

ENAP

Escola Nacional de Administração Pública  
Diretoria de Formação Profissional  
Coordenação-Geral de Projetos Especiais

---

Curso de Planejamento e Avaliação em Saúde

# Planejamento em Saúde

Módulo I

## **Antônio José Costa Cardoso**

Médico Sanitarista, Doutor em Saúde Pública, Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (DSC/FS/UnB), coordenador do curso de graduação em Gestão em Saúde Coletiva - Noturno e do Laboratório de Planejamento Participativo em Saúde (LAPPAS) da UnB. Pesquisa e desenvolve atividades de ensino e extensão na área de políticas, planejamento e gestão em saúde.

Contato: [antoniojccardoso@gmail.com](mailto:antoniojccardoso@gmail.com).

## Planejamento em Saúde - Módulo I

### Apresentação do Módulo – Plano de Ensino

**Prezado aluno,**

Este texto foi elaborado para apoiar as atividades didáticas do Módulo I do curso de qualificação de cerca de quarenta técnicos do Ministério da Saúde (MS) na utilização do enfoque participativo do Planejamento Estratégico-Situacional (PES), de Carlos Matus, a se realizar presencialmente na Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), em Brasília, e sob tutoria, de 6 a 19/8/2013.

O PES, nascido no âmbito mais geral do planejamento econômico-social, é, segundo seu autor, um método de alta complexidade e alta potência, apropriado para o nível diretivo de instituições de grande porte e com pessoal especializado, mas que vem sendo, crescentemente adaptado para utilização em setores como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo.

Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais (sistemas abertos), onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação. O PES foca na construção de viabilidade do plano.

O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, de problemas pouco estruturados e muito complexos, para os quais não existem soluções pré-construídas. Neste sentido, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões, pois suas causas não se situam no interior do setor saúde e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra-setoriais.

A Teoria do Planejamento que tem nos guiado é, de fato, em grande medida inspirada nos ensinamentos de Carlos Matus, mas seria incorreto creditar-lhe todos os conceitos que utilizamos. Outros autores contribuíram para a construção desse Marco Teórico (Método) de referência, com destaque para Mário Testa, Luis Carlos Oliveira Cecílio, Jairnilson Paim, Carmen Teixeira e Javier Uribe.

Como se verá adiante, não operamos a partir de uma metodologia, mas com um certo Método, que deve ser auxiliar e não o centro do processo do planejamento. O centro do processo de planejamento é uma necessidade social, a partir da qual se constrói uma “metodológica”, visando a construção e implementação de um Plano de Ação em uma dada realidade problemática.

Embora se pretenda demonstrar a complexidade constitutiva de nosso objeto, sendo este um texto com finalidades didáticas, fizemos um esforço de explicitação de sua base conceitual e organizamos o conteúdo de uma “certa maneira”, propondo uma “certa sequência de passos” que, compreendida acriticamente, pode sugerir uma “receita de bolo” aplicável a qualquer contexto.

Pode-se dizer, entretanto, que, fora alguns princípios definidores daquilo que estaremos denominando de Planejamento Participativo em Saúde, tudo o mais se subordina aos objetivos e aos contextos, pois, neste caso, as técnicas é que devem se adequar ao perfil dos atores participantes, ao tempo disponível para o trabalho e ao conhecimento prévio dos atores sobre a situação problemática.

Quanto aos objetivos deste Módulo I (Planejamento em Saúde 1), é expectativa dos organizadores do curso que, ao final, os alunos sejam capazes de:

**LIÇÃO 1.** Compreender o Ciclo das Políticas Públicas e o Papel do Planejamento e da Avaliação na criação de Valor Público;

**LIÇÃO 2.** Compreender a história do Planejamento na América Latina e os fundamentos do Planejamento Estratégico-Situacional (PES);

**LIÇÃO 3.** Compreender o papel e os instrumentos do Planejamento em Saúde propostos pelo MS para o Sistema Único de Saúde (SUS);

**LIÇÃO 4.** Compreender a importância, para a aprendizagem organizacional, de se construir e atualizar a Missão institucional;

**LIÇÃO 5.** Compreender o Momento Explicativo do PES (Análise de Situação) por meio de sua aplicação metodológica.

Além do texto principal, que será também objeto de trabalho em sala de aula, o documento a seguir contém seções destinadas à: operacionalização da metodologia em pequenos grupos operativos (VAMOS TRABALHAR?), leitura complementar a ser feita em horário extraclasse (VAMOS APRENDER MAIS?) e exemplificação de ações e práticas “bem sucedidas” (EXEMPLO).



**VAMOS TRABALHAR?**



**VAMOS APRENDER MAIS?**



**EXEMPLO**

As atividades didáticas relativas à aplicação metodológica do PES, incluindo aquelas que serão realizadas durante o primeiro período de dispersão (de 8 a 19/8/2013), sob tutoria, não foram ainda pactuadas com os tutores, de modo que optamos por não relacionar na Lição 5 as seções destinadas à operacionalização da metodologia em pequenos grupos operativos (VAMOS TRABALHAR?).

Por fim, qualquer que seja a dúvida em relação ao curso ou à utilização do material didático proposto, solicitamos que seja rapidamente tratada com os coordenadores e professores, de maneira a otimizarmos o processo de aprendizagem.

Bom curso a todos, sejam muito bem vindos!

**Antônio José Costa Cardoso**  
**Coordenador do Curso**

## Planejamento em Saúde I – Lição 1

### O Planejamento e a Avaliação no Ciclo das Políticas Públicas

O objetivo desta Lição é ajudar a compreender o papel do Planejamento e da Avaliação no Ciclo das Políticas Públicas e na criação de Valor Público. Antes, porém, será preciso defini-los preliminarmente, o Planejamento e a Avaliação, ainda em uma primeira aproximação.

#### 1.1 O que é Planejamento e o que é Avaliação?

Quanto ao Planejamento, pode-se concebê-lo como:

1. Um método para apoiar a tomada de decisão, visando otimizar os meios de trabalho e os recursos com vistas ao alcance de alguma Situação-Objetivo;
2. Uma técnica ou dispositivo gerencial de análise da realidade que, visando intervir/influir/gerar mudanças nas organizações, procura “*analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos de ação para atingir essas metas, avaliar a efetividade dessas ações (...) e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema*” (LEEVEY e LOOMBA, 1973);
3. Um processo de trabalho que intervém sobre outros processos de trabalho que se desenvolvem em ambientes complexos, cujos limites e possibilidades se expressam por meio de diálogo e da negociação, tendo em conta a necessidade de combinar diferentes racionalidades (JESUS; ASSIS, 2011);
4. Uma tecnologia para a produção e gestão de políticas, capaz de direcionar o desenvolvimento social e ajudar a controlar a relação Estado/sociedade (MERHY, 1995);
5. Uma prática social crítico-revolucionária, transformadora de sujeitos (coletivos) e geradora de novos processos sociais, capaz de apoiar uma gestão democrática na implementação de seus propósitos de transformação (VILABOAS, 2006; JESUS; ASSIS, 2011);
6. Uma subfunção da função Administração (junto com Organização, Comando, Coordenação e Controle) na Teoria Clássica da Administração (**Figura 1**).



Figura 1 – Representação das Funções Administrativas (TGA).

Avaliar, por sua vez, pode corresponder a um julgamento subjetivo, a uma avaliação normativa ou a uma pesquisa avaliativa que utiliza métodos ditos científicos. Implica, de qualquer maneira, na emissão de um juízo (julgamento) elaborado a partir da comparação entre a situação encontrada e um parâmetro ou meta (HARTZ *et al*, 1997; SILVA *et al*, 1994). Constituindo-se em uma área ainda em construção, encontra-se de forma muito diversificada (NOVAES, 2000).

Embora separadas da execução (“*o mais pernicioso e típico elemento do enfoque de Taylor da administração, pois separa mãos e cérebro*”), o Planejamento e o Controle/Avaliação são funções cognitivas inerentes à toda ação social que tem uma finalidade (ação teleológica, estratégica e comunicativa), na medida em que correspondem à capacidades humanas (*sapiens*).

## 1.2 O que se entende por Política Pública? Do que se trata?

Segundo o Dicionário Aurélio, Política é: 1. *A ciência dos fenômenos referentes ao Estado; ciência política*; 2. *Sistema de regras respeitantes à direção dos negócios públicos*; 3. *Arte de bem governar os povos*; 4. *Conjunto de objetivos que conformam determinado programa de ação governamental e condicionam a sua execução*; 5. *Princípio doutrinário que caracteriza a estrutura institucional do Estado*; 6. *Posição ideológica a respeito dos fins do Estado*.



### VAMOS APRENDER MAIS?

Segundo o Dicionário Aurélio, Política também é: 7. *Atividade exercida na disputa dos cargos de governo ou no proselitismo partidário*; 8. *Habilidade no trato das relações humanas, com vista à obtenção dos resultados desejados*; 9. *Civilidade, cortesia*; 10. *Astúcia, ardil, artifício, esperteza*.

No âmbito da Ciência Política, a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam em responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença isso faz. Easton (1953) define política como “*uma teia de decisões que alocam valor*” e; Jenkins (1978), como: “*Conjunto de decisões inter-relacionadas, concernindo à seleção de metas e aos meios para alcançá-las, dentro de uma situação especificada*”. Curiosamente, o termo é usado para se referir tanto ao processo de tomada de decisões, quanto ao produto desse processo (DAGNINO, 2002).

Segundo Dagnino (2002), para entender o conceito de Política, é fundamental:

- ✓ Perceber a distinção entre política e decisão: a política é gerada por uma série de interações entre decisões mais ou menos conscientes de diversos atores que se estabelecem ao longo do tempo;
- ✓ Que é definida subjetivamente segundo as distintas visões de mundo (ideologias) dos diversos atores sociais e que, embora estabelecida no âmbito do Estado, envolve múltiplos atores, não apenas tomadores de decisão;
- ✓ Perceber a distinção entre política e administração;
- ✓ Que a política pode determinar impactos não esperados e que os propósitos podem ser definidos *ex-post* (racionalização);
- ✓ Perceber que política pode se referir tanto à tomada de decisão quanto à não tomada de decisão (Veja CINCO SITUAÇÕES a seguir).

### CINCO SITUAÇÕES DE NÃO TOMADA DE DECISÃO

1. Usar a força de forma indireta ou velada para impedir que demandas cheguem ao processo político (no limite, o terrorismo);
2. Usar o poder para impedir o surgimento de questionamentos através de cooptação;
3. Invocar regras ou procedimentos existentes, criar novos ou modificar os existentes como forma de bloquear reivindicações (“mandar fazer estudo detalhado”, “criar uma comissão”);
4. Invocar a existência de valores supremos para evitar ou desviar contestações não desejadas (referência a valores como impatriótico, imoral);
5. Dissuadir atores mais fracos de agir indicando “sutilmente”, por antecipação, as reações que poderão ocorrer.

Observe-se que duas dimensões são fundamentais no processo de formulação e implementação de políticas públicas: a “racionalidade” envolvida em cada uma das possibilidades de escolhas alternativas e a dimensão do exercício do “poder”: poder econômico, relacionado à organização das forças produtivas; poder das idéias, relacionado à construção do consenso; e poder de polícia, referido à organização da “coação” e uso da força (neste caso, monopólio do Estado).

No estudo das Políticas de Saúde:

“é necessário (...) que se tenha em conta que quando se vai tratar das políticas de saúde, o que passa a ser o foco do estudo é o processo de tomada de decisões por parte do Estado (...), ante uma série de possibilidades de escolhas alternativas, que representam, cada uma delas, ganhos e perdas para distintos grupos sociais, tendo-se todavia por referência que ao Estado compete, sempre, orientar suas decisões para o bem comum da sociedade” (COHN, 2008).

Apesar do reconhecimento de que grupos de interesse se envolvem na formulação de políticas públicas, com menor ou maior influência a depender do tipo de política formulada e coalizões que integram o governo, e apesar do argumento de que a globalização reduziu a capacidade dos governos intervirem na realidade, o Estado é o *locus* por excelência da Política na medida em que detém o monopólio dos instrumentos para a formulação e, sobretudo, para a implementação das políticas públicas, o que faz com que tenha um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas (“*autonomia relativa*”).

Para Lowi (1964 *apud* SOUZA, 2006), a política pública pode assumir quatro formatos, cada um processando-se de forma diferente no sistema político:

- 1º. **Políticas distributivas:** decisões tomadas pelo governo que, desconsiderando a questão dos recursos limitados, geram impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões;
- 2º. **Políticas regulatórias:** são as mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse;
- 3º. **Políticas redistributivos:** são, em geral, as políticas sociais universais, que, atingindo maior número de pessoas, impõem perdas concretas no curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos no futuro para todos;
- 4º. **Políticas constitutivas:** lidam com procedimentos.

A luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é, pois, o cerne da formulação de políticas públicas. Essa luta é mediada por instituições políticas e econômicas que levam as políticas públicas para certa direção e privilegiam alguns grupos em detrimento de outros. A questão central nas pesquisas sobre o poder diz respeito, assim, a quem se beneficia.



## VAMOS TRABALHAR?

**Vocês são capazes de relacionar alguma política pública de saúde que tenha sofrido forte pressão de segmentos contrários durante seu processo de formulação e/ou implementação? Quais os argumentos utilizados por defensores e opositores?**



## VAMOS APRENDER MAIS?

### As origens da política pública enquanto área de conhecimento

Considera-se que a área contou com quatro “pais fundadores”: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton.

Laswell (1936) introduziu a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*) por problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, interesse dos decisores, etc., argumentando, todavia, que essa limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Lindblom (1959; 1979) questionou a ênfase de Laswell e Simon no racionalismo e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório o que não teria um fim ou um princípio, incorporando elementos como o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse. Easton (1965) contribuiu para a área ao definir a política pública como um sistema, ou seja, como relação entre formulação, resultados e o ambiente. Segundo Easton, políticas públicas recebem *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos.

Entretanto, enquanto na Europa, a área de política pública surgiu como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e do governo, produtor, por excelência, de políticas públicas, nos EUA, ao contrário, a área surgiu no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos.

Na área do governo propriamente dito, a proposta de aplicação de métodos científicos às formulações e às decisões do governo sobre problemas públicos é produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências, mas se expande depois para outras áreas da produção governamental, inclusive para a política social.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 22-24.



### 1.3 O Ciclo das Políticas Públicas

Políticas públicas, após formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação. O processo de formulação e implementação de Políticas Públicas costuma ser, pois, dividido em três ou quatro *momentos* que, constituindo um processo dinâmico e de aprendizado, conformam um ciclo que se retro-alimenta:

- 1º. **Construção da Agenda:** corresponde ao momento em que são constituídos os problemas, assuntos ou demandas que os “fazedores” (“*policy makers*”) escolhem ou são compelidos a escolher. Mudanças econômicas e políticas ou inovações tecnológicas (por exemplo, as novas redes sociais mediadas por tecnologias de informação e comunicação à distância que têm permitido um aumento do grau de autonomia relativa dos atores sociais subordinados em relação ao processo de mobilização de opinião que os setores dominantes instrumentalizam) podem ter efeitos consideráveis na Agenda sistêmica (do país), governamental ou de decisão.
- 2º. **Formulação da Política:** é concebida no âmbito de um processo decisório pelos “tomadores de decisão”, podendo ser: democrático e participativo ou autoritário e “de gabinete”; de “baixo para cima” (*bottom-up*) ou de “cima para baixo” (*top-down*); do tipo racional e planejado ou incremental e mediante o ajuste mútuo entre os atores intervenientes; com ou sem manipulação e controle da agenda pelos atores com maior poder; e detalhadamente definida ou deixada propositadamente incompleta para “ver como é que fica na prática”.
- 3º. **Implementação da Política:** mediante os órgãos e mecanismos existentes ou especialmente criados, pelos burocratas, dependendo sobretudo do grau de definição da política, os burocratas exercerão seu poder discricionário, maior ou menor principalmente segundo o nível em que se encontram na hierarquia, adaptando a política formulada à realidade da relação Estado-Sociedade e das regras de formação do poder econômico e político que estas impõem ao jogo entre os atores sociais. Se na etapa de formulação, a grande tensão de fundo é a disputa entre interesses parcelares e interesses gerais em uma arena onde os poderes dos distintos grupos são altamente diferenciados quanto à sua capacidade de impor sua vontade, nessa etapa de implementação a grande tensão reside na disputa entre a dimensão técnica e a dimensão política.
- 4º. **Monitoramento e a Avaliação:** corresponde ao momento em que os processos de implementação e os efeitos decorrentes dessa implementação são comparados com o planejado. É o grau de racionalidade da fase de formulação e o estilo de implementação que define como irá ocorrer a Avaliação. É por meio dela que a passagem de uma Situação inicial ( $S_i$ ) a uma Situação-Objetivo ( $S_o$ ), tida como desejada, pode ser promovida. E é a Avaliação que aponta as direções de mudança e as ações a serem implementadas em um momento ulterior.



**VAMOS TRABALHAR?**

**Qual a potência do Planejamento e da Avaliação para a criação/geração de Valor Público, ou seja, para a proposição e alcance de objetivos que ofereçam respostas efetivas a necessidades ou demandas da sociedade?**



## 1.4 A potência do Planejamento e Avaliação na criação de Valor Público

Para que sejam efetivas, as políticas públicas precisam ser planejadas e avaliadas, particularmente em situações nas quais estão maximizadas as necessidades sociais e minimizados os recursos. Nesse contexto, o planejamento e a avaliação adquirem condição de instrumentos indispensáveis à gestão das políticas públicas (CHIECHELSKI, 2005). O planejamento ajuda a determinar aonde queremos chegar (para que direção queremos conduzir nossa ação) e tomar as decisões pertinentes que, acreditamos, nos levarão à Situação Objetivo ( $S_o$ ).

“Neste sentido, o aumento da racionalidade das políticas sociais pode ser obtido medindo a eficiência na utilização dos recursos e comprovando a eficácia com que se alcançam os objetivos e, conseqüentemente, a equidade. Assim, a importância dos processos avaliativos encontra justificativa pela possibilidade de proporcionar informações e interpretações mais adequadas para instrumentalizar o processo de planejamento, permitindo escolher as melhores opções dentre os programas e projetos a serem implementados e/ou propiciando avaliar os efeitos produzidos pelos que estão em andamento ou concluídos” (CHIECHELSKI, 2005).

Segundo Matus, o Planejamento serve para ampliar a “*capacidade de governo*” (habilidades, teorias e métodos de direção que uma equipe de trabalho dispõe), dar-lhe “*direcionalidade*” e ampliar a “*governabilidade*” (relação entre as variáveis que controla e que não controla), visando o cumprimento de algum “*projeto/propósito de governo*”, isto é, alcançar seus objetivos (Figura 2).

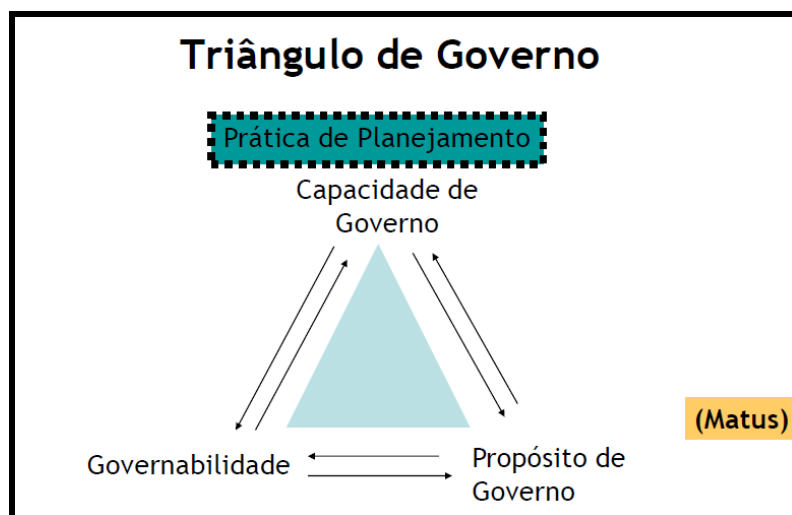


Figura 2 – Representação do Triângulo de Governo de Carlos Matus.

Na Saúde, o planejamento é a função que permite melhorar o desempenho das políticas, a eficiência e a efetividade dos serviços no cumprimento das suas finalidades de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Além de poder contribuir para uma compreensão mais ampla da “*problemática*” e para a construção das melhores “*ações*” para o seu enfrentamento, o planejamento, se participativo, pode ser uma excelente ferramenta para a construção de consensos, compatibilizando as exigências de distintas visões de mundo e interesses dos atores, como veremos. Voltaremos a esse ponto na Lição 3!



## VAMOS APRENDER MAIS?

A definição de Valor Público admite muitas versões. Seja qual for a definição ou características que adotemos, o que se torna evidente é que o Valor Público tem uma natureza diferenciada do Valor Privado. O Valor Privado tem um compromisso com o lucro, que não necessariamente está presente no Valor Público. Esta diferença é um ponto fundamental.

De acordo com Barry Bozeman (2007), o valor público pode ser definido das seguintes formas: “os valores públicos de uma sociedade são consensos normativos sobre:

- 1°. *direitos, benefícios e prerrogativas às quais os cidadãos fazem ou não jus;*
- 2°. *as obrigações dos cidadãos para com a sociedade, para com o Estado e entre Estado e sociedade; e*
- 3°. *os princípios sob os quais devem ser baseadas a administração e as políticas públicas”.*

Há, entretanto, uma multiplicidade de dimensões a respeito dos valores que uma sociedade elege consensualmente como valor público, ao mesmo tempo em que existe uma dependência entre o valor público e a sociedade que o elege. Decorre naturalmente daí que diferentes sociedades terão diferentes valores públicos sobre um mesmo tema. O valor privado é, nos termos de Bozeman, o valor econômico que corresponde ao “valor de troca de bens e serviços baseado em índices socialmente sancionados, especialmente unidades monetárias”.

Os valores públicos estão relacionados, mas não se confundem com o interesse público. Segundo Bozeman, o interesse público é um ideal, enquanto os valores públicos têm conteúdos específicos e identificáveis.

Mark Moore (2002) propõe três definições:

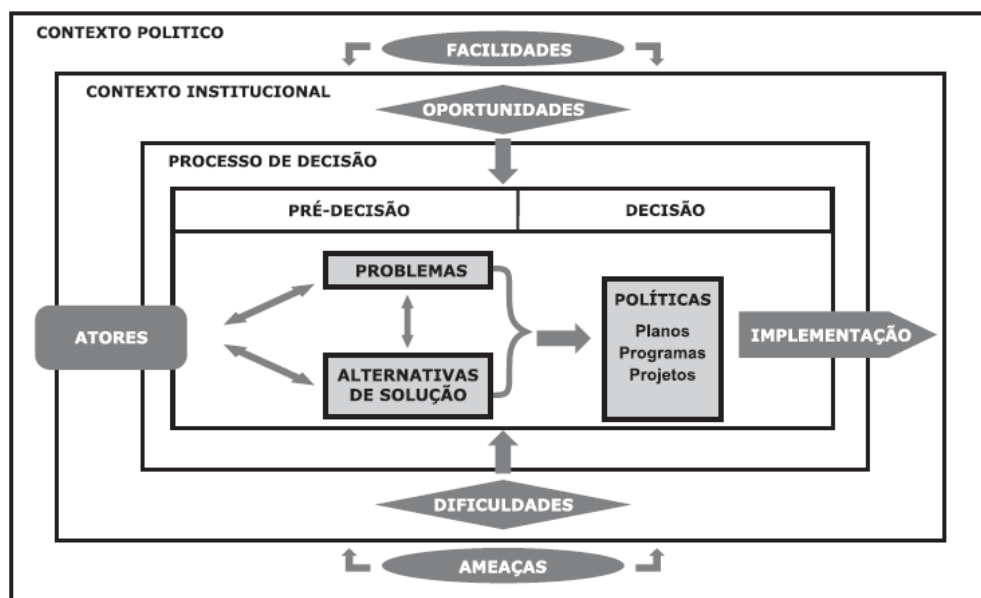
- 1°. Valor público é a soma das satisfações individuais que são produzidas por um dado sistema social ou política pública;
- 2°. Valor Público é qualquer coisa que o poder público, legalmente constituído e atuando como agente da cidadania, declara como sendo um propósito a ser alcançado, usando os ativos e recursos do governo [...]. São propósitos que os servidores públicos tem por obrigação perseguir. Por exemplo: o desenvolvimento econômico, o atendimento médico universal etc.; e
- 3°. Valores públicos consistem em importantes propósitos, que aumentam o grau de satisfação individual e são desfrutados por membros de uma comunidade, não necessariamente obtidos por meio de mercados competitivos, mas por ações para as quais o governo é chamado a tomar parte para ajudar a atingi-los, dada a dificuldade dos mercados de atuarem bem nestes casos.

Outra diferença nodal entre a gestão pública e a privada: no ambiente empresarial existem clientes que são disputados pelas empresas, em batalhas crescentemente ferozes. A administração pública, por outro lado, é dedicada a cidadãos, que possuem direitos assegurados pela Constituição Federal, e esses direitos estão muito além das preferências, desejos e necessidades dos clientes.

**RIBEIRO, AJG et al. Gerencialismo e Valor Público: um debate atual e necessário.** Vitória da Conquista, Bahia, 5-7/6/2013.

## 1.5 Tendências recentes da ação governamental

É evidente que o exercício do poder tende a beneficiar os grupos que o detêm. Entretanto, a visão mais comum da teoria da escolha pública, de que o processo decisório sobre políticas públicas resulta apenas de barganhas negociadas entre indivíduos que perseguem seus interesses particulares, é contestada pela visão de que interesses são mobilizados também por processos institucionais de socialização, por novas idéias e por processos gerados pela história de cada país (Figura 3).



Fonte: Teixeira, C. F. O processo de formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador. Relatório CNPQ, set. 2009.

**Figura 3 – Representação do Processo de Formulação de Políticas Públicas.**

Para exemplificar, tome-se a influência do que se convencionou chamar de “novo gerencialismo público” e da política fiscal restritiva de gasto, adotada por vários governos no Brasil e no mundo. Novos formatos foram introduzidos nas políticas públicas, todos voltados para a busca de eficiência. Assim, a eficiência passou a ser vista como o principal objetivo de qualquer política pública.

“A ênfase na eficiência nasceu da premissa de que as políticas públicas e suas instituições estavam fortemente influenciadas por visões redistributivas ou distributivas, na linguagem de Lowi, desprezando-se a questão da sua eficiência. As razões para tal reconhecimento estão na crise fiscal e ideológica do Estado, aliadas ao declínio do sonho pluralista que caracterizou a visão norte-americana sobre políticas públicas em décadas passadas” (SOUZA, 2006).

Nesse contexto, os elementos credibilidade e delegação das políticas públicas para instituições com “independência” também ganharam importância. Noutras palavras, a prevalência de regras pré-anunciadas é mais eficiente do que o poder discricionário de políticos e burocratas, contido nas políticas públicas.

O fator credibilidade passou a ser fundamental para políticas como a monetária, mas também influenciou o novo desenho das políticas públicas em várias outras áreas. A credibilidade baseia-se na existência de regras claras em contraposição à discricionariedade dos burocratas, a qual levaria à inconsistência.

## 1.6 As Políticas de Saúde como objeto da Saúde Coletiva

Por fim, as políticas públicas repercutem nas sociedades, daí por que pesquisadores de tantas disciplinas – Economia, Ciência Política, Sociologia, Antropologia, Planejamento e Ciências Sociais Aplicadas – partilham interesse na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (SOUZA, 2006). Assim, embora seja um ramo da Ciência Política, as Políticas Públicas são também objeto de outras áreas do conhecimento, inclusive da Saúde Coletiva.

Na Saúde, concorrendo com a influência do “novo gerencialismo público” nas políticas públicas, existe uma tentativa, em vários países do mundo em desenvolvimento, de implementar políticas públicas de caráter participativo. No Brasil, são exemplos dessa tentativa os diversos conselhos comunitários voltados para as políticas de saúde. Fóruns decisórios como Conselhos e Conferências de Saúde seriam, nesses termos, os equivalentes políticos da eficiência.

Apesar da aceitação de várias teses do “novo gerencialismo público” e da experimentação de delegação de poder para grupos sociais comunitários e/ou que representam grupos de interesse, os governos continuam tomando decisões sobre situações-problema e formulando políticas para enfrentá-las, mesmo que delegando parte de sua responsabilidade, principalmente a de implementação, para outras instâncias, inclusive não-governamentais.

## Planejamento em Saúde I – Lição 2

### História e Fundamentos do Planejamento Estratégico-Situacional

O planejamento governamental desenvolvido na América Latina durante a maior parte das cinco últimas décadas foi vítima de vários mal-entendidos que geraram sucessivos períodos de euforia, decepção, crise e recuperação parcial.

A origem do planejamento se encontra nos países socialistas, inicialmente na ex-União Soviética, quando o Plano foi utilizado para substituir o mercado como procedimento de alocação de recursos e distribuição de produtos. Naquelas circunstâncias, os problemas principais eram referentes ao uso eficiente dos recursos. Este tipo de problema pode ser enfrentado de forma eficaz com base na teoria dos sistemas, cujo equivalente é o Planejamento Normativo (PAIM, 2002).

A experiência soviética, e depois a de reconstrução européia e do Japão no pós-guerra, convenceu muitos intelectuais latino-americanos de que o planejamento poderia ser útil para a transformação do atraso e da pobreza. *“Entretanto, há uma coerência lógica entre a história da Rússia, o processo revolucionário do início do século passado, a criação do Estado soviético e o Planejamento Normativo no traçado do futuro. A história e o Plano se continuam. Essa coerência e essa continuidade não existem no caso latino-americano”* (TESTA, 1992).

Em suma, o principal mal-entendido consistiu em procurar utilizar a ferramenta do Planejamento Normativo, que se revelou útil e eficaz em situações de poder concentrado, para decidir problemas econômicos de apropriação de recursos e de distribuição de produtos em situações de poder compartilhado. Os erros cometidos precisam ter servido como “lições aprendidas”. Compreendido não mais como panaceia, o Planejamento, assim como o Controle, precisa ser valorizado como uma função essencial da Administração Pública.

O objetivo desta Lição é, fundamentalmente, o de apresentar conceitos e características definidoras do Planejamento Estratégico-Situacional (PES) de Carlos Matus, mas é também “aprender com essa história”.

#### 2.1 Breve história do Planejamento Governamental no Brasil

No Brasil, estudiosos (IANNI, 1976 *apud* PAIM, 2002; LAFER, 1970 *apud* TEIXEIRA, 2010) apontam as origens da ideologia e da prática do planejamento entre 1930 e 1945 (Estado Novo), quando se desenvolvia uma política econômica nacionalista, embora de forma desigual e fragmentária, *“segundo as possibilidades apresentadas pelo sistema político-administrativo e os interesses predominantes do setor privado da economia”*. Segundo Paim, entretanto, *“somente no governo Kubitscheck (1956-60) é que, através do Programa de Metas, se realiza uma política econômica relativamente planejada”*.

Quanto aos setores sociais, só apareceram no âmbito do planejamento federal após 1964, no regime autoritário que passou a dirigir o Estado brasileiro, em parte, como resposta às *“preocupações políticas dos governantes norte-americanos e latino-americanos, em face da revolução socialista em Cuba”* (PAIM, 2002). *“Portanto, conclui Paim (2002), o planejamento social autoritário que se instala no país é fruto desse regime e desse Estado. Não poderia ser diferente”*. *“O seu caráter autoritário ou democrático não parece depender de nenhuma fatalidade histórica nem de uma perversão da ideologia tecnocrática”*.

Segundo Paim (2002:31): *“Esse estilo de planejamento é que vai caracterizar os planos da ditadura. (...) Somente com o esgotamento do ‘milagre’ e com a crise de legitimidade evidenciada pela derrota do governo nas eleições de 1974 – que teve um caráter plebiscitário –, foi proposto o II PND [Plano Nacional de Desenvolvimento] acenando para ‘políticas redistributivas’”. Na medida em que o autoritarismo se debilitava, “a questão social voltava à tona” (PAIM, 2002:33).*

Também no âmbito da saúde pública brasileira, ainda que possam ser identificadas iniciativas pioneiras antes de 1974, foi tardia a instituição de políticas planejadas.

Mesmo no pós-74, estas políticas públicas de saúde abstraíram-se das condições para sua implementação, caracterizando-se pelo seu caráter autoritário e *“nitidamente vertical”*, realizando-se através de campanhas sanitárias e programas especiais do Ministério da Saúde (MS) e, mais, portarias e ordens de serviço do Ministério da Assistência e Previdência Social (PAIM, 2002:408).

Registre-se, aqui, o insucesso dessas iniciativas, com destaque para a *“implosão”* do PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), esta que se constituiu na *“mais exuberante das iniciativas malogradas de planejamento autoritário de saúde no Brasil”* (PAIM, 2002:34).

Com o advento da democracia, imaginavam-se superadas as dificuldades identificadas no processo de planificação, muitas vezes atribuídas a uma *“crise do planejamento autoritário”*. De fato, é no contexto histórico da redemocratização que surgem momentos de produção teórico-metodológica no campo disciplinar da planificação em saúde e aparecem oportunidades para sua utilização.

Todavia, passados mais de vinte anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, pode-se dizer que a institucionalização do planejamento nas organizações de saúde permanece como um desafio à teoria da planificação e à gestão dos sistemas e serviços de saúde no Brasil (PAIM, 2002).

## **2.2 O desenvolvimento do Planejamento em Saúde na América Latina**

Segundo Teixeira (2003), *“o Planejamento em saúde tem sido objeto de vários estudos e pesquisas realizadas no âmbito da Saúde Coletiva no Brasil, podendo-se identificar diversas abordagens a este tema, cada uma das quais enfatiza determinados aspectos do planejamento”*.

A primeira perspectiva é constituída exatamente pelo conjunto de estudos que resgatam o desenvolvimento histórico do Planejamento em saúde na América Latina e lançam um olhar crítico sobre sua teoria e metodologia, notadamente a obra de Mario Testa e Carlos Matus.

A segunda perspectiva é representada pelos estudos acerca das tendências da pesquisa, ensino e cooperação técnica na área de Planejamento, e Teixeira (2003) a situa em uma *“Sociologia ou História da ciência”* que toma por objeto o Planejamento em Saúde.

Representante destas duas linhas inauguradas nos anos 80, no âmbito acadêmico, Paim (2002:411) refere-se a sete momentos do movimento ideológico pelo planejamento em saúde na América Latina (AL):



- 1º) 1960-1965 – Correspondeu ao surgimento do movimento ideológico da planificação na AL e à “*elaboração*” da técnica CENDES/OPAS, construído pelo Centro de Estudos para o Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, em conjunto com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), considerado um marco no desenvolvimento de um pensamento próprio sobre a especificidade do Planejamento em Saúde. Tendo como objetivo central a racionalização de recursos escassos, imaginava o planejamento nacional como um somatório dos planejamentos locais por “*áreas programáticas*” (com *ênfase normativo*, a partir da microeconomia).
- 2º) 1966-1970 – Foi o momento da “*difusão e autocrítica*”, quando foram realizados cursos e publicados diversos documentos sobre o tema, mas também formuladas as primeiras autocríticas sobre os limites do planejamento.
- 3º) 1971-1974 – Representou um momento de “*revisão*” dos enfoques, conceitos e metodologias, realizada pelos próprios técnicos da OPAS, quando se aprofundaram as críticas, “*diante dos fracassos identificados nos países da América Latina*”. “*Propôs-se, então, a agilização do sistema de informações e a modernização das estruturas administrativas das instituições*” (PAIM, 2002:32).
- 4º) 1975-1980 – Momento de “*reatualização*”, marcado que foi pela publicação do documento “*Formulación de las políticas de salud*” pelo Centro Pan-Americano em Saúde (CPPS), que desloca o planejamento da micro-economia para a macro-política, permitindo, assim, tematizar o Poder e suas configurações no setor saúde e lançar um olhar sobre o sistema de saúde, compreendido como unidade complexa (vários níveis e componentes).
- 5º) “*Primeira metade da década de 1980*” – Foi o momento da “*produção teórica*”, através da crítica ao planejamento normativo (Matus, C. *Política y Plan*. IVEPLAN 2ª Edición. Caracas, 1982, 186 p.) e da emergência do planejamento estratégico em saúde (Testa, M. *Planificación estratégica em el sector salud*. CENDES/UCV, 1981, 48 p.).
- 6º) “*Segunda metade da referida década*” – Foi o momento da “*produção metodológica*”, marcado pelo desenvolvimento de três vertentes do planejamento estratégico em saúde: o Planejamento Estratégico-Situacional de Carlos Matus na Venezuela, o Pensamento Estratégico de Mário Testa (*Planificación estratégica em el sector salud*. CENDES/UCV, 1981, 48 p.), na Argentina, e o Enfoque Estratégico da Planificação em Saúde, desenvolvido na Escola de Medellin, na Colômbia.
- 7º) “*Anos noventa*” – O sétimo momento teria se caracterizado pela “*produção tecnológica*”, quando se avançou na experimentação e operacionalização das propostas teórico-metodológicas de M. Testa e C. Matus.

A terceira perspectiva “*reflete a existência de uma olhar voltado essencialmente para a prática do planejamento nas organizações de saúde no Brasil*”, e Teixeira faz a sua inscrição na interface entre a teoria e a prática: “na busca de desenvolvimento tecnológico que estabeleça a mediação entre os conceitos, métodos e instrumentos com a ação de sujeitos concretos no âmbito das organizações de saúde, tendo em vista a intervenção sobre problemas, necessidades e demandas políticas em saúde” (TEIXEIRA, 2003).



Exploraremos esta terceira perspectiva na próxima Lição. Antes, porém, será imprescindível apresentar os fundamentos do PES, de Carlos Matus.

### 2.3 Fundamentos do Planejamento Estratégico-Situacional

Na América Latina, a grande corrente do pensamento gerada em consequência da crítica ao Planejamento Normativo pode ser englobada sob a denominação genérica de Planejamento Estratégico e está representado principalmente pelos pensamentos de Carlos Matus e Mario Testa. A característica definidora desta tendência é sua explícita incorporação do político, não como marco referencial, mas como parte de seu objeto específico de trabalho.

Nascido e formado em Economia pela Universidade do Chile, com raízes no marxismo, Matus construiu sua proposta a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende, no período de 1970-73, e da análise de outras experiências de planejamento na América Latina (AL) cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados.

O Planejamento é, para Matus, um traçado de mudanças situacionais em um contexto de forças sociais oponentes, portanto “*ação estratégica*”, em uma dada “*situação*”, lugar social onde está situado o ator que planeja e a ação, compondo uma “*totalidade complexa*”. Sobre estas bases, Matus analisa as condições para a construção da viabilidade política. Enquanto a planificação tradicional centra o problema na arte de desenhar, e o melhor Plano é o que tem o desenho mais coerente, o problema da planificação estratégica começa com o desenho. Por isto Matus propôs os momentos estratégico e o tático-operacional.

O planejamento deve resolver, segundo Matus, quatro questões cujo enfrentamento corresponde a momentos de um processo contínuo (Quadro 1). “*Momento*” é uma instância pela qual passa um processo encadeado e contínuo, que não tem princípio nem fim. Esse conceito não traduz uma característica meramente cronológica, mas indica instância, ocasião, circunstância ou conjuntura. Matus enfatiza que a passagem do processo por um momento determinado é apenas o domínio transitório desse momento sobre os outros.

Questões a serem enfrentadas	Momentos do PES
1º) Qual é a nossa “ <i>situação</i> ” (“ <i>a realidade a partir de várias perspectivas situacionais</i> ”, “ <i>explicações situacionais por problemas</i> ” e “ <i>explicação situacional de síntese</i> ”)?	<b>Momento Explicativo: como foi, é, tende a ser?</b>
2º) Para onde queremos ir? Quais as metas a atingir? O que devo fazer?	<b>Momento Normativo: como deve ser?</b>
3º) Qual é a viabilidade do nosso Plano (considerando-se os desafios representados pelas restrições de recursos, sempre escassos, e pelos obstáculos colocados)?	<b>Momento Estratégico: o que pode ser?</b>
4º) O que devo e posso fazer hoje, e todos os dias quando forem hoje, para que avancemos em direção à situação-objetivo ( $S_0$ )?	<b>Momento Tático-Operacional: o que fazer?</b>

Quadro 1 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Com a finalidade de apresentar os fundamentos teórico-metodológicos do PES, recorreremos a um resumo comentado de conferência proferida por Carlos Matos na Venezuela em 1984: *“Um decálogo para a planificação”* e *“Três Advertências”*.

## 2.4 Decálogo de Carlos Matos

### Primeira Consideração

**“Planifica quem governa”**, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir, considerando, simultaneamente, múltiplos recursos (sempre) escassos. Mesmo um contexto de democracia plena, em que a gestão seja participativa e os processos decisórios, colegiados, *“ter clareza sobre quem assina o plano é um bom ponto de partida”*, ensina Cecílio (1997), tornando a assertiva ainda mais clara. É relativamente fácil imaginar processos de planejamento/orçamento participativo em que muitos podem participar mas, por obrigação legal, alguns se responsabilizam mais fortemente pelos compromissos assumidos, sua exequibilidade (recursos), viabilidade etc.

### Segunda Consideração

**“A planificação refere-se ao presente”**, ou não é planificação, e isto lhe dá um grande sentido prático: *“não deixa tempo para escrever 18 volumes”*. Se não estiver ligada à ação no presente, pode ser futurologia, história, não planificação.

Tudo o que fazemos para explorar o futuro só tem importância se orienta a ação hoje. O produto final é a decisão que devo tomar hoje; contudo, a decisão de hoje não pode ser racional se não transcende o presente, porque o que ocorre amanhã é o que dará eficácia à minha decisão. Esta exploração do futuro é importante, mas não é o coração do Plano. O coração do Plano é a tentativa de governar um processo social, e um processo social só se governa por meio da ação.

### Terceira Consideração

**“A planificação exige um cálculo situacional”**. A planificação supõe um cálculo complexo, orientado por múltiplos recursos escassos que cruzam muitas dimensões da realidade (recursos organizacionais, financeiros, políticos etc.).

### Quarta Consideração

**“A planificação se refere a oportunidades e a problemas reais”**. O Plano corresponde, pois, a um conjunto de ações que enfrentam um conjunto de fraquezas e ameaças, aproveitando ao máximo suas forças e oportunidades.

### Quinta Consideração

**“A planificação é inseparável da gerência”**. A única forma de fazer com que a planificação funcione é que responda às necessidades da gestão. Planificar é uma forma de organizar-se para a ação. Este é ponto crucial que diferencia a planificação tradicional da estratégica. **Releia a Primeira Consideração.**

Invertendo ainda mais os termos de muitas das teorias clássicas da Administração, Matus compreende a Gestão como um momento (tático-operacional) do processo, mais amplo, de Planejamento, e não o Planejamento como método, ferramenta, instrumento da Gestão. Voltaremos a este ponto!

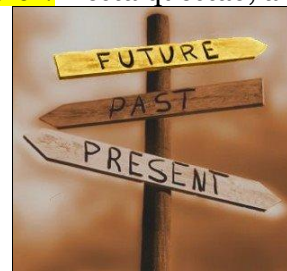
#### Sexta Consideração

**“A planificação, por definição, é necessariamente política”**, porque um dos recursos que restringe nossas capacidades de produção social de ações são as restrições de poder. A característica definidora do PES é sua explícita incorporação do político, não como marco referencial, mas como parte de seu objeto de trabalho.

A planificação situacional materializa as questões políticas como variáveis e trata de operar com elas.

#### Sétima Consideração

**“A planificação nunca está referida à adivinhação do futuro”**. Nesta questão, a planificação estratégica propõe trabalhar com “cenários de cálculo”. Nossa obrigação é ter um plano e uma estratégia para vários cenários que se localizam dentro de extremos aparentemente possíveis. Quanto aos prognósticos sobre a evolução do ambiente externo, relevantes para planos de longo prazo, costumam ser realizados pela adoção de técnicas de cenários.



Os cenários são, segundo Porto (1998), “*descrições sistêmicas de futuros qualitativamente distintos e dos caminhos que os conectam com sua situação de origem*”, e segundo Matus (1993), “*conjunto de condições e pressupostos em que se situa o plano*”.

O objetivo geral da técnica de construção de cenários é, segundo Schwartz (citado por RIVERA, 2003:152), “*permitir a formulação de planos para todas as alternativas de futuros possíveis ou imaginados*”. Por apoiar-se em métodos e técnicas de análise do futuro, a construção de cenários de futuro corresponde ao ramo mais formalizado da Prospectiva (RIVERA, 2003:151).

Mais importante do que conseguir determinar o futuro com precisão é adotar as decisões presentes sobre as possibilidades de futuro a partir da análise de tendências de longo prazo e da especulação sobre fatos novos e inesperados, utilizando-se técnicas diversas.

O verdadeiro resultado esperado é um melhor entendimento dos condicionantes em jogo e das oportunidades de futuro. Por outro lado, o futuro, para virar realidade, requer decisões e ações factíveis e alcançáveis (não desejos ou boas intenções).

Planejar exige a ousadia de *visualizar um futuro* melhor, mas não é simplesmente “sonhar grande”. Exige maturidade para se acomodar às restrições impostas pelo ambiente ou pelo grau de desenvolvimento da organização e, muitas vezes, obriga a selecionar as melhores ações para alcançar o objetivo desejado.

### Oitava Consideração

“O Plano é modular” porque, diante de mudanças de cenário de cálculo do Plano, podemos introduzir, retirar ou redefinir algumas operações. O caráter modular do Plano permite seu ajustamento racional à realidade, possibilitando-o expandir ou restringir-se, conforme as mudanças vão ocorrendo na realidade.



### Nona Consideração

“A planificação não é monopólio nosso”. Nosso Plano enfrenta oponentes que também planejam. A idéia central da planificação estratégica consiste em considerar que, além de nós, há outros atores na realidade (que também planificam) com objetivos, no mais das vezes, diferentes dos nossos, o que supõe algum grau de conflito pois nem tudo é redutível à negociação. A planificação pratica-se, pois, no contexto de um “conflito de planos”.

### Décima Consideração

“A planificação não domina o tempo nem se deixa enrijecer por ele”. Isto quer dizer que, na planificação estratégica, o tratamento do tempo deve ser distinto e o mais flexível possível. Enquanto a planificação tradicional centra o problema na arte de desenhar, e o melhor Plano é o que tem o melhor desenho, o desenho mais coerente, o problema da planificação estratégica começa com o desenho. Por isto existe o momento estratégico e o momento tático-operacional.



#### **VAMOS APRENDER MAIS?**

Mário Testa, médico argentino que ajudou a construir o Método CENDES/OPAS, embora considere a produção de Matus “cheia de originalidade e atitude construtiva”, acredita “que Matus substitui a normatividade técnico-econômica por uma normatividade política, o que reduz a eficácia de sua proposta”. Sua principal crítica é, fundamentalmente, uma crítica histórica porque, apesar de concordar com a necessidade de “continuidade entre história e Plano”, não compartilha da visão de se colocar em posição de “dirigir as forças consideradas progressistas, entendendo que estas não estão, de fato, tão bem identificadas” (1992:109).

Testa, entre outras contribuições, sistematizou o Postulado da Coerência, segundo o qual se pode realizar uma análise de coerência entre os propósitos de um determinado Governo, os métodos de trabalho utilizados (que incluem as práticas de planejamento utilizadas) e o modelo organizacional, cujo conjunto pode se configurar como favorável ou desfavorável à formulação e implementação de uma determinada política.

## 2.5 Três Advertências de Carlos Matus

### Primeira Advertência

**“Cada âmbito problemático requer um método particular dentro do método geral estabelecido”.** Nesse trabalho de construção, vocês enfrentarão muitos problemas de adaptação ou de criação metodológica que vocês mesmos terão de resolver, caso a caso.

### Segunda Advertência

**“Devemos entender a planificação como uma dinâmica de cálculo que precede e preside a ação, que não cessa nunca, sendo processo contínuo, que acompanha a realidade mutável”.**



Um dos fatos que caracterizam o mundo atual é a velocidade e a intensidade das mudanças que ocorrem nos mais variados campos da realidade. Isto nos coloca um sério problema de velocidade de cálculo que devemos solucionar para não sermos historiadores. Além disso, inviabiliza qualquer expectativa de “controle total” ou de “predição”.

**Em verdade, o Plano deve ser encarado como uma peça de vida efêmera** – o processo de planejamento, em si, é que deve ser permanente – porque rapidamente vai perdendo sua atualidade face ao desenrolar da realidade, razão pela qual precisa ser permanentemente revisado para se manter atual. A riqueza do planejamento está no processo em si de analisar a situação e chegar a definir “o que queremos” e “como alcançá-lo”. É esse processo que deve ser permanente.

Embora peça secundária, o Livro-Plano deve existir, entre outras razões, porque é preciso documentar os acordos. O Plano é um dos produtos de um amplo processo de análises e acordos; o Plano documenta e enuncia as conclusões desses acordos, indicando para onde queremos conduzir o sistema (objetivos gerais ou estratégicos) e como pretendemos agir para que nossas metas sejam alcançadas (estratégias e objetivos específicos).

A depender, pois, do grau de formalização do “cálculo que precede e preside a ação”, o seu produto pode ou não estar estruturado na forma de um “Plano”.

### Terceira Advertência

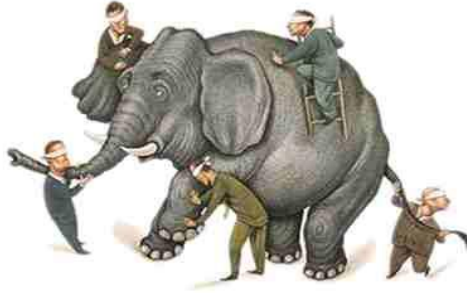
Cientes de que não dispomos de uma ciência suficientemente sólida para acertar na análise das conseqüências das decisões que tomamos, **“devemos entender a planificação como um processo de aprendizagem-correção-aprendizagem”.**

Temos de corrigir a trajetória a cada tempo, pois não somos capazes de fazer um cálculo único de toda a trajetória para atingir o objetivo. Planejar amplia a possibilidade de influir nos resultados futuros sem, entretanto, garantir que se tenha controle total sobre os mesmos.



## 2.6 Quais as vantagens na participação de não especialistas?

Antes de responder esta pergunta, leia a seguir a fábula “Os Cegos e o Elefante”, de John Godfrey Saxe (1816-1887), frequentemente citada, mas pouco conhecida.



### OS CEGOS E O ELEFANTE

Foram seis homens do Hindustão, inclinados para aprender muito, ver o Elefante. Embora todos fossem cegos, cada um, por observação, poderia satisfazer a sua mente.

O Primeiro aproximou-se do Elefante e aconteceu de chocar-se contra seu amplo e forte lado. Imediatamente começou a gritar: *“Deus me abençoe, mas o Elefante é semelhante a um muro”*.

O Segundo, pegando na presa, gritou: *“Oh! O que poderia ser assim tão redondo, liso e pontiagudo? Para mim está muito claro: esta maravilha de elefante é muito semelhante a uma lança!”*

O Terceiro aproximou-se do animal e aconteceu de pegar a sinuosa tromba com suas mãos. Assim, falou em voz alta: *“Vejo”, disse ele, “o Elefante é muito parecido com uma cobra!”*

O Quarto esticou a mão, ansioso, e apalpou em torno do joelho. *“Com que este animal se parece é muito fácil”, disse ele. “Está muito claro que o Elefante é muito semelhante a uma árvore!”*

O Quinto, por acaso, tocou a orelha e disse: *“Até um cego pode dizer com o que ele se parece: negue quem puder. Esta maravilha de Elefante é muito parecido com um leque!”*

O Sexto, mal havia começado a apalpar o animal, pegou na cauda que balançava e veio ao seu alcance. *“Vejo”, disse ele, “o Elefante é muito semelhante a uma corda!”*

E assim esses homens do Hindustão discutiram por muito tempo, cada um com a sua opinião, excessivamente rígida e forte. Embora cada um estivesse, em parte, certo, todos estavam errados!



## 2.7 Afinal, qual é a Moral da História?

Os “não especialistas” são os cegos? E o quem é o Elefante?

*“Com frequência em guerras teológicas, os disputantes, eu suponho, prosseguem em total ignorância daquilo que cada um dos outros quer dizer. E discutem sobre um Elefante que nenhum deles viu”*, finaliza John Godfrey Saxe.

A variável-chave para o processo de construção coletiva é a comunicação, verbal e não verbal, entre os membros da organização que planeja.

Observe-se que, no âmbito da gestão pública, o enfrentamento de “problemas complexos” (Elefantes) obriga-nos a dispor de todas as visões/opiniões que possam contribuir para a compreensão e para o enfrentamento dos problemas definidos por todos como prioritários. Nessa perspectiva, são realçadas noções como diálogo, liderança, negociação e problematização.

Numa organização cujos princípios apontam para a desconcentração de poder e delegação de competências para uma gestão criativa por operações e objetivos, o planejamento deve ser feito pelos atores sociais envolvidos na ação. Como ensina Matus: *“todos podem opinar, pois todos devem opinar sobre os problemas reais que os afetam e as soluções mais eficazes”*.

