

Curso de Planejamento e Avaliação em Saúde

Planejamento em Saúde

Módulo II

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.

Planejamento em Saúde - Módulo II

Apresentação do Módulo – Plano de Ensino

Prezado aluno,

Este texto foi elaborado para apoiar as atividades didáticas do Módulo II do curso de qualificação de cerca de cinquenta 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 20/8 a 18/9/2013.

Como vimos no Módulo I, o enfoque participativo do PES parte do reconhecimento da complexidade que caracteriza os processos saúde-doença e os sistemas de saúde, onde os problemas se apresentam, em geral, pouco estruturados e em múltiplas dimensões, e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação.

A Teoria do Planejamento que tem nos guiado é em grande medida inspirada no PES de Carlos Matus, mas outros autores têm contribuído para a construção desse Método de referência, com destaque para Mário Testa, Luis Carlos Oliveira Cecílio, Jairnilson Paim, Carmen Teixeira, Elizabeth Artmann e Javier Uribe. Entretanto, o Método 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. Pode-se dizer, pois, que, fora alguns princípios definidores daquilo que denominamos de Planejamento Participativo em Saúde, tudo o mais se subordina aos objetivos e aos contextos.

Quanto aos objetivos cognitivos deste Módulo II (Planejamento em Saúde 2), é expectativa dos organizadores do curso que, ao final, você seja capaz de:

LIÇÃO 6. Compreender o Momento Normativo do PES (Desenho do Plano) por meio de sua aplicação metodológica e de dois bons exemplos;

LIÇÃO 7. Compreender o Momento Estratégico do PES (Construção da Viabilidade do Plano) por meio de sua aplicação metodológica;

LIÇÃO 8. Compreender o Momento Tático-Operacional (Gestão do Plano);

LIÇÃO 9. Discutir limites/possibilidades do PES com enfoque participativo para a gestão da mudança nas organizações de saúde.

Bom retorno, seja muito bem vindo!

Antônio José Costa Cardoso
Coordenador do Curso

Planejamento em Saúde II – Lição 6

Desenhando o Plano – Momento Normativo do PES

O objetivo desta Lição é ajudar a compreender o momento Normativo do PES a partir de sua aplicação metodológica. Corresponde, em linhas gerais, à antecipação dos resultados que se espera obter após o enfrentamento dos problemas identificados na Análise de Situação.

6.1 O que é o Momento Normativo?

Este momento do Planejamento é a instância que define o como “*deve ser*” a realidade. O Plano baseia-se em idéias e recomendações, porém se concretiza em ações que enfrentam problemas. A nos guiarmos pelo marco de referência do PES, pode-se dizer que se trata de conceber a Situação-Objetivo (S_0).



VAMOS APRENDER MAIS?

No modelo proposto pelo PLANEJASUS (2006), a Situação-Objetivo correspondia ao conjunto dos Objetivos, Diretrizes (Linhas de Ação), Estratégias (Ações) e Metas.

Essa definição da Situação-Objetivo (S_0) pretende responder a duas perguntas: para onde queremos ir e quais são as metas a alcançar? Corresponde, em suma, ao tal “*cálculo complexo que precede e preside as ações*” (Lição 2) e envolve variáveis políticas, econômicas, sociais, organizacionais etc. Por essa razão, o desenho de um plano é um ato apenas parcialmente fundamentado nas ciências.

Em se tratando de um planejamento de médio ou longo prazo, pode-se dizer que esta definição envolve grandes e pequenas escolhas (Figura 13). A Grande Escolha pode corresponder à definição de uma Visão de Futuro a partir de algum *Posicionamento Situacional*, enquanto as Pequenas Escolhas correspondem, neste modelo, à definição de Objetivos, Operações (Ações) e Metas.

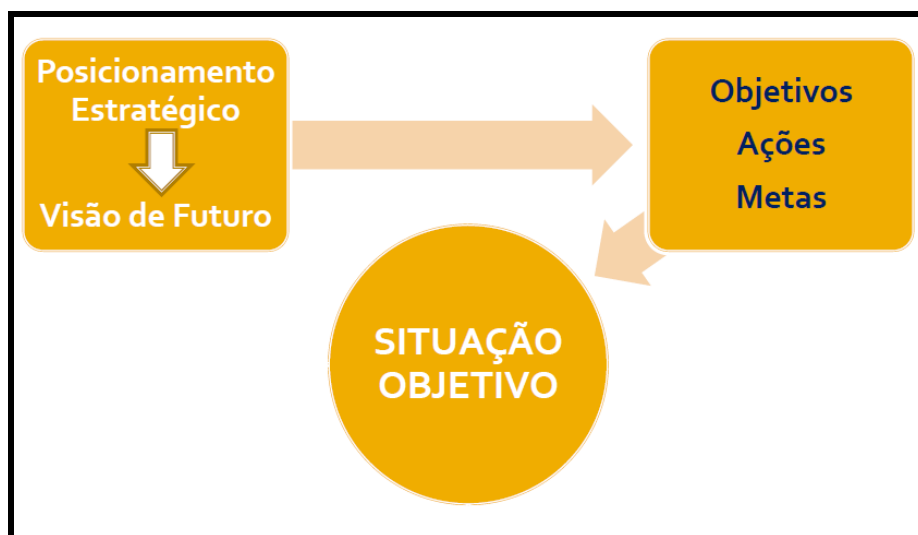


Figura 13 – Representação da Situação-Objetivo (Grandes e Pequenas Escolhas).

Com base na Análise de Situação, pode-se estabelecer o *Arco Direcional Si → So* do Plano que representa, em suma, o produto dessas “escolhas” (grandes e pequenas) e, portanto, a disposição dos atores (particularmente de quem assina o Plano) para o enfrