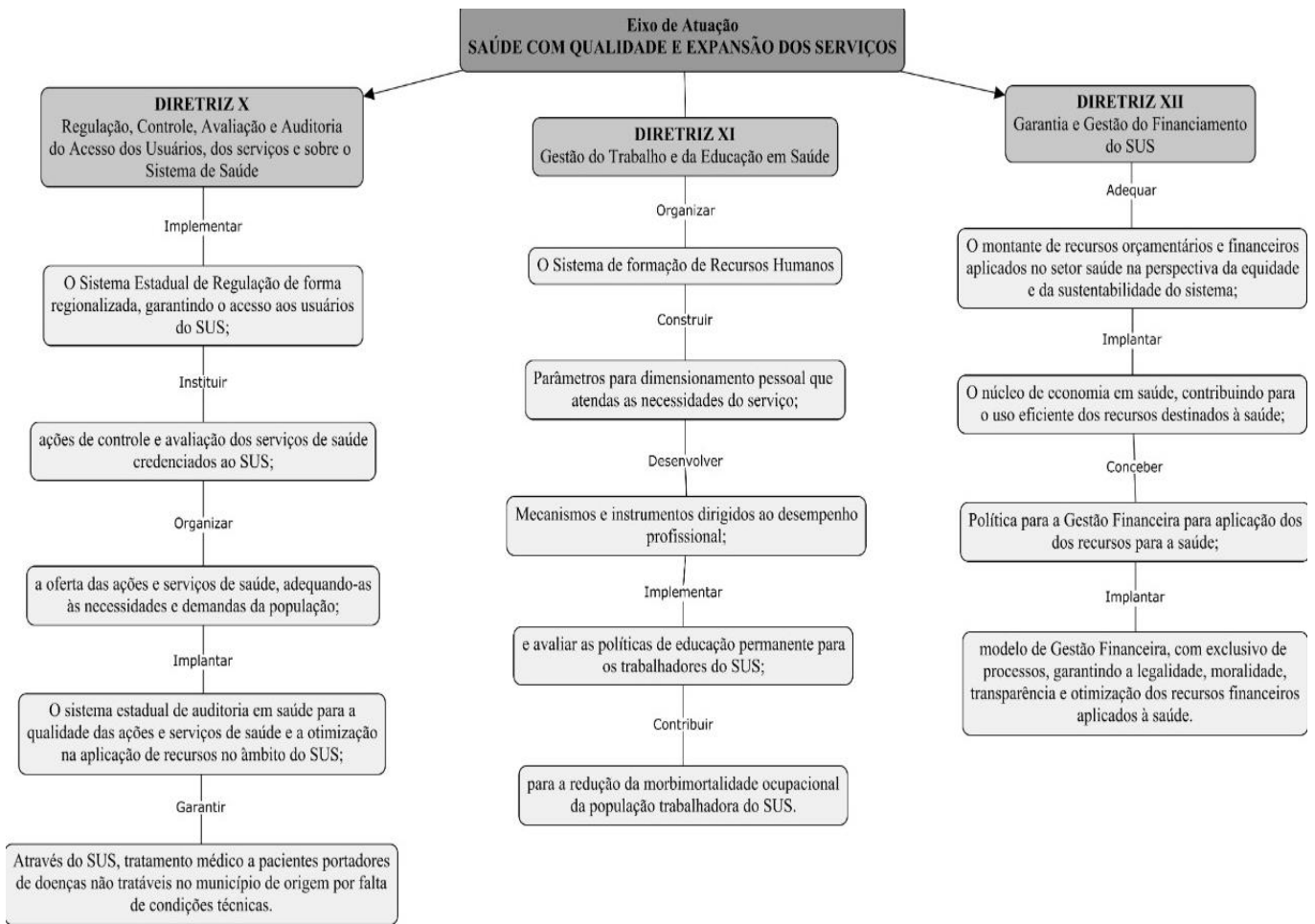
Figura 3 – Objetivos das Diretrizes VII, VIII e IX do Eixo I do PES 2016-2019 do estado de Alagoas.