A “gestão participativa” é uma obrigação legal dos gestores no âmbito do SUS, mas o melhor efeito desse processo advém do compromisso assumido por todos os participantes, o que confere legitimidade ao Plano e facilita a implantação de mecanismos de “cobrança e responsabilização”.

É sabido que a implementação de decisões é muito mais eficiente quando as pessoas conhecem suas razões e origens e, em particular, quando tomaram parte na sua elaboração. Objetivos amplamente discutidos e sobre os quais há consenso são mais facilmente aceitos e compreendidos por aqueles que, de alguma forma, participarão da execução das ações necessárias para atingi-los.

Trabalhando com esse enfoque, o planejamento é um *processo político* que busca pontos comuns nas distintas visões de futuro e acordos sobre as melhores estratégias para alcançá-los: reconhecendo a complexidade dos problemas de saúde, enfatiza o diálogo gerador de compromissos e a negociação entre os agentes na gestão das organizações. A negociação entre grupos torna mais fácil o compromisso de todos com a concretização das idéias e, se existirem, ideais.

Em síntese, vimos que, segundo a Teoria do Planejamento Participativo, as organizações se constroem a partir de planos de ação formulados da forma mais participativa possível, como parte de um processo contínuo de aprendizagem organizacional operado por mecanismos de ajustamento mútuo que possibilitam aos seus membros trabalhar com objetivos comuns, embora parciais e provisórios, em um ambiente complexo e em evolução.

Fala-se, pois, em “organizações aprendizes”, permeáveis às mudanças, que, por sua vez, as fazem desenvolver-se em direção à consecução de sua missão, que também vai se adaptando ao contexto social maior em que se insere, ao tempo em que interfere nesse ambiente, gerando mudanças ou permanências.



Dentro de *organizações eficazes* (Mintzberg), o planejamento é mais uma oportunidade para construir o conhecimento institucional, contribuindo para promover uma cultura institucional em que os agentes estejam habituados a refletir sobre a finalidade das ações empreendidas, o que pode ser uma excelente forma de melhorar a qualidade e efetividade do trabalho por meio da educação permanente, criando uma *cultura de compromisso e responsabilização*.

Para isto, entretanto, o próprio Planejamento precisa conceber-se como “*dispositivo de mediação*” entre os objetivos do trabalho em saúde e uma multiplicidade de sujeitos “*movidos pelo seu gozo e pelo seu prazer*” e ciosos de sua autonomia profissional e, portanto, subordinar-se aos objetivos e ao contexto.

Repetindo aqui as palavras de Jackson De Toni (2009):

“O planejamento estratégico com enfoque participativo objetiva consolidar-se como um instrumento gerencial, uma ferramenta de construção coletiva de identidades democráticas no setor público. Significa uma aposta, fundamentada e legitimada em um projeto de governo incluyente e generoso. Talvez o embrião de uma cultura fundante de uma nova escola de gestão pública que mude radicalmente a visão do gestor sobre seu papel e seu compromisso social. Possibilita capacitar quadros técnico-políticos das organizações públicas e do terceiro setor para desempenhar atividades de elaboração, gestão e monitoramento de programas de complexa governabilidade. Com domínio de ferramentas e instrumentos participativos, pretende-se incidir na melhoria da capacidade de governo e, por efeito, na melhoria geral das técnicas de governo”.

Utilizando esse enfoque participativo, além de poder contribuir para uma compreensão mais ampla da “*realidade problemática*” e para a construção das melhores “*ações*” para o seu enfrentamento, o planejamento pode ser uma excelente ferramenta para a construção de consensos, compatibilizando as exigências de distintas visões de mundo e interesses dos atores.

## **2.8 E qual é o papel do especialista nesse Planejamento Participativo?**

O “planejador” é, nesse contexto, acima de tudo, um facilitador do processo coletivo. Alterou-se o seu papel não apenas porque “*todos podem opinar*”, mas também porque compreende-se, cada vez mais, que o melhor “*método*” é aquele que mais ajudar uma organização específica (social e historicamente situada) a lidar com uma determinada situação-problema.

Sendo assim, não é suficiente conhecer as “*melhores técnicas*” de planejamento, mas a organização em que elas serão, potencialmente, aplicadas, para, somente então, definir o “*se*”, “*como*” e “*quando*” utilizá-las.

O “facilitador” deve organizar e coordenar o processo de “*planejamento em ato*”, estimular os envolvidos à participar das atividades, individuais e coletivas, propostas (nodal em metodologias participativas) e contribuir para a construção cognitiva da realidade por meio de múltiplos consensos (grandes e pequenas escolhas), rumo aos objetivos estratégicos da organização.

Esta não é uma tarefa fácil, especialmente no caso de coletivos atravessados por intensos conflitos (políticos, profissionais, afetivos etc.), sejam eles agudos (recentes) ou crônicos (antigos, as vezes históricos) ou quando o “facilitador” tem relação muito próxima do grupo.

Segundo TONI (2009), as principais variáveis capazes de afetar esse processo são:

- a) Interação de elementos cognitivos, afetivos e psicomotores (atitudinais);
- b) Experiência e identidade coletiva prévia do grupo;
- c) Os diversos estilos de aprendizagem e matrizes cognitivas dos participantes;
- d) Capacidade do moderador em conduzir o processo de forma aberta e flexível;
- e) A adequação das técnicas de planejamento e expressão comunicativa (matrizes, simulações, dinâmicas, jogos etc.).

Quaisquer que sejam as variáveis intervenientes sobre o processo, o “facilitador” deve atuar “dramaturgicamente”, promovendo a expressão, o contato, a aproximação com o “outro”, buscando potencializar virtudes e trabalhar as dificuldades do grupo, o que também requer um “cenário adequado” (condições físicas e materiais), “atmosfera” (clima que deixe as pessoas à vontade para se expor sem medo de retaliações) e “perícia pessoal” de quem está protagonizando.

Mas a variável-chave para o processo de construção coletiva é a comunicação, verbal e não verbal, entre os membros da organização que planeja. O “facilitador” deve sempre considerar o processo de planejamento como uma “conversação” ao interior do grupo e do grupo com ele. Neste sentido, a técnica básica para, a um só tempo, conduzir, motivar e estimular coletivos é: fazer perguntas desafiadoras.



### VAMOS APRENDER MAIS?

A técnica de repertórios de perguntas como roteiro para planejamento e moderação de grupo é chamada de fio lógico em alguns textos (TONI, 2009).

Sendo de baixo custo, o uso de *flipchart* ou tarjetas (pequenos retângulos de papel-cartolina que podem ser afixados em papel Kraft ou pardo com alfinetes ou fita adesiva) onde se pode escrever palavras ou frases com pincel atômico, por exemplo, viabiliza a participação de todos a baixíssimo custo.

Mas os jogos dramáticos e as dinâmicas de grupo também têm demonstrado enorme utilidade nesses processos coletivos: ao interromper a rotina de trabalho, possibilitam estabelecer um novo “registro”, lúdico, que estimula a criatividade e a espontaneidade, o convívio democrático e conversações.

O maior desafio, por outro lado, talvez seja impedir que a lealdade dos participantes à direção baseada unicamente na hierarquia ou no medo de reprovação ou punição pelo chefe reprima a criatividade dos participantes. Neste sentido, “*liberdade para expressar-se sem censura ou possibilidade de retaliação*” é fator crítico para o sucesso de qualquer processo participativo.

Além de garantir respeito e isonomia aos participantes, a transparência do processo e imparcialidade diante dos temas em disputa, saber moderar exige flexibilidade atitudinal e metodológica, o que só se aprende com experiência. Sendo o papel do moderador o de promotor de “conversações”, não pode guiar-se rigidamente a partir de um manual de condutas ou protocolo (TONI, 2009).

## Planejamento em Saúde I – Lição 3

### Instrumentos do Planejamento em Saúde no Sistema Único de Saúde

O objetivo desta Lição é ajudar a compreender o ciclo e os instrumentos de Planejamento Governamental em Saúde existentes e a proposta do MS para o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na prática dos serviços, Teixeira (2003) destaca que o processo de construção do SUS ampliou e diversificou os objetos e sujeitos da prática de planejamento, podendo-se identificar, pelo menos, três espaços privilegiados de exercício do planejamento, que podem ser compreendidos como integrantes de um sistema de planejamento em saúde:

- A área de formulação de políticas voltadas para o enfrentamento de problemas específicos ou para o atendimento de necessidades de grupos específicos;
- O campo do planejamento de sistemas de saúde, impulsionada pela implementação das Normas Operacionais (NOB, NOAS e Pacto pela Saúde); e,
- A área da programação, com a tendência a integrar os “programas especiais” com a “programação local” (“ações programáticas”) no âmbito de Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

No âmbito do MS, o reconhecimento do planejamento como processo estratégico à gestão do SUS “vem ganhando força nos últimos anos” (DEMAS/MS, 2013), mas o processo de planejamento (que inclui o monitoramento e avaliação) das políticas públicas há muito tempo utiliza conceitos, metodologias e instrumentos diversos, embora tenha o desafio de responder, necessariamente, a dois processos institucionais, conforme esquematizado na **Figura 4**:

- Um primeiro transsetorial, transversal em relação aos outros setores do mesmo nível de governo, no caso, federal, envolvendo a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), com ritos e prazos bem estabelecidos;
- E um segundo interno ao SUS, vertical em relação aos demais níveis de governo do sistema, correspondendo, minimamente, à elaboração do Plano Nacional de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

Planejamento no SUS	
EM CADA NÍVEL DE GOVERNO	AO INTERIOR DO SUS
1. PLANO PLURIANUAL	1. PLANO DE SAÚDE
2. LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS	2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE
3. LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL	3. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

**Figura 4 – Instrumentos de Planejamento Governamental em Saúde.**

A Constituição Federal de 1988 estabelece os seguintes instrumentos de planejamento federal: 1) Plano Plurianual (PPA), instrumento de planejamento de médio prazo que estabelece diretrizes, objetivos e metas a serem executados pela administração federal para um período de quatro anos; 2) uma etapa intermediária que cabe à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), na qual se definem regras, limites e prioridades para a alocação e execução dos recursos federais; e 3) Lei Orçamentária Anual (LOA), com função de prever o limite e como serão distribuídos os recursos que o Estado arrecada junto à sociedade a cada ano.

A Lei do Plano Plurianual (PPA) é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para um período que se inicia no segundo ano do mandato (presidente, governador ou prefeito) e se encerra no final do primeiro ano do governo seguinte. É o instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, a integração entre planejamento e orçamento federal. O PPA 2012-2015, elaborado com base em diretrizes do Programa de Governo, foi encaminhado ao Congresso Nacional pelo Poder Executivo em 31 de dezembro de 2011.

No âmbito federal, o 2º parágrafo do Art. 165 da Constituição Federal (CF) define que:

“a lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento”.

O 5º parágrafo do mesmo artigo define que a Lei Orçamentária Anual compreenderá:

I – o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;

II – o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;

III – o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público”.

Ao interior do SUS, desde as Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080/1990 e 8142/1990), estão definidas as responsabilidades quanto ao processo de planejamento, a lógica de formulação dos planos e sua aplicabilidade.

A Lei 8.080/90 atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “*elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal*” (inciso XVIII do Art. 16).

No seu Art. 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, “*em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços*”. Estabelece ainda que o planejamento será ascendente, do nível local até o federal, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos, e que “*os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção*”, estando vedada “*transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos*”, sendo responsabilidade do MS, por meio de seu sistema de auditoria, o “*acompanhamento da aplicação dos recursos*” repassados para estados e municípios.

A Lei 8.142/90 estabelece que o plano de saúde e o relatório de gestão são peças imprescindíveis a esse controle. Merecem destaque as Portarias 548/2001, 399/2006 e 699/2006. A primeira aprova as “*Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação*

da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”. A segunda “divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto”, e a terceira “regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão”.

No que se refere ao planejamento, o Pacto de Gestão estabelece cinco itens a serem pactuados: (i) “adoção das necessidades de saúde da população como critério”; (ii) “integração dos instrumentos de planejamento”; (iii) “institucionalização e fortalecimento do PLANEJASUS (...) como instrumento estratégico de gestão do SUS”; (iv) “adoção de instrumentos de planejamento a serem adotados pelas três esferas de gestão”; (v) “cooperação entre as três esferas de gestão”.

O Pacto estabelece a condução de “*processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde*” como responsabilidade comum aos entes federados, e define o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão como seus principais instrumentos de planejamento e gestão.

O PlanejaSUS considera o Plano de Saúde uma peça de planejamento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. O Plano Nacional de Saúde, por exemplo, deve ser a caracterização das políticas, dos compromissos e das prioridades da União para a saúde, sendo a base para a execução, acompanhamento, avaliação e gestão do sistema único de saúde.

Na esfera federal, o processo de construção do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 teve início em fevereiro de 2011, quando foram aprovadas, pelo Colegiado de Gestão do MS, o cronograma e as etapas de sua produção:

- 1º. um primeiro momento de análise de situação da saúde brasileira, do acesso às ações e serviços e questões estratégicas para a gestão do SUS; e
- 2º. um segundo momento de definição de objetivos, diretrizes e metas, visando contribuir para a melhoria das condições de saúde, redução das iniquidades e promoção da qualidade de vida dos brasileiros.

O PNS 2012-2015, coincidindo com o horizonte temporal do PPA, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em dezembro de 2011, gerando a necessidade de alinhamento estratégico entre esses instrumentos de planejamento (PNS e PPA), o que efetivamente ocorreu no curso do planejamento estratégico do MS, quando foram estabelecidas diretrizes únicas para:

1. Plano Estratégico 2011-2015 (16 objetivos, 131 estratégias e 582 resultados, dos quais 98 prioritários, representando as entregas estabelecidas no Plano de Governo);
2. PNS 2012-2015 (16 diretrizes, 111 metas e 29 indicadores); e
3. PPA 2012-2015 (Programa Temático: Aperfeiçoamento do SUS, com 16 objetivos, 174 metas, 123 iniciativas e 45 indicadores).

O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde (PAS) coincide com o período definido para o exercício orçamentário. Portanto, as bases legais para sua elaboração são a LDO e a LOA. O propósito da PAS é determinar um conjunto de ações que permita concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde, a partir da negociação e formalização de pactos ente os gestores das três esferas de governo.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) apresenta o desempenho da execução das ações no cumprimento das metas da Programação Anual, além de fornecer as bases para o ajuste do Plano e indicar os rumos para o ano seguinte. Esse relatório também deve ser aprovado pelo respectivo conselho de saúde após amplo debate com os seus segmentos.

Mas existem outros instrumentos básicos de planejamento do SUS, em obediência ao que disciplina a Lei Complementar (LC) nº 141, de 2012, que regulamentou a LOS:

1. Termo de Compromisso de Gestão (TCG), substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS);
2. Programação Pactuada e Integrada (PPI).



**VAMOS TRABALHAR?**

**Compete à direção nacional do SUS coordenar o Planejamento Nacional no âmbito do SUS, em cooperação com os Estados, Municípios e DF.**

- 1. Como o MS tem conduzido esses processos? De forma integrada?**
- 2. Como se dá o gerenciamento das ações no MS? Como os planos, projetos e programas são monitorados pelas equipes responsáveis?**



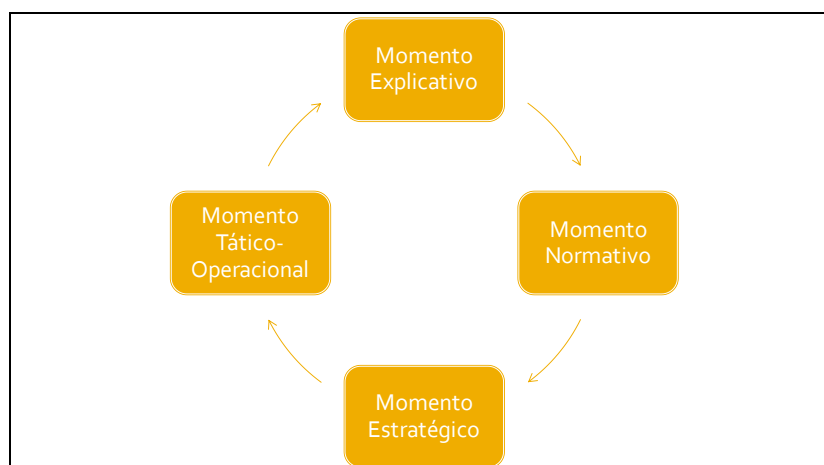
## Planejamento em Saúde I – Lição 4

### A construção da Missão Institucional

O objetivo desta Lição é, antes de iniciar a caminhada pelos quatro *momentos* do PES (Momento Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-Operacional), compreender a importância de se construir e discutir a Missão institucional.

A despeito da dificuldade de se identificar um modelo único de planejamento aplicável a todo e qualquer contexto, o processo pode ser dividido em três etapas contínuas ou quatro “momentos”, como preferia Matus (**Figura 5**):

- 1) Construção da Missão Institucional;
- 2) Análise de Situação (Momento Explicativo de Matus);
- 3) Desenho do Plano Estratégico (Momentos Normativo e Estratégico de Matus);
- 4) Gestão Estratégica do Plano (Momento Tático-Operacional de Matus).



**Figura 5 – Momentos do PES de Carlos Matus.**

### A Missão Organizacional

O conceito de missão foi muito popularizado no final do século passado pelos “programas de qualidade total”. Embora existam tantos “projetos” quanto “atores” ou suas “coalizões de poder” nas organizações, a ideia de trabalhar com um “projeto”, nos seus múltiplos sentidos de missão ou plano, ou definição de metas, ou de imagem-objetivo, diretrizes e outros conceitos que definam um “rumo”, tem muita força no imaginário dos gerentes e dirigentes do setor saúde (CECÍLIO, 2000).

A missão da organização é uma declaração de propósitos, ampla e duradoura, que individualiza e distingue o seu negócio e a sua razão de ser, ao mesmo tempo em que identifica o escopo de suas ações em termos de linhas de produtos e clientes (PORTO, 1998). Ela serve para oferecer às pessoas que integram a organização uma unidade de pensamento e direção, consolidando valores e propostas que devem garantir a construção e manutenção da identidade organizacional.



No seu formato mais completo, uma Missão contém quatro “definições fundamentais”:

- 1º) A razão de ser da organização, isto é, suas finalidades (por que a instituição existe?);
- 2º) Seu público-alvo, clientes (para quem a organização trabalha?);
- 3º) Suas ações permanentes, isto é, linhas de produtos e serviços oferecidos pela organização que contribuirão para o seu propósito (fazendo o que?);
- 4º) Algumas condições de desempenho consideradas essenciais, isto é, valores e crenças fundamentais da organização que são ou deveriam ser compartilhadas pelos seus membros (como?).

No seu formato mínimo, deve responder em seu enunciado à seguinte pergunta: quais ações (produtos ou serviços) e com quais características a organização se compromete a oferecer para que clientela?

As Ações Finalísticas Permanentes e os Princípios complementam a Missão, focalizando alvos específicos ligados ao desempenho da organização que devem ser perseguidos permanentemente, independente de restrições temporais ou de recursos.

Iniciar o processo de planejamento com a construção ou validação da missão nas organizações de saúde se justifica em função de:

- Oportunidade de construção de importantes consensos acerca da finalidade, clientela, ações permanentes e princípios que servirão de referência para toda a construção posterior (dispositivo para negociação e para o “agir comunicativo”);
- Esclarece, para os trabalhadores e clientes, a singularidade da organização e sua responsabilidade social, com ênfase na satisfação de determinadas “necessidades”;
- Desloca a atenção das equipes dos seus problemas internos para o cliente, o que representa, por si só, um dispositivo importante de mudança na cultura dominante nos órgãos governamentais;
- Alimenta o processo de planejamento, facilitando a percepção dos problemas finais, ou seja, aqueles vividos pelos usuários.

Espécie de ponto de partida que, tomando o cliente como centro, vai abrindo toda a função gerencial e reorganizando o processo de trabalho, é bastante recomendável que a definição da Missão ocorra por intermédio de um processo participativo, envolvendo todos os segmentos que integram a organização. Observe-se que um desafio deste “momento” de construção da Missão é conseguir uma redação final sintética e elegante (se possível, memorizável, inclusive), que seja o mais consensual possível (capaz de agradar a todos) e traduza, adequadamente, a organização, sua finalidade, ações permanentes, clientela e princípios.

### EXEMPLO 1



Inicialmente em três Grupos de Trabalho (GT), depois em Plenária, os participantes elaboraram a Missão do Programa de Saúde Mental (PSM) do Distrito Federal já na 1ª Oficina de Trabalho.

Quanto à Finalidade e Clientela, embora compreendendo que o grupo de usuários adultos com transtornos mentais moderados a severos e persistentes deva permanecer uma prioridade do Programa, a maioria dos presentes advogou a necessidade de assistir também as crianças e as pessoas com transtornos psiquiátricos menores, cuja prevalência é “*alta e crescente*”, bem

como os “*indivíduos desfilados socialmente e com uso abusivo de drogas*”. Noutras palavras, gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental optaram por definir uma Finalidade (F) ampla e uma Clientela (C) abrangente para o PSM: “*Garantir atenção integral em saúde mental às pessoas portadoras de sofrimento psíquico residentes no Distrito Federal*”.

Quanto às Linhas de Ação e aos Princípios do PSM do DF, realizou-se importante discussão à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica no Brasil, de inspiração italiana, e da proposta de organização do sistema de saúde mental expressa na Lei 10.216 e nas deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Foram, então, definidas, inicialmente de forma preliminar, três Linhas de Ação que, segundo o grupo, deveriam se tornar Permanentes (AP):

- AP1 *Organizar a rede de cuidados em saúde mental do DF: inserindo-se na Atenção Básica, incrementando os serviços substitutivos e reduzindo a necessidade de internação em hospitais psiquiátricos.*
- AP2 *Promover a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos mentais e a responsabilização da família e da comunidade.*
- AP3 *Gerir, de forma eficiente e participativa, o Programa de Saúde Mental do DF, valorizando os trabalhadores de saúde e os usuários.*

Cinco Princípios (P) fundamentais foram construídos à luz da Declaração de Caracas (1990), marco fundamental da Reforma Psiquiátrica nas Américas:

- P1 *Respeito à dignidade e aos direitos humanos e civis das pessoas portadoras de transtornos mentais.*
- P2 *Reconhecimento da AB como espaço privilegiado para a garantia da atenção integral em SM.*
- P3 *Revisão do papel do hospital psiquiátrico e valorização de serviços comunitários.*
- P4 *Práticas assistenciais interdisciplinares promotoras da autonomia e da permanência da pessoa portadora de transtornos mentais em seu meio.*
- P5 *Trabalhadores capacitados, valorizados, assistidos em sua SM e sensibilizados em torno da Reforma.*

Por fim, em Plenária, a partir dessas quatro definições fundamentais, aprovou-se a redação final da Missão (M) do PSM, com o desejo de que possa ser duradoura:

***“Garantir atenção integral em Saúde Mental às pessoas portadoras de sofrimento psíquico no Distrito Federal por meio da ampliação e qualificação da rede de cuidados e da redução de leitos em hospitais psiquiátricos, promovendo a reinserção social dos pacientes institucionalizados e a defesa dos seus direitos humanos e civis”.***

## **EXEMPLO 2**



A elaboração da Missão do Sistema de Vigilância em Saúde do Distrito Federal correspondeu, igualmente, ao principal objetivo da 1ª. Oficina de Planejamento: após a realização, pela manhã, da Mesa-Redonda “*A Vigilância em Saúde no Brasil e no Distrito Federal: estrutura, finalidades, projetos em desenvolvimento e desafios*”, os participantes (gestores e técnicos) foram divididos, à tarde, em sete Grupos de Trabalho (GT) e depois reunidos em Plenária para esse primeiro consenso.

Embora nomeie estruturas do SUS em diversos níveis de governo, a Vigilância em Saúde é um conceito em construção. Seu objeto, entretanto, nos remete a um conjunto de ações e serviços que visam monitorar a situação de saúde da população e seus determinantes, com a finalidade de subsidiar a formulação das políticas públicas e a gestão do Sistema de Saúde e aumentar o nível de conhecimento da população, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida.

**FINALIDADES (F) E CLIENTELA (C):**

- F1 *Proteger a saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população residente no DF.*
- F2 *Subsidiar a formulação e execução de políticas públicas, a gestão do Sistema Único de Saúde e o controle social.*
- F3 *Contribuir para a ampliação da consciência sanitária e para a adoção de atitudes e comportamentos saudáveis pela população.*

**AÇÕES PERMANENTES (AP):**

- AP1 *Análise da situação de saúde da população do Distrito Federal.*
- AP2 *Coordenação das ações de promoção da saúde.*
- AP3 *Eliminação ou redução de riscos.*
- AP4 *Controle de agravos e seus determinantes.*

**PRINCÍPIOS E VALORES FUNDAMENTAIS (P):**

- P1 *Integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade das ações.*
- P2 *Desconcentração e territorialização das ações com enfoque nos problemas de saúde.*
- P3 *Práticas humanizadas e valorização dos trabalhadores de saúde.*
- P4 *Compromisso com a qualidade no trabalho.*

**MISSÃO (M):**

***Analisar permanentemente a situação de saúde, prevenir agravos e controlar os seus determinantes, visando subsidiar as políticas públicas, promover e proteger a saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população do Distrito Federal.***

**EXEMPLO 3**



Quanto à Missão do Conselho Regional de Saúde do Paranoá (CRSPa), também foi construída por meio de processo participativo após duas Mesas-Redondas inspiradoras: “*Quem somos nós? Breve histórico do Conselho*” e “*O Controle Social no Brasil – Desafios e perspectivas*”. Inicialmente em três GT, depois em Plenária, os participantes elaboraram, visando a construção de um consenso, a Missão do CRSPa a partir das mesmas quatro definições fundamentais, já referidas anteriormente.

**FINALIDADES (F) e CLIENTELA (C):**

- F1 *Promover a participação social da população no Conselho.*
- F2 *Fortalecer a gestão participativa na Regional de Saúde do Paranoá.*
- F3 *Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população residente na Região de Saúde do Paranoá.*

AÇÕES PERMANENTES (AP):

- AP1 *Levantamento das necessidades da população.*
- AP2 *Mobilização da comunidade em defesa do SUS.*
- AP3 *Comunicação social (“comunicar à população sobre as ações do CRSP”).*
- AP4 *Contribuição à formulação de políticas públicas de saúde.*
- AP5 *Reivindicação, fiscalização e controle da implementação das políticas de interesse à saúde.*

PRINCÍPIOS E VALORES FUNDAMENTAIS (P): “os mesmos do SUS”.

MISSÃO (M):

***Promover a participação comunitária por meio de ações de comunicação e mobilização social e contribuir para a formulação e controle da execução das políticas públicas de interesse à saúde, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a melhoria da qualidade de vida da população residente na Região de Saúde do Paranoá.***



## **VAMOS TRABALHAR?**

**Em sete Grupos de Trabalho, construir uma Missão para cada Secretaria do MS a partir de: 1) Finalidades; 2) Ações Finalísticas Permanentes; 3) Clientela/Público; e 4) Princípios.**

## Planejamento em Saúde I – Lição 5

### Análise de Situação – Momento Explicativo do PES

O objetivo desta última Lição do Módulo I é iniciar a jornada ao longo dos quatro *momentos* do PES, particularmente o Momento Explicativo. O Momento Explicativo corresponde à construção de uma *análise de situação*: um conjunto de informações básicas que orientarão a formulação do Plano.

O centro do processo de planejamento é uma necessidade social, frequentemente traduzida como uma demanda aos governos. Vimos que o principal foco analítico da política pública está na identificação do tipo de problema que a política visa corrigir, na assunção desse problema pelo sistema político (*politics*) e pela sociedade política (*polity*), e nas instituições/regras que irão modelar a decisão e implementá-la.

Da mesma forma, pode-se dizer que o centro do processo de planejamento é uma necessidade social a partir da qual se constrói uma metodologia. Como se poderá perceber nas próximas lições, as técnicas é que devem se adequar ao perfil dos atores e à “situação”, ao tempo disponível para o trabalho (variável crítica) e ao conhecimento sobre a realidade objeto de planejamento, o que está de acordo com a 1ª Advertência de Carlos Matus.

Em se tratando de uma **necessidade de saúde** (das pessoas/usuários, famílias, comunidade ou dos serviços de saúde), pode-se dizer que o centro do processo de planejamento está referido a algum “**problema de saúde**” (seja problema de saúde das populações; seja problema dos serviços de saúde), aqui definido como uma situação que se afasta de um determinado padrão de qualidade, meta ou expectativa justificada.

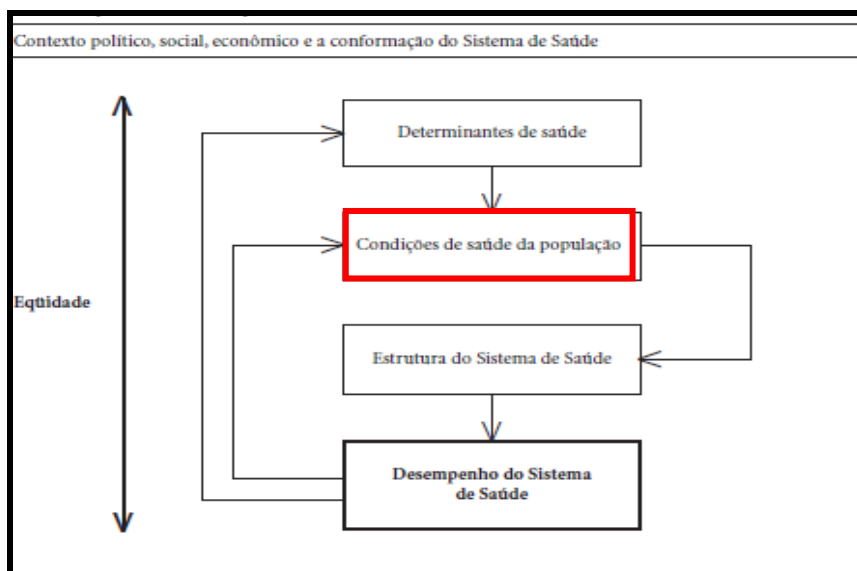
Na saúde, o Momento Explicativo corresponde, em geral, à construção de uma certa *Análise da Situação de Saúde*, o que inclui tanto a análise das condições de saúde da população, quanto uma avaliação da estrutura e desempenho da organização.

Quais as necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades?	<b>VS</b>	Qual a atual oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento/satisfação?
--	-----------	--

No caso do SUS, a análise das condições de saúde da população e da estrutura e desempenho do sistema de saúde visa construir uma visão integrada da evolução da situação de saúde. Essas informações devem expressar as características que evidenciam as condições de vida e de saúde da população e que são responsáveis pela geração das demandas ao SUS e, em especial, “se” e “como” estas demandas estão sendo satisfeitas.

Para que essa Análise de Situação de Saúde se viabilize, é necessário, entretanto, dispor de informações de saúde que sejam suficientemente específicas em relação aos grupos populacionais que se pretende atingir.

O esforço é no sentido de inserir um certo diagnóstico de saúde em seu contexto social, político, econômico e cultural, buscando identificar os fatores que determinam a situação insatisfatória, o que inclui o sistema de saúde, buscando construir uma visão integrada da “*totalidade*”, embora esta totalidade sanitária seja, na maioria das vezes, complexa demais para ser compreendida completamente e, mesmo este reconhecimento parcial, incompleto, só se realize por aproximações sucessivas (**Figura 6**).



**Figura 6 – Modelo explicativo das condições de saúde da população.**

Fonte: VIACAVA, 2004.



## VAMOS APRENDER MAIS?

### **Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família**

José Paulo Vicente da Silva, Carlos Batistella, Mauro de Lima Gomes

#### **Problemas *versus* Necessidades de Saúde**

Para Castellanos (1997), o estabelecimento da diferença entre “necessidade” e “problema de saúde” vincula-se ao conceito de “situação de saúde” (Castellanos *apud* Czeresnia, 2003). Segundo Castellanos (1990), a “descrição e explicação de uma situação de saúde-enfermidade não são independentes de quem e a partir de que posição descreve e explica”.

Incorporar essas distintas visões ao processo de definição das necessidades de saúde passa a ser um desafio para os trabalhadores no planejamento das ações e organização da oferta de serviços.

A identificação e análise de problemas de saúde depende da perspectiva sob a qual eles são identificados (...) o que é problema para uns pode não ser considerado problema para outros. A visão que se tem dos problemas de saúde, portanto, varia em função da posição dos distintos sujeitos na estrutura das relações sociais, fazendo parte de sua “visão de mundo”, de sua cultura, de seus projetos políticos, de suas utopias (...). Nesse sentido, a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população tem que assumir, ou tentar assumir, uma “visão policêntrica”, identificando os diversos sujeitos e sua posição na “estrutura de poder” em saúde (Teixeira, 2002: 81-82).

Assim, nem sempre serão coincidentes as visões dos dirigentes do sistema de saúde (geralmente preocupados com a relação custos/efetividade das ações, com a baixa capacidade operacional, limitações no financiamento etc.), dos pesquisadores (interessados na produção de conhecimentos e tecnologias), dos profissionais e trabalhadores de saúde (que vêem como problemas as limitações de infraestrutura,



dificuldades administrativas e precarização do trabalho), e finalmente da população (como sujeitos que buscam o atendimento integral de suas necessidades, que são mais amplas, relacionadas às condições de vida, ou mais específicas).

Dessa forma, a situação de saúde de um determinado grupo populacional é um conjunto de “problemas de saúde” “descritos” e “explicados” de acordo com a perspectiva de um ator social. Os problemas, entendidos como fenômenos que afetam determinados grupos, são descritos a partir de uma enumeração de fatores, que, em seu conteúdo e forma, são assumidos como relevantes (suficientes e necessários). A explicação parte da identificação e percepção do complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes planos e espaços.

Tendo em vista que o processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais, quanto maior a capacidade explicativa de fenômenos que interferem no estado de saúde, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde da população.

Decorre daí a necessidade de complementaridade de vários saberes para a compreensão destes fenômenos, dentre os quais podemos citar: a clínica, a epidemiologia, as ciências sociais, a psicanálise, dentre outros. Partimos da premissa de que as necessidades de saúde também expressam a cultura, os valores, os projetos e desejos dos sujeitos individuais e coletivos que procuram estes serviços.

Os problemas passam a ser identificados não somente pelos enfoques clínico e epidemiológico, mas, sobretudo, pelo enfoque social. Do ponto de vista clínico, observa-se o corpo individual em sua dimensão anatômica e fisiológica. A intervenção sobre os problemas de saúde neste nível privilegia o diagnóstico, tratamento de doenças e reabilitação de doentes.

O Enfoque epidemiológico enfatiza a identificação dos problemas em grupos de população, a partir da caracterização das condições ecológicas (relação agente-hospedeiro-ambiente) ou das condições socioeconômicas e culturais dos diversos grupos. Neste nível, a intervenção sobre os problemas de saúde privilegia ações de educação sanitária, saneamento ambiental, controle de vetores, alimentos, medicamentos e outros produtos potencialmente nocivos à saúde, imunização de suscetíveis e diagnóstico precoce das doenças mais comuns.

O Enfoque social enfatiza a identificação dos problemas em populações a partir da caracterização de sua dinâmica histórica, isto é, da caracterização do processo de desenvolvimento econômico, social e político dessas populações (Teixeira, Pinto & Villasbôas, 2004).

### **Uma Perspectiva Relacional de Necessidades de Saúde**

Outros autores têm-se preocupado em ampliar a compreensão das noções de necessidades e problemas de saúde.