Fonte: Autores.

A Figura 4 apresenta as Diretrizes X a XII, que tratam da regulação, gestão do trabalho, e gestão do financiamento do SUS, respectivamente.

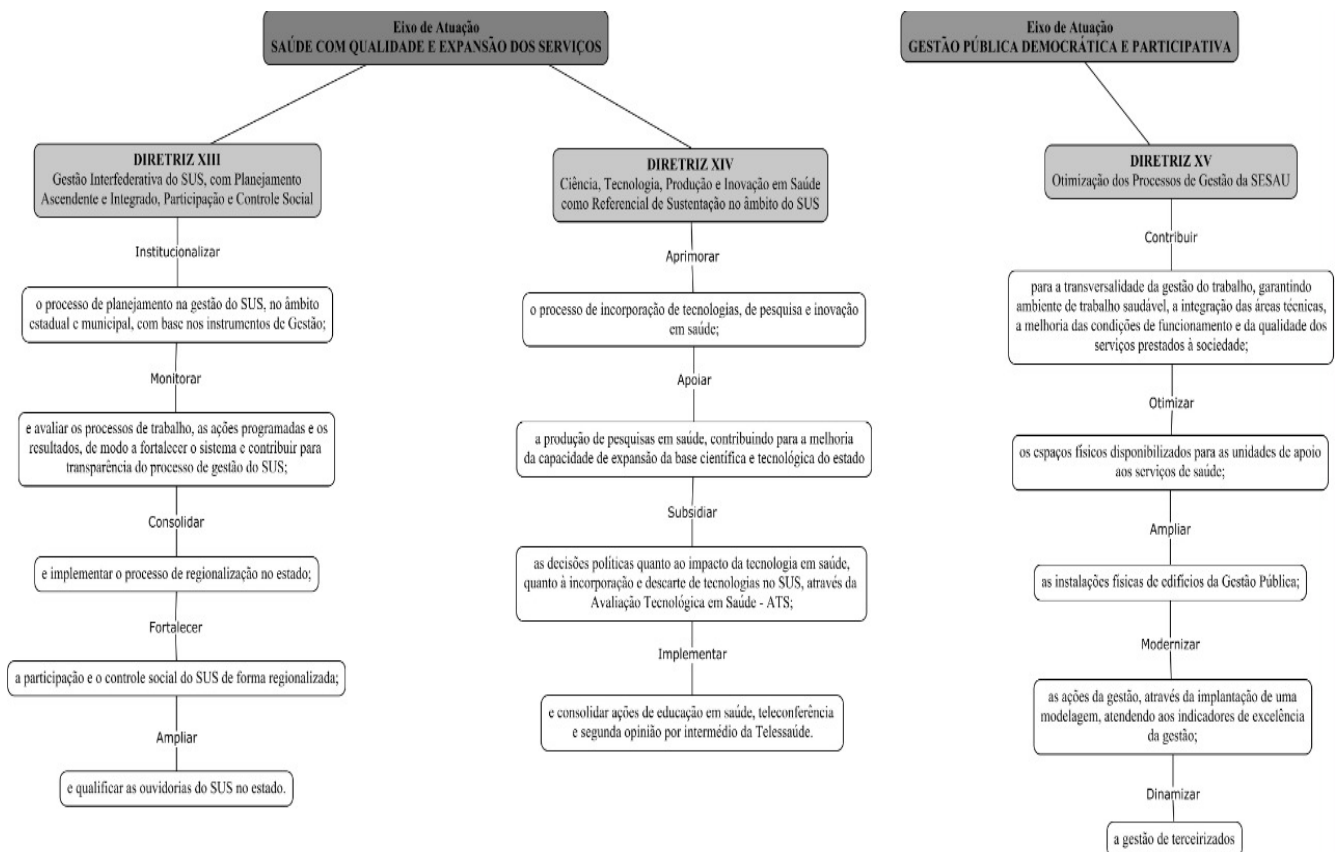
Figura 4 – Objetivos das Diretrizes X, XI e XII do Eixo I do PES 2016-2019 do estado de Alagoas.