Stotz (1991) contrapõe o conceito necessidades ao de problemas, ressaltando a “potencialidade das necessidades de saúde, ao afirmar que “as necessidades de saúde (...) são mais do que a ‘falta de algo’ para se ter saúde. Limitadas a esta dimensão, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo (e mente) ‘disfuncional’ ou ‘inadaptado’.” Pelo contrário, as necessidades de saúde, enquanto necessidades sociais dos indivíduos, como expressão histórica de movimento que assumem como iníquas certas condições sociais, são potencialidades. E são potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas” (Stotz, 1991: 449-451).

De acordo com o autor, as necessidades de saúde se situam no nível das necessidades sociais mais gerais. Ainda que sejam determinadas e constituídas social e

historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual. Expressa-se, dessa forma, uma relação dialética entre o individual e o social. Stotz está interessado em observar como nas demandas sociais por saúde podem se constituir determinados “sujeitos coletivos”, tendo em vista que tais demandas expressam “carências” ou “necessidades” geradas pelo modo de produção e organização da sociedade.

Nesse sentido, Stotz recorre a Nunes (1989: 68), para quem “o conceito de carência sempre tem por referência o conceito de indivíduo, aquela é atributo deste”. Contudo, o indivíduo compartilha o processo de determinação de suas carências/necessidades, pois “o indivíduo é imediatamente social; ele o é por pertinência a determinado grupo (família, colegas de trabalho, seita religiosa etc.), sendo influenciado pelos valores do grupo” (Stotz, 1991: 15). Sendo assim, o processo de determinação das carências individuais é vivenciado com o grupo, tendo, portanto, uma dimensão coletiva. Trata-se, pois, de uma mediação fundamental da prática social inerente à vida em sociedade. Dessa forma, “as necessidades de saúde são necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas” (Stotz, 1991: 86).

Ao propor um conceito operacional de necessidades de saúde capaz de contemplar a perspectiva dos sujeitos individuais e coletivos, o autor vislumbra a construção de uma “ferramenta” que, potencialmente, contribua tanto para a superação do reducionismo inerente ao enfoque normativo de planejamento quanto para a superação das incoerências e insuficiências contidas no enfoque situacional. Busca-se a superação da racionalidade instrumental que vem permeando, hegemonicamente, a formulação das políticas públicas de saúde por meio do planejamento.

Para o autor, na “área do planejamento em saúde”, a perspectiva individual do “sujeito de necessidades” foi incorporada, de forma pragmática, ao enfoque normativo de planejamento (Falleiros apud Stotz, 1991: 17). Assim, necessidades seriam a “falta de algo” em um homem cuja natureza é ideal, genérica, abstraída das relações sociais, independentes, pois do todo social (Falleiros apud Stotz, 1991: 17).

Dessa maneira, problemas e necessidades de saúde se constituem como noções conexas, pois, a necessidade é, de algum modo, a tradução de problema em termos “operacionais”. Problema corresponde a um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, médico ou coletividade. Necessidade expressa o desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de modo normativo e estado atual ou real (Pineault & Daveluy apud Stotz, 1991).

Stotz conclui que o enfoque normativo de planejamento dispensa a reflexão sobre as mediações do conceito de necessidades de saúde, pois a explicação da situação em questão cede lugar a um diagnóstico com base em uma realidade objetiva a qual se controla e se mensura por meio de indicadores tradicionais e externos ao planejador.

Cecílio e Matsumoto (2006) chegam às seguintes conclusões sobre o trabalho de Stotz:

1. Embora a saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais;
2. A dimensão social dos fenômenos da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher;
3. As necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes;
4. As necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que implica admitir o valor e as implicações decorrentes deste valor;
5. Necessidade de saúde não é conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado “livre”, abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela “estrutura” social colocada de forma genérica.

[http://www.epsiv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s\\_livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&apitulo\\_id=17&sub\\_capitulo\\_id=42&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsiv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&autor_id=&apitulo_id=17&sub_capitulo_id=42&arquivo=ver_conteudo_2)

De qualquer forma, só é possível planejar a partir do conhecimento das necessidades e demandas dos clientes, da organização (seja um sistema ou um serviço de saúde) e do contexto no qual ela se insere. O sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações. Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos serviços de saúde como das pessoas que os utilizam (usuários).

Antes disso, porém, é preciso caracterizar melhor a natureza da Explicação Situacional.

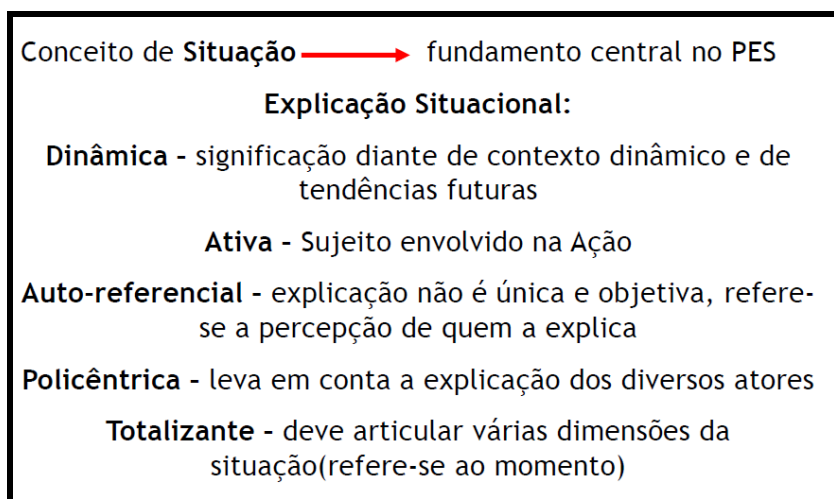


Figura 7 – Características da Explicação Situacional matusiana.

Perceba-se, conforme vimos no *Decálogo* (Lição 2), que a Explicação Situacional (Figura 7) é dinâmica em termos de sua significação (diante de contexto dinâmico e de incertezas quanto às tendências futuras), ativa (porque o sujeito que planeja está envolvido na ação), auto-referencial (porque a explicação não é única e objetiva, refere-se à percepção de quem a explica); policêntrica (porque precisa levar em conta a explicação dos diversos atores) e pretensamente totalizante (devendo articular várias dimensões da “situação”).

A elaboração do Plano exige, pois, a necessidade de explicar a realidade não apenas a partir de nosso lugar situacional, mas também a partir da “visão dos outros”. O que é problema para uns pode ser oportunidade para outros. Portanto, não existe uma verdade única para os distintos atores sociais. A explicação do “outro” é parte da realidade que devo explicar, faz parte da “situação”.

Observe-se, além disso, que o foco desta análise é dependente da definição da Clientela feita no momento anterior, quando da construção da Missão. No caso do Programa de Saúde Mental do DF, por exemplo, vimos que esta clientela são as “*peças portadoras de sofrimento psíquico residentes no Distrito Federal*”; no caso do Sistema de Vigilância em Saúde é a “*população residente no DF*” e no caso do Conselho Regional de Saúde do Paranoá foi definida como “*população residente na Região de Saúde do Paranoá*”.

Esse primeiro momento, de Análise de Situação, pode ser realizado por meio de:

1. Reconhecimento do **território**, portanto do **contexto** social, político, econômico e cultural em que se insere a organização, seus clientes e o planejamento;
2. Análise das **condições de saúde** da população adscrita e de seus **determinantes sócio-demográficos, ambientais e culturais**;
3. Análise do **ambiente interno e externo da organização**;
4. Identificação, descrição, seleção e análise dos **problemas prioritários**.

Do ponto de vista operacional, sugere-se que esse Momento Explicativo se inicie com alguma exposição dialogada acerca das condições de saúde da população de referência para a organização, seu perfil epidemiológico e principais determinantes da saúde. Se houver a possibilidade de um debate mais sistematizado, sugere-se consolidar a discussão em quadros que sumarizem os “*consensos possíveis*” do debate. Perceba-se que as variáveis críticas são o “Tempo” e a “Comunicação”.

## 5.1 Território Sanitário e Territorialização

O conceito de “território sanitário” que está sendo adotado neste curso é coerente com o método de planejamento sugerido. Sendo assim, não é compreendido apenas como um espaço geográfico, mas, sim, como o local em que se dá o processo de vida da comunidade, a interação de distintos atores sociais com qualificações sociais, econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e históricas distintas.

No nível local, de base comunitária, chama-se de territorialização ao processo de reconhecimento e apropriação do território pelos atores sociais.

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc.). Por meio da territorialização se amplia a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios (BRASIL, 2011).

O estabelecimento dessa base territorial é o primeiro passo para a caracterização da situação de saúde da população (o que inclui os seus determinantes), bem como para o dimensionamento do trabalho a ser realizado pela organização. No caso das Equipes de Saúde da Família (eSF), por exemplo, esta base territorial deve ser detalhada a nível de domicílio, de modo a possibilitar a **adscrição** da clientela à equipe, bem como o monitoramento e avaliação das ações. Qualquer que seja o seu tamanho, é de fundamental importância a visualização do território a ser trabalhado por meio de **mapas**.

### EXEMPLO



Na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (eSF), o cadastro/Ficha A é o primeiro passo para o conhecimento das famílias residentes e para a territorialização da área de responsabilidade da equipe de saúde.

Este conhecimento pode ser complementado pela observação de campo e entrevista com informantes-chave. É, além disso, um momento importante para estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família, a partir do qual se dará o acompanhamento das várias situações apresentadas.

O objetivo é conhecer as famílias residentes nas áreas de responsabilidade das equipes de saúde, relacionando os seus integrantes, a situação de moradia e outras informações necessárias para a programação das ações de saúde. A meta: identificar e cadastrar 100% das famílias residentes na área de responsabilidade.

No caso de micro-áreas das eSF, é fundamental a visualização, no mapa, do conglomerado urbano em que se localiza a micro-área, de modo que possam ser mapeados os principais equipamentos urbanos e barreiras geográficas que limitam o **acesso** das pessoas aos serviços de saúde. Pode-se ter mapas confeccionados manualmente com auxílio da comunidade (**Figura 8**), mas também fotos utilizando recursos de informática e internet (**Figura 9**).





**Figura 8 – Exemplo de Mapa utilizado pelo PSF/PACS.**

<http://dalecioconsultoria.files.wordpress.com/2011/05/mapa-territc3b3rio.jpg>.



**Figura 9 – Exemplo de Mapa geocodificado utilizado pelo PSF/PACS.**

Fonte: <http://www.scielo.br/img/revistas/reben/v63n6/17f03.jpg>.

O conjunto dos mapas produzidos pode formar um grande mapa da área de atuação da equipe de Saúde da Família assim como esse mapa feito com todas as informações sobre a área pode dar origem a outros mais específicos em que podem ser destacadas informações das ruas, caminhos e as linhas de ônibus de uma comunidade. Em uma região que chove muito, por exemplo, pode ser importante conhecer bem os rios, açudes, lagos e locais propensos à inundação.

## 5.2 Análise das Condições de Saúde (Necessidades dos Clientes)

Nas organizações de saúde, nessa etapa, a pergunta a ser respondida costuma ser, então: de que adoecer/morre a população? E porque a população adoecer e morre por essas causas?

Perceba que as populações adoecem e morrem por razões bem determinadas. Não se trata de um fenômeno aleatório, mas, ao contrário, estruturado, com determinações que podem ser identificadas. A compreensão da situação sanitária demanda a análise, também, desses determinantes (demográficos, culturais, sócio-econômicos e ambientais), que ajudam a explicar a ocorrência dos fenômenos sanitários (agravos e óbitos).

De uma maneira geral, a análise das **condições de saúde** da população visa:

- a) Compreender a **evolução dos indicadores epidemiológicos** e identificar seus **determinantes demográficos e socioambientais**;
- b) Estabelecer uma hierarquia de **fatores de risco e vulnerabilidades** aos agravos considerados mais relevantes;
- c) Identificar os **grupos/famílias mais vulneráveis** aos agravos considerados mais relevantes e as situações de risco sanitário a serem priorizadas.

A **Demografia**, a **Epidemiologia** e as **Ciências Sociais** são, pois, fundamentais para a compreensão e quantificação dessas **necessidades de saúde**. Mas atenção navegantes de primeira viagem: este processo de análise de situação não deve se constituir em procedimentos rígidos! E observe-se que o foco desta análise é dependente da definição de Clientela e Finalidade feita no momento anterior, quando da construção da Missão, portanto depende da necessidade de saúde a ser satisfeita.

Pode se tratar de um Programa de Saúde voltado para o enfrentamento de problemas específicos (a exemplo do Programa de Saúde Mental) ou para o atendimento de necessidades de grupos específicos da população (idosos ou mulheres), pode estar referida a uma Unidade de Saúde (um centro de saúde ou um hospital), um Sistema Local de Saúde ou, ainda, a um órgão central, como o Ministério da Saúde ou uma de suas secretarias.

## 5.3 Análises da Estrutura e Desempenho Organizacional

Nas organizações de saúde, nessa etapa, a pergunta a ser respondida costuma ser, então: qual tem sido a contribuição do sistema de saúde e da “organização” para essa situação?

Obviamente, a estrutura e desempenho da organização e do sistema de saúde como um todo são fatores-chave para a situação de saúde. Esta análise costuma ser subdividida em Análise de Ambiente Interno e de Ambiente Externo.

### 5.3.1 Análise do Ambiente Interno

A Análise de Ambiente Interno corresponde a um esforço de diagnóstico da organização, buscando construir uma visão integrada das suas características internas.

De uma maneira geral, a análise do ambiente interno visa:

1. Avaliar a estrutura e o desempenho da organização em relação ao cumprimento da sua Missão institucional;
2. Identificar e estabelecer uma hierarquia de forças e fraquezas que determinam as potencialidades da organização;
3. Identificar as principais causas das fraquezas.



Idealmente, esta etapa pressupõe um bom conhecimento da organização pelos participantes. Se houver a possibilidade de uma avaliação da estrutura e desempenho da organização, sugere-se consolidar essa discussão em quadros.

- a) Missão, natureza jurídica e desenho organizacional;
- b) História de conformação do Sistema ou do Serviço de Saúde;
- c) Estrutura do Sistema ou do Serviço de Saúde (Capacidade Instalada):
  - Condução/Gestão (Capacidade de Formulação e Implementação);
  - Financiamento (captação e alocação de recursos financeiros);
  - Recursos humanos, materiais (infraestrutura e insumos) e organizacionais;
- d) Desempenho do Sistema ou do Serviço de Saúde:
  - Acesso (cobertura e oportunidade);
  - Aceitabilidade e respeito ao direito das pessoas;
  - Continuidade e integralidade;
  - Adequação técnico-científica e segurança;
  - Efetividade;
  - Eficiência.

Outros aspectos que devem ser considerados nessa análise do ambiente interno: a posição e relevância no contexto das políticas públicas em que se circunscreve; recursos disponíveis para o cumprimento de sua missão; capacidade de mobilizar outros recursos e capacidade de articular forças e apoios políticos na consecução de sua missão.

### EXEMPLO

Compreendendo que esta análise de situação se realiza por meio de aproximações sucessivas, o que se propõe para as equipes de Saúde da Família (eSF) é uma análise da infraestrutura e funcionamento da eSF e de elementos gerais do Sistema de Saúde que são vitais para que a equipe consiga cumprir sua missão.

Capacidade instalada e funcionamento da **Equipe de Saúde da Família** para o cumprimento de sua missão assistencial:

1. Quais os profissionais que compõem a ESF? A equipe está completa?
2. Qual o nº de famílias residentes na micro-área a serem atendidas?
3. Qual é a real cobertura da equipe, isto é, qual o número de famílias realmente atendido em relação à meta?
4. Programas e ações que estão implantados?
5. Quais os sistemas de informação (SIAB, SINAN etc.) e de comunicação (intranet/Internet, outras) disponíveis à equipe de SF? Tem órgão de gestão participativa e/ou controle social? Como funciona?
6. Como funciona o suprimento de materiais/recursos logísticos?
7. Quais as atividades e os procedimentos realizados pela ESF?

Após a análise das atividades desenvolvidas, dos programas implementados e da participação no controle social, propõe-se finalizar este bloco com uma análise do **processo de trabalho da equipe de Saúde da Família**.

Com este objetivo, pode-se caracterizar o trabalho da eSF em termos de: 1) Missão; 2) Projeto; 3) Comunicação; 4) Planejamento e programação; 5) Avaliação e monitoramento; 6) Relação com usuários; e 7) Processo decisório:

1. A equipe tem uma clara missão assistencial?
2. Tem um projeto desenhado? Como foi elaborado? Quais os aspectos centrais desse projeto? Algum projeto implícito?
3. Como acontece a comunicação? Quais os mecanismos de comunicação entre os membros da equipe? Qual é o fluxo? Em quais espaços?
4. Como é o processo de planejamento da equipe? Como são definidos os objetivos e as prioridades? Como é feita a programação das ações?
5. Existe monitoramento das ações desenvolvidas pela equipe? Como é avaliado o trabalho? Qual a periodicidade?
6. O usuário sujeito do cuidado participa da tomada decisão? Existe “escuta”? A equipe cria vínculo?
7. Como acontece o planejamento da equipe e se é respeitado? Quais são os espaços de decisão? Qual a periodicidade?

Em síntese, o modelo de atenção preconizado pela ESF pressupõe, entre outros fatores, a existência de uma equipe de saúde que construa vínculos entre si e com os usuários, capacitada para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, que articule os conhecimentos necessários para responder aos problemas de saúde que se colocam e atuar efetivamente na promoção e na produção da saúde.