Fonte: Autores.

Por fim a Figura 5 apresenta as duas últimas Diretrizes do Eixo 1, sobre a participação social, ciência, tecnologia e inovação em saúde e o Eixo 2, Gestão pública democrática e participativa que é composto pela Diretriz XV, que nos remete à gestão administrativa dos processos e uso da tecnologia na gestão.

Figura 5 – Objetivos das Diretrizes XII, XIV do Eixo I e a Diretriz XV do Eixo 2 do PES 2016-2019 do estado de Alagoas.



Fonte: Autores.

A demonstração gráfica do MC de Eixos e Diretrizes do PES de Alagoas 2016-2019 mostrou-se consistente para facilitar a quem interessar, inclusive população geral, a compreensão de diretrizes e a partir daí quais as iniciativas no campo da saúde, deverão estar conectadas às diretrizes.

Em 2020, o estado da Bahia, utilizou de uma publicação científica, a Revista Bahiana de Saúde Pública para publicizar o PES 2020-2023, em sua íntegra (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2020). O plano tornou-se acessível, plausível de ser discutido e não se escondeu em “gavetas”. A estruturação do plano é semelhante à que foi utilizada para o PES de Alagoas 2016-2019, mas utilizando denominações diferentes, como por exemplo “Panorama Sociodemográfico e Panorama Socioeconômico” em vez de Condições Socioeconômicas e Demográficas. São estruturas concordantes. Do mesmo jeito, substitui o modelo de Eixo, Diretriz, Objetivos e Metas por denominações de Compromisso, Metas, Ações e indicadores. Sem dúvida, uma sugestão interessante seria a publicação de uma versão mais resumida, ou com representação gráfica, como a que apresentamos neste estudo.

Tem sido cada vez mais comum, experiências com MC em diversas áreas do conhecimento, inclusive destaca-se a importância do uso dessa ferramenta como recurso didático *para construção de conceitos* no processo de ensino-aprendizagem (Soares e Pinto 2016, Mousinho 2019). Aqui, procuramos usar a ferramenta como um recurso didático para explicitar visualmente os eixos, diretrizes e objetivos de um plano de saúde, o que nos pareceu ser factível.

4. Conclusão

Pelos resultados aqui demonstrados pode-se constatar que a demonstração através do MC pode ser uma solução acessível para a visualização das linhas mestras do plano, facilitando observar a compatibilização com outros instrumentos de

planejamento, bem como para os gestores acompanharem se a execução de metas segue as diretrizes idealizadas, podendo ainda oferecer uma visão geral estratégica do plano de saúde para qualquer leitor.

Sugerimos que mais estudos sejam realizados, levando em conta o uso de ferramentas como Mapa Conceitual ou outras, na gestão em saúde.

Consideramos também ser necessário ainda mais estudos quantitativos e/ou qualitativos ou mistos, de avaliação dos planos de saúde elaborados nas três esferas (nacional, estadual e municipal), sobre a formatação para elaboração destes planos, a publicização que é dada a eles e discussão de seus resultados.