Para finalizar esta etapa, propõe-se analisar o Sistema Local de Saúde ao qual a eSF se conecta e do qual é, certamente, interdependente. Noutras palavras, qual é a capacidade instalada e funcionamento do **Sistema Local de Saúde/SILOS**:

1. Quais os demais serviços oferecidos pelo SUS do município/região/UF?
2. Desenvolve ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental?
3. Como funciona o apoio laboratorial e diagnóstico? Os Serviços Ambulatoriais são acessíveis? E os Serviços Hospitalares?
4. Existem unidades de saúde para urgência e emergência? Quais? O SAMU está implantado e funcionando?
5. Como é a integração do sistema de saúde nos diversos níveis de atenção? Existe sistema de referência e contra-referência? Como estão os mecanismos de regulação? O município atende pessoas de outros municípios? Quais são os municípios e especialidades de referência?
6. Existem mecanismos de valorização dos trabalhadores de saúde (humanização das relações de trabalho)? Existe plano de cargos e salários? Existe algum programa de educação permanente para os servidores?

Em suma, a rede de serviços, que inclui a ESF, tem sido capaz de atender as necessidades da população? Com que qualidade e resolubilidade?

Por fim, se houver a pretensão de aplicar a técnica do Posicionamento Situacional no Momento Normativo, recomenda-se fortemente o levantamento de “Forças” e “Fraquezas” nesta etapa do planejamento (**Quadro 2**). As “forças” são situações, tendências ou fenômenos internos à organização que podem contribuir em grau relevante e por longo tempo para o seu desempenho, enquanto as “fraquezas” podem prejudicar este desempenho.

NÍVEL DE ABRANGÊNCIA	AMBIENTE INTERNO	
	FORÇAS	FRAQUEZAS

Quadro 2 – Lista de Forças e Fraquezas da Organização.

### 5.3.2 Análise do Ambiente Externo e Mapeamento dos Atores Sociais

O ambiente externo de uma organização inclui todos os fatores externos que podem afetar o desempenho organizacional e até a sua sobrevivência.

Na busca de informações, a organização precisa observar grande quantidade de sinais, para, seletivamente, analisá-los, identificar as suas causas, visando compreendê-los, pois a *“organização que não conhece o ambiente externo onde está inserida e a sua potencialidade está fadada ao insucesso por despender esforços redundantes e, muitas vezes, de baixa eficácia”* (MORESI, 2001).

A elaboração do Plano exige, além disso, a necessidade de explicar a realidade não apenas a partir de nosso lugar situacional, mas também a partir da “visão dos outros”. O que é problema para uns pode ser, inclusive, oportunidade para outros atores sociais. Portanto, não existe uma verdade única para os distintos atores sociais. A explicação do “outro” é parte da realidade que devo explicar, faz parte da “situação”. Sugere-se consolidar essa discussão em quadros que sumarizem os “consensos”.

Sendo assim, são aspectos que devem ser considerados na análise do ambiente externo:

- Atores governamentais e não-governamentais relevantes para as ações permanentes e estratégicas da organização (seus interesses, expectativas, receios etc.);
- Diretrizes políticas do atual governo local e como essas diretrizes afetam a organização;
- Tendências internacionais e contexto das políticas públicas nacionais que circunscrevem as ações permanentes da organização, incluindo as políticas econômicas e de financiamento setorial.

Observe que os atores sociais podem ser pessoas (lideranças comunitárias, por exemplo), mas também instituições governamentais e não-governamentais que têm potencial para contribuir ou prejudicar o trabalho da organização.

Também aqui, se houver a pretensão de aplicar a técnica do Posicionamento Situacional no Momento Normativo, recomenda-se fortemente o levantamento de “Oportunidades” e “Ameaças” nesta etapa (Quadro 3). Oportunidades *“são situações, tendências ou fenômenos externos à organização, atuais ou potenciais, que podem contribuir em grau relevante e por longo tempo para a realização de sua missão ou objetivos permanentes e para o alcance de um bom desempenho”* enquanto as ameaças *“podem prejudicar o cumprimento de sua missão e o alcance de um bom desempenho”* (PORTO, 1998).

NÍVEL DE ABRANGÊNCIA	ATORES RELEVANTES	AMBIENTE EXTERNO	
		OPORTUNIDADES	AMEAÇAS

**Quadro 3 – Atores, Oportunidades e Ameaças segundo Nível de Abrangência.**

Evidentemente, a relevância desta exploração do ambiente externo é bastante variável a depender da organização que estivermos planejando e do território em que a organização estiver situada. No caso de uma eSF, por exemplo, pode se tratar de um território “pobre” de organizações comunitárias, mas “rica” de organizações governamentais, por exemplo.

#### 5.4 Identificação, descrição e seleção de problemas

Evidentemente, não existe uma problemática única ou fórmulas simples que dêem conta de compreender o conjunto das variáveis que estão colocadas pela situação de saúde ou pela organização. A compreensão da realidade em sua “totalidade” deve ser perseguida, mas sabendo-se de antemão que nunca será alcançada. Nessa etapa, nosso objetivo corresponderá à identificação, descrição e seleção de problemas a enfrentar.

##### 5.4.1 Identificação de problemas

A seleção dos problemas relevantes a enfrentar deve ser orientada pela missão assistencial da organização e pelo conhecimento da realidade. Antes, porém, será preciso identificar os problemas. Pode-se realizar essa etapa por meio de uma “*tempestade de idéias*” em que todos os atores relacionam, o mais livremente possível, problemas de saúde e dos serviços de saúde na visão dos participantes.

Recomenda-se iniciar o debate por uma apresentação da situação analisada: condições de saúde e seus determinantes, além de forças/fraquezas e ameaças/oportunidades. Em alguns momentos a participação de técnicos pode ser muito útil e esclarecedora. Idealmente, o grupo deve ser formado por pessoas que tenham um bom entendimento acerca da situação e que represente diversas percepções.

Os problemas de saúde da população podem ser extraídos da análise das **Condições de Saúde** da população enquanto os problemas organizacionais podem ser identificados facilmente a partir das *Fraquezas* observadas no Ambiente Interno e das *Ameaças*, no Externo (análise da **Estrutura e desempenho organizacional**).

Como, em geral, serão muitos os problemas listados, o grupo pode agrupá-los por afinidades e encabeçá-los (cada grupo de problemas afins) por um “problema final” (um problema vivido pelos usuários).

Os problemas intermediários aparecerão, inevitavelmente, mais à frente, enquanto “causas” do “problema final”. Nas palavras de Cecílio (1997): “Podemos dizer que o alvo do plano deve ser sempre os problemas finais e é a modificação destes que mede o seu sucesso. [...] Os problemas intermediários aparecerão, inevitavelmente, mas lidos sob a ótica dos problemas finais que, afinal, são os que interessam”.

#### 5.4.2 Descrição de problemas

Quanto à descrição do problema que pretendemos enfrentar, visa afastar ambigüidades (“do que estamos falando?”) e dar a dimensão (magnitude).

O **descriptor**, entretanto, não explica: apenas descreve, mede, **quantifica**. Se bem formulado, corresponderá aos **indicadores** que, na fase de gestão, servirão para o monitoramento do Plano.

“O indicador é uma medida, que pode ser quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação” (Ferreira et al, 2008). Por exemplo, se o problema for “alta ocorrência de óbitos entre menores de 1 ano” temos um indicador perfeito para descrevê-lo: “taxa de mortalidade infantil”; se for a “fila”, será preciso descrevê-la em termos de “tempo de espera” (**Quadro 4**).

<b>Problema</b>	<b>Descritores</b>
Ex 1: Ocorrência de muitos óbitos de menores de 1 ano na área em 2010.	Taxa de mortalidade infantil de 40/1000 na micro-área no ano de 2010.
Ex 2: Grande tempo de espera para a pediatria na Unidade de Saúde da Família.	Tempo de espera de 4 meses para consulta de pediatria na USF desde 2009.
Ex 3: Grande número de adolescentes (10 a 19 anos) grávidas na micro-área.	15% das gestantes são adolescentes; 7% das adolescentes estão grávidas.

**Quadro 4 – Problemas vividos pela população e seus descritores.**

O sucesso do plano no enfrentamento dos problemas será medido pela modificação dos seus descritores: redução da TMI, do tempo de espera ou do número de adolescentes grávidas. Mas nem sempre teremos indicadores quantitativos à disposição.



#### **VAMOS APRENDER MAIS?**

##### **O que são indicadores de saúde e para que servem?**

Para responder a esta pergunta, reflita sobre o ditado popular: “onde existe fumaça, há fogo”. E sobre o exemplo: “nuvens no céu podem indicar chuva”. Sim, a fumaça e as nuvens são, comumente, tomadas como “indicadores” de fogo e chuva, respectivamente. Portanto, os “indicadores” indicam, anunciam, antecipam, descrevem, identificam situações de forma menos ou mais direta. Mas há uma diferença nesses dois exemplos. Você seria capaz de identificar?

Praticamente não é possível que haja fumaça sem fogo, embora o fogo possa já ter sido apagado ou não ser proporcional à fumaça produzida. Quanto às nuvens, “podem” indicar chuvas, mas enquanto a fumaça é efeito do fogo, as nuvens são a causa das chuvas, embora seus efeitos estejam na dependência, também, dos ventos, da pressão atmosférica, tipo de nuvens etc.

Em ambos os casos, entretanto, **os indicadores nos servem como guia para a ação**: seja a de chamar o Corpo de Bombeiros para “apagar um provável fogo”, seja a de correr para um lugar protegido da “chuva que se anuncia”. O Corpo de Bombeiros pode chegar após o fogo já ter consumido tudo enquanto a chuva pode, de fato, nunca chegar! De qualquer maneira, servem de guia para nossa ação.

Igualmente, os **Indicadores de Saúde** são medidas, quantitativas ou qualitativas, utilizadas para dimensionar as condições de saúde de uma população (magnitude e distribuição de problemas relacionados à saúde) e, assim, guiar-nos na direção da nossa missão: a garantia do direito à atenção integral em saúde. Quanto aos **indicadores de saúde quantitativos**, podem corresponder a **números absolutos**, estar “relativizados” (caso das **proporções, coeficientes e razões**) ou, ainda, assumir a forma de um **índice**.

Na forma de um **número absoluto** (total de gestantes ou de fumantes, por exemplo), podem expressar a dimensão de um problema e, assim, ser muito úteis ao planejamento/programação das ações (de atenção ao pré-natal ou assistência aos fumantes que desejam parar de fumar, respectivamente), mas apresentam grande limitação quando utilizados para comparações entre territórios de tamanhos diferentes (Brasil *versus* Uruguai, por exemplo).

Na forma de uma **proporção**, todas as unidades do numerador estão contidas no denominador, mas somente traduzem “**risco**” se o denominador corresponder à população sob risco de adoecer ou morrer, situação em que o indicador será denominado **coeficiente**. Exemplo: Coeficiente de Mortalidade Geral (nº de óbitos dividido pela população total acompanhada durante um período  $\Delta t$ ). Nesta situação, qualquer indivíduo que estiver incluído no denominador populacional deve ter a chance (possibilidade) de se tornar parte do numerador.

Diferente é o caso da **fração**, quando todas as unidades do numerador estão contidas no denominador, mas o indicador não traduz “risco” de adoecer nem de morrer. Exemplo: Mortalidade Proporcional (nº de óbitos por uma causa ou grupo de causas dividido pelo total de óbitos ocorridos no mesmo período  $\Delta t$ ). Neste caso, fala-se que “representam a **fração de contribuição** de cada categoria com relação ao todo”, mas não um “risco” de adoecer ou morrer.

E diferente é o caso da **razão**, quando o numerador não está incluído no denominador. Embora sejam sempre da mesma natureza e tenham a mesma unidade de medida, numerador e denominador são mutuamente excludentes. Exemplo: Razão de Sexos (nº de homens dividido pelo nº de mulheres).

Por fim, na forma de **índice**, os indicadores de saúde podem expressar, simultaneamente, múltiplas dimensões de uma determinada situação de saúde. Exemplo: Índice de Massa Corporal (peso dividido pela altura ao quadrado).

A análise dos **dados demográficos** nos permite antecipar informações importantes a respeito da população, prever necessidades em saúde maiores ou menores em tal sexo ou faixa etária, bem como permite antecipar a demanda aos serviços de assistência etc. Mas estas informações terão outra função importantíssima: permitir a construção dos **indicadores de morbimortalidade**, servindo como denominadores para o cálculo dos coeficientes de incidência e prevalência.

A **incidência** refere-se à ocorrência de casos novos de algum agravo ou doença em um intervalo de tempo  $\Delta t$ , enquanto a **prevalência** corresponde ao estoque de suscetíveis com o agravo ou doença em um certo instante  $t$ .



### 5.4.3 Seleção de problemas

Segundo Matus (1993), quase nunca selecionamos os problemas pela primeira vez, pois “*temos uma história que pesa sobre nós*”. Explicar a situação presente significa, assim, **reconsiderar a validade do conjunto de problemas relevantes com base nos quais vimos conduzindo nossa intervenção sobre o sistema**.

Pode-se selecionar os problemas utilizando critérios os mais diversos, mas é fundamental definir esses critérios previamente e, se possível, por consenso com o grupo, antes de iniciar a etapa de seleção de problemas prioritários.

Atenção navegantes de primeira viagem: não temos qualquer porto seguro à disposição, nenhuma ciência suficientemente sólida que nos oriente neste escolha.

Muito frequente tem sido a utilização de alguma Matriz, a exemplo da TUC (Quadro 5), atribuindo-se um determinado valor, que pode ser único mas que pode também variar de critério para critério, indicando que um é mais importante que o outro para o grupo:

- 1) **Transcendência** dos problemas para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apóiam e para a população;
- 2) **Urgência** dos problemas e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados;
- 3) **Capacidade de enfrentamento** dos problemas e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano.

PROBLEMAS	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 3)			
	Transcendência (A)	Urgência (B)	Capacidade (C)	TOTAL (A X B X C)
Ex 1: Ocorrência de muitos óbitos de menores de 1 ano na micro-área em 2010.	3	3	3	27
Ex 2: Grande fila para a pediatria na Unidade de Saúde da Família.	3	2	3	18
Ex 3: Grande número de adolescentes (10 a 19 anos) grávidas na micro-área.	3	2	2	12

Quadro 5 – Exemplo de Matriz para Seleção de Problemas.

Da mesma forma que não existem “melhores critérios *a priori*”, perceba que não há uma “pontuação correta”, mas uma pontuação definida por um determinado grupo de pessoas: válida, portanto, para esse coletivo.

O grupo pode propor outros critérios, a exemplo de: **Magnitude** do problema (número de pessoas afetadas pelo problema) ou **Vulnerabilidade** das populações afetadas (perfil das populações envolvidas), assim como o grupo pode redefinir a pontuação se o resultado final desagradar.

## 5.5 Explicação Situacional

Declarados, descritos e selecionados os problemas pelos participantes, é chegado o momento de analisá-los para entender melhor sua gênese, procurando identificar as suas causas, que, na verdade, não passam de outros problemas (“*intermediários*”) que estão gerando outros problemas. O passo seguinte é, pois, encontrar as causas de cada causa, até que o grupo de trabalho se sinta satisfeito com a explicação.

A *Explicação Situacional* é, pois, uma reconstrução simplificada dos *processos que geram os problemas relevantes selecionados*, de tal forma que os elementos constituintes desses processos aparecem interconectados na geração desses problemas e de suas características particulares, utilizando algum instrumento como a “*Árvore de Problemas*” ou a “*Espinha de Peixe*”.

Vejamos, primeiro, um exemplo da *espinha de peixe* (Figura 10): uma super-simplificação do método de explicação situacional. No exemplo, o problema analisado é “*Grande número de adolescentes grávidas na micro-área de uma eSF*” e os descritores são: “*15% das gestantes da micro-área são adolescentes*” e “*7% das adolescentes residentes na micro-área estão grávidas*”.

As dezesseis causas foram, neste caso, organizadas em quatro blocos de causas:

- a. “*Determinantes do ambiente social e econômico*”;
- b. “*Determinantes culturais e comportamentais*”;
- c. “*Determinantes relacionados ao trabalho da eSF*”;
- d. “*Determinantes relativos ao acesso e à qualidade do SUS*”.

Vejamos agora um exemplo de utilização da *árvore de problemas* (Figura 11): desenhada de maneira clara, sintética e precisa, deve ser construída a partir da identificação das causas do problema e *como estão relacionadas entre si*.

Esta árvore de problemas a seguir foi construída a partir das respostas à seguinte pergunta: *por que 40% das crianças são internadas mais de uma vez ao ano por doenças agudas infecciosas, enquanto no município esta taxa é de 5%?*

Então, para o problema acima, foram encontradas as seguintes causas: a unidade de saúde da região presta atendimento apenas a casos de urgência e emergência, não oferece programas de puericultura, tampouco o programa de vacinação básica; cerca de 60% do território não possui rede de esgotos; 20% desse território não é servido de água potável; e grande quantidade de lixo acumulado na periferia da região.