Referências

- Bardin L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bittencourt, G. K. G. D., Schaurich, D., Marini, M., & Crossetti, M. G. O. (2011). Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5): 963-967.
- Campelo, L. F. (2017). Promovendo a aprendizagem colaborativa com mapas conceituais nas aulas de geografia. *Olhares*, 5 (2), 170-88.
- Campos, R. O. (2000). Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (3), 723-731.
- Chorny, A. H., Kuschir, R., & Taveira, M. (2008). *Planejamento e Programação em Saúde: Texto para Fixação de Conteúdos e Seminário*. http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf
- Cotta, R. M. M., Silva, L. S., Cotta, R. M., Cotta, F. M., Bastos, M. A. P., Campos, A. O., & Machado, J. C. (2016). O Mapa Conceitual como ferramenta de ensino e aprendizagem significativa sobre o Sistema Único de Saúde. *Journal of Management & Primary Health*, 6 (2), 264-81.
- Ferreira J., Celuppi I. C., Baseggio L., Geremia D. S., Madureira, V. S. F. & Souza, J. B. (2018). Planejamento Regional dos Serviços de Saúde: O que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade*, 27(1), 69-79.
- Garcia, P. T., & Reis, R. S. (2016). *Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde*. UNA-SUS/UFMA.
- Giardina, A., Ortega, L. E. & Rodriguez C. (2005). *Planificación Estratégica y Método de Proyectos*. <https://docplayer.es/9666123-Planificacion-estrategica-y-metodo-de-proyectos.html>.
- Giovannella, L. (1990). Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(2): 129-153.
- Giovannella, L. (1991). As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 7 (1): 26-44.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35 (3), 20-29.
- Melleiro, M. M., Tronchin, D. M. R., & Ciampone, & M. H. T. (2005). O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (2), 165-171.
- Jesus, W. L. A., & Teixeira, C. F. (2013). Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (9). <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/planejamento-governamental-em-saude-no-estado-da-bahia-atores-politicos-jogo-social-e-aprendizado-institucional/13569?id=13569>.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União de 20 de setembro de 1990, seção 1*. https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/18080.pdf
- Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União de 12 de janeiro de 2012, seção 1*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.
- Lima, K., Ribeiro, E., & Mendes, M. do S. (2012). Planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *Journal of Management & Primary Health Care*, 3(1):15-25.
- Meneses, M. O., Anjos, A. M. C., Carvalho, R. V. S., Lopes, C. A. S., Oliveira, V. A. S., & Leal, S. R. M. D. (2019). O planejamento estratégico situacional como ferramenta de gestão na atenção primária em saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 28 (4), 13-16.
- Ministério da Saúde. (2009). *Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização*. Série B. Brasília.
- Mousinho, S. H. (2019). A utilização dos mapas conceituais para a construção dos conceitos no processo de aprendizagem. *Revista EaD & Tecnologias Digitais na Educação*, 9 (7), 28-39.
- Novak, J. D., & Canas, A. J. (2010). A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. *Práxis Educativa*, 5 (1), 9-29.
- Peralta, J. A. G., Peruzzo, N. A., & Both, V. (2014). *De olho no COAP*. Editora IFIBE.

PES 2004-2007 (2003). *Plano Estadual de Saúde 2004 – 2007*. Secretaria de Estado da Saúde, Brasília. https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/plano_de_saude_2004_2007.pdf.

PES 2007-2010 (2007). *Plano Estadual de saúde 2007-2010*. Secretaria de Estado da Saúde, Santa Catarina. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/2525-plano-estadual-de-saude-2007/file>.

Pinto, I. C. D., & Teixeira, C. F. (2011). Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (9), 1777-1788.

Portaria nº 548 de 12 de abril de 2001. *Diário Oficial da União abril de 2001, seção 1*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0548_16_04_2001.html.

Portaria Nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004. *Diário Oficial da União de 13 de dezembro de 2004*. <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/837957/pg-69-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-13-12-2004>.

Portaria nº 3.332 de 27 de dezembro de 2006. *Diário Oficial da União de 28 de dezembro de 2006*. <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/846636/pg-141-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-28-12-2006>.

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. (2020). *Plano Estadual de Saúde 2020-2023*. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 44 (1), 28-115.

Soares, L. G., & Pinto, J. M. O. (2016). Aprendizagem Significativa na Construção de Mapas Conceituais. *Scientia cum industria*, 4 (4), 241—243.

Souza, R. S., & Malik, A. M. (2009). O Plano Estadual de Saúde e o Pacto pela Saúde em São Paulo. *Cadernos FGV Projetos: Gestão em Saúde*, 4 (9), 53-59.

Vieira, F. S. (2009). Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 1565-1577.

Wyszomirska, R. F., Mendonça, B. C. B., Barros, A. R. de, Calheiros, M. N. T. R., & Bandini, H. M. (2021). Plano Estadual de Saúde: representação gráfica do processo de construção de um plano. *Revista Portal: Saúde E Sociedade*, 6, e02106028.