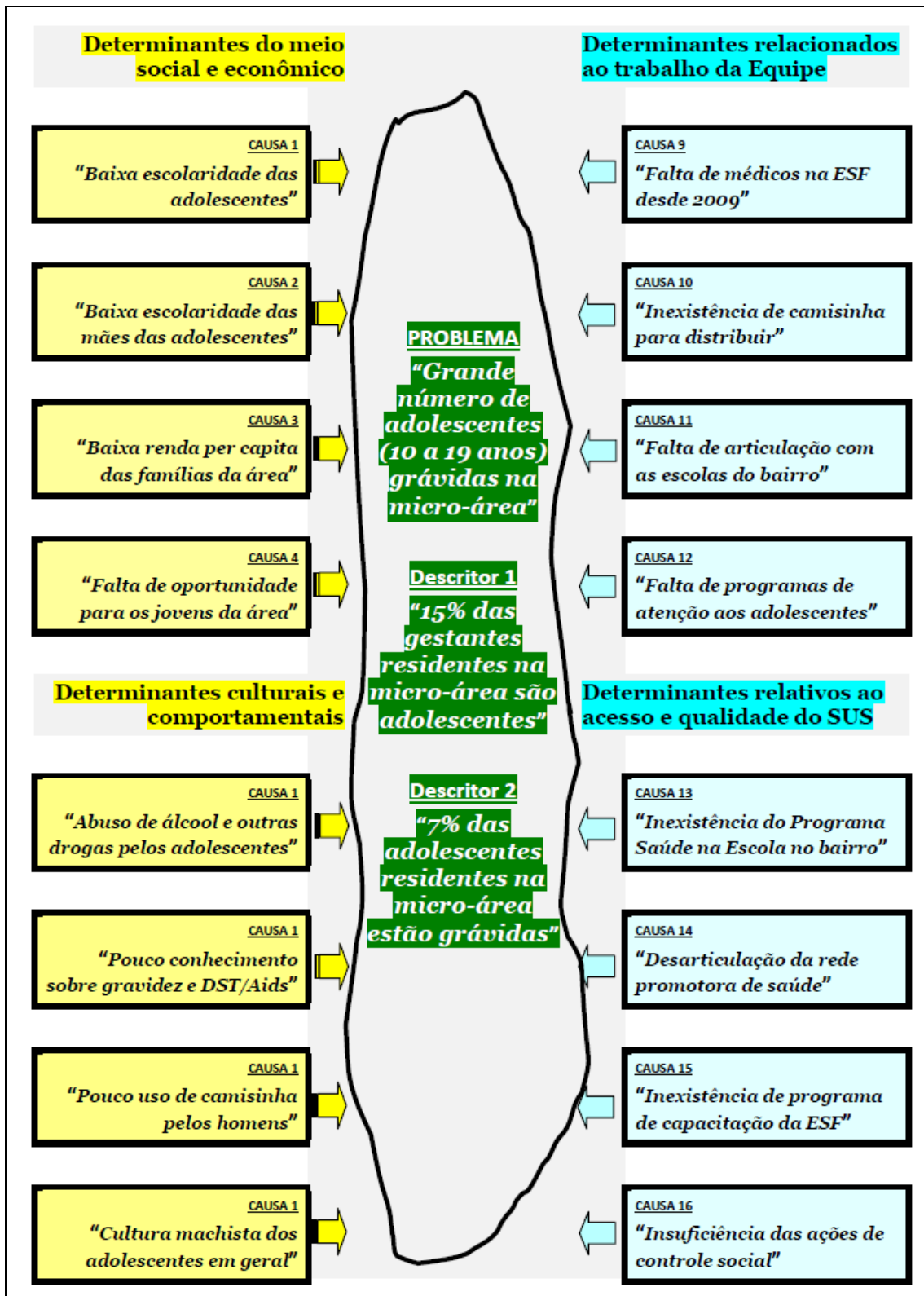


Figura 10 – Exemplo de Espinha de Peixe.

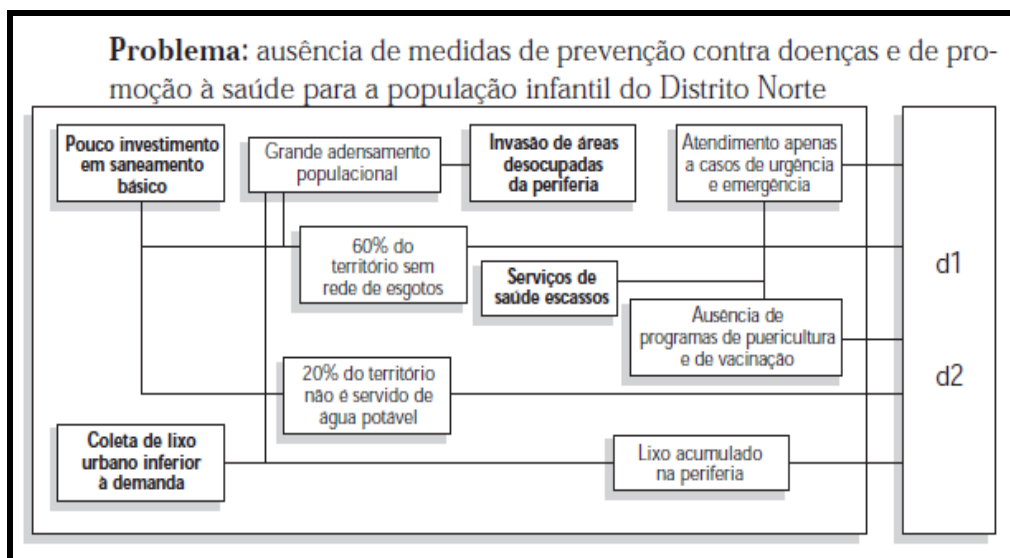


Figura 11 – Exemplo de Árvore de Problemas.

Assim como o Fluxograma Situacional, de Carlos Matus, as duas técnicas (“Árvore de Problemas” ou a “Espinha de Peixe”) pretendem sistematizar a reflexão sobre as causas de um problema antes de adiantar soluções. Explicar significa compreender o processo de inter-relação entre os problemas para ter uma visão de síntese dos determinantes que os produz (Matus, 1993).

Explicar a situação é, além disso, identificar os nós críticos da rede sistêmica causal que explica a realidade sobre a qual atuará o planejador. A repetição de uma mesma causa na análise de vários problemas, como no exemplo, pode ser indicativo de que estamos diante de um nó crítico (Quadro 6). Esses nós críticos se converterão em centros prioritários de aplicação das ações do Plano.

PROBLEMA 1:	<i>Ocorrência de muitos óbitos de menores de 1 ano na área em 2010.</i>	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQÜÊNCIAS
<i>Taxa de mortalidade infantil de 40/1000 na micro-área no ano de 2010.</i>	<b>Inexistência de médico na ESF desde 2009 (N1)</b> Causa B	Conseqüência A Conseqüência B Conseqüência C
PROBLEMA 2:	<i>Grande fila para a pediatria na Unidade de Saúde da Família.</i>	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQÜÊNCIAS
<i>Tempo de espera de 4 meses para consulta de pediatria na USF em 10/2011.</i>	<b>Inexistência de médico na ESF desde 2009 (N1)</b> Causa D	Conseqüência B Conseqüência C Conseqüência D
PROBLEMA 3:	<i>Grande número de adolescentes (10 a 19 anos) grávidas na micro-área.</i>	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQÜÊNCIAS
<i>15% das gestantes são adolescentes; 7% das adolescentes estão grávidas.</i>	<b>Inexistência de médico na ESF desde 2009 (N1)</b> Causa F Causa G	Conseqüência E Conseqüência F

Quadro 6 - Matriz de Análise dos Problemas Seleccionados.

Na análise de um problema ou de um conjunto de problemas entram numerosas variáveis ligadas por diferentes tipos de relações. Por essa razão, é preferível um método sistemático de trabalho para desvendar as relações sistêmicas que constituem a explicação do problema.

*Esse processo de análise será tão mais rico quanto maior o nível do conhecimento dos participantes sobre o problema. E a revisão da literatura pode ser bastante útil, mas não substitui o conhecimento da realidade sobre a qual se pretende intervir!*

### EXEMPLO



Para exemplificar, tomemos a Análise de Situação realizada para fins de elaboração do Plano Diretor de Saúde Mental do DF para o triênio 2010-2012. Correspondeu a uma avaliação da capacidade instalada e do perfil de atividades desenvolvidas pela rede de Saúde Mental do DF (realizada a partir de uma apresentação das Unidades pelos gestores) e, depois, à identificação, seleção e análise de problemas

Inicialmente em três Grupos de Trabalho (GT), depois em Plenária, os participantes foram solicitados a identificar os “*principais obstáculos à redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, à inserção da saúde mental na rede de Atenção Básica e à ampliação da rede de serviços substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos*” (GT1), “*à reinserção social dos pacientes institucionalizados*” (GT2) e “*à gestão do Programa e serviços*” (GT3).

Foram identificados, selecionados e analisados (identificadas suas causas e consequências) quinze problemas pelos participantes. Esses quinze problemas foram posteriormente reagrupados em quatro Macro-Problemas (MP) segundo a similaridade das redes de determinação (Figura 12):

MP1 *Dificuldade de acesso aos cuidados em saúde mental.*

MP2 *Processo de trabalho em saúde mental sem um padrão de qualidade.*

MP3 *Baixa cobertura e efetividade das ações de reinserção social.*

MP4 *Problemas relacionados à gestão (gerenciais).*



**Figura 12 – Modelo Explicativo da Situação de Saúde Mental do DF, 2009.**

Fonte: Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2010-2012.

Para fins de exemplificação, tomemos o segundo Macro-Problema (MP): *“Processo de trabalho de atenção em saúde mental sem um claro padrão de qualidade definido”*. Ele correspondeu à síntese de três problemas, dos quinze, que estavam fortemente vinculados entre si, assim como a sua solução: *“Dificuldade de realizar trabalhos interdisciplinares em equipe multiprofissional”*, *“Pouquíssima utilização de protocolos assistenciais pelos profissionais”* e *“Falta de capacitação dos trabalhadores”*.

A dificuldade de realizar trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional compromete a *“articulação dos trabalhos parcelares”* e decorria, entre outras razões, da falta de protocolos e de um programa de educação permanente da equipe (supervisão clínico – institucional), da *“falta de coesão das equipes”*, *“jogos de poder”* e da *“dificuldade de comunicação interna”*: *“Não nos conhecemos, nem os serviços, nem trabalhamos em equipe”*. Além disso, *“interdisciplinaridade é administrar conflitos”*: *“sem confiança fica difícil”*.

Outras causas relacionadas pelos participantes para o referido problema foram: complexidade do tema, formação inadequada para o trabalho em equipe (*“a formação é disciplinar”*), organização da SES por categorias profissionais, *“medo de confusão de papéis”*, comodismo (*“Lei universal do menor esforço”*), gerando dificuldade de construção coletiva e/ou de fazer circular os saberes.

Quanto à *“Pouquíssima utilização de protocolos assistenciais pelos profissionais”*, a percepção dos participantes era de que havia desconhecimento acerca dos protocolos assistenciais eventualmente existentes em cada um dos serviços, resistência à implementação e execução dos protocolos (*“Não quero que ninguém se meta na minha prática profissional”*) e a questão da composição multiprofissional das equipes, que amplia a complexidade da tarefa de elaborar e aplicar protocolos para uma grande variedade de profissionais (inclusive em função das competências definidas pelas respectivas categorias profissionais).

As consequências são danosas: a primeira delas é que dificulta o trabalho em equipe multiprofissional. Mas há também um potencial desperdício de tempo e baixa eficiência dos processos de trabalho, impossibilidade de garantir um padrão de qualidade para o cuidado prestado nos serviços e é uma forma de não se comprometer (*“Cada um faz o seu projeto”*).

O problema da *“capacitação insuficiente dos trabalhadores em Saúde Mental”* foi expresso como *“falta de concurso específico para SM”*, *“de capacitação suficiente em SM na AB”*, *“de capacitação profissional para o gerenciamento de projetos”*; *“de formação inicial e educação permanente”*; *“de supervisão técnica”*; *“de discussão de casos clínicos entre os profissionais”* e *“de um programa de cuidado dos cuidadores”*. Uma das principais queixas dizia respeito à não efetivação do processo de supervisão clínica prevista com financiamento do MS. A formação profissional é *“inadequada”* e os cursos promovidos não eram específicos para Saúde Mental.

Algumas das causas referidas eram de ordem gerencial: dificuldade das unidades na identificação de necessidades de capacitação e falta de conhecimento acerca dos trâmites burocráticos junto à SES e à FEPECS. Além disso, a lotação de profissionais ocorria sem consultar as preferências e/ou formação e capacitação, gerando servidores pouco comprometidos e despreparados, assim como era recorrente a remoção de servidores capacitados sem que se avaliasse o prejuízo ao serviço, as vezes com perda do investimento realizado na capacitação do servidor.

Sem profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias, o resultado era: *“má qualidade de serviços, funcionamento fragmentado, serviços personificados, com especial dificuldade em relação à participação dos médicos (num modelo ainda medicocêntrico)”* e *“baixa rotatividade dos pacientes (dificultando novas admissões e gerando cronificação e institucionalização)”*.



## REFERÊNCIAS

ARTMANN, Elizabeth. O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL: UM INSTRUMENTO A FAVOR DA VISÃO MULTISSETORIAL.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 2 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA / Manual de Instruções. – Brasília : Ministério da Saúde, agosto de 2011.

CAMPOS, GWS. O ANTI-TAYLOR: SOBRE A INVENÇÃO DE UM MÉTODO PARA CO-GOVERNAR INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PRODUZINDO LIBERDADE E COMPROMISSO. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CECÍLIO LCO. UMA SISTEMATIZAÇÃO E DISCUSSÃO DE TECNOLOGIA LEVE DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO APLICADA AO SETOR GOVERNAMENTAL *in* Agir em Saúde. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial, 1997:151-167.

CHIECHELSKI, Paulo Cesar Santos. Avaliação de programas sociais: abordagens quantitativas e suas limitações. Revista Virtual Textos & Contextos, Porto Alegre, ano IV, n. 4, p. 1-12, dez., 2005.

COHN, Amélia. O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES E FATOS. In: CAMPOS et al. (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 231-246.

CONASS. O Planejamento do SUS *in* COLEÇÃO PROGESTORES - PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS, 1 [CAPÍTULO 3]. Brasília, 2007: 62-73.

DAGNINO, Renato et alii (2002): GESTÃO ESTRATÉGICA DA INOVAÇÃO: METODOLOGIAS PARA ANÁLISE E IMPLEMENTAÇÃO. Taubaté, Editora Cabral Universitária.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

\_\_\_\_\_ (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, ZMA, DENIS, JL, CHAMPAGNE, F, CONTANDRIPOULO, AP, LEAL, MC. Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz Z. M. A. (Org.) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997:89-131

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira da (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LEEVEY, S. e LOOMBA, N. P. HEALTH CARE ADMINISTRATION: A MANAGERIAL PERSPECTIVE, Philadelphia, Leppincott, 1973.

MERCHÁN-HAMANN E, TAUIL PL, COSTA MP. TERMINOLOGIA DAS MEDIDAS E INDICADORES EM EPIDEMIOLOGIA: SUBSÍDIOS PARA UMA POSSÍVEL PADRONIZAÇÃO DA NOMENCLATURA. Informe Epidemiológico do SUS (9), 4, 273-84, 2000.

MATUS C. FUNDAMENTOS DO PLANEJAMENTO SITUACIONAL *in* Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. Rivera, FJU. (Org.). São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989: 107-125.

MATUS C. POLÍTICA, PLANEJAMENTO & GOVERNO. Brasília: IPEA, 1993.

MEHRY, E. O SUS E UM DE SEUS DILEMAS: MUDAR A GESTÃO E A LÓGICA DO TRABALHO EM SAÚDE (UM ENSAIO SOBRE A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO) *in* Saúde e Democracia, A luta do CEBES. 1997:125-141.

MORESI, E. A. D. INTELIGÊNCIA ORGANIZACIONAL: UM REFERENCIAL INTEGRADO. Ci. Inf. V.30, n.2, Brasília, maio/ago, 2001.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS, SERVIÇOS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE. Revista de Saúde Pública, São Paulo, vol. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

PAIM J. SAÚDE, POLÍTICA E REFORMA SANITÁRIA. Salvador, UFBA, 2002.

PORTO, C. INTRODUÇÃO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO CORPORATIVO. Brasília: Macroplan Prospectiva e Estratégia, 1998.

RIBEIRO, Agatha Justen Gonçalves *et al.* GERENCIALISMO E VALOR PÚBLICO: UM DEBATE ATUAL E NECESSÁRIO. IV Encontro de Administração política, Vitória da Conquista, Bahia, 05 a 07 de junho de 2013.

RIVERA FJU. ANÁLISE ESTRATÉGICA EM SAÚDE E GESTÃO PELA ESCUTA. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, 312 p.

SÁ, M. C. SUBJETIVIDADE E PROJETOS COLETIVOS: MAL-ESTAR E GOVERNABILIDADE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 6(1):151-164, 2001.

SANTOS, AQ. O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM ORGANIZAÇÕES GOVERNAMENTAIS: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA A ELABORAÇÃO DE UM PLANO ESTRATÉGICO. Brasília: [s.n], 1997.

SILVA, LMV, Formigli, VLA. AVALIAÇÃO EM SAÚDE: LIMITES E PERSPECTIVAS. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1994): 80-91.

SILVA, José Paulo Vicente da; BATISTELLA, Carlos; GOMES, Mauro de Lima. PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE ABORDAGENS PARA A REFLEXÃO E AÇÃO [Texto adaptado por Cardoso, AJC]. Brasília, 2013.

SOUZA, CELINA. POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

TEIXEIRA CF. PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL: SUJEITOS E PRÁTICAS. Salvador, ISC/UFBA, 2003, 7 p (documento eletrônico).

TEIXEIRA, CF. ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE *in*: Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiência. EDUFBA, Salvador, 2010:17-32.

TEIXEIRA, CF. PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO EM SAUDE NO SUS *in*: Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiência. EDUFBA, Salvador, 2010:51-76.

TESTA M. TENDÊNCIAS EM PLANEJAMENTO *in* Pensar em Saúde. Porto Alegre: ABRASCO, 1992: 89-128.

TONI, Jackson. A CONSTRUÇÃO DO MÉTODO: UM ROTEIRO DE APLICAÇÃO *in*: Planejamento e Elaboração de Projetos: Um desafio para a gestão no setor público. Porto Alegre, 2003: 78-138.

TONI, Jackson. EM BUSCA DO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL DO SÉCULO XXI – NOVOS DESENHOS *in*: Reflexões para Ibero-América: Planejamento Estratégico. Brasília, ENAP, 2009:21-36.

UFPEL. CADERNOS DA UBS *in* Especialização em Saúde da Família– EAD. Pelotas, UFPEL/UNASUS, 2011.

VIACAVAL, F et al. UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):711-724, 2004.

VILASBÔAS AL. PRÁTICA DE PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL (Tese de Doutorado em Saúde Pública). Salvador, ISC/UFBA, 2006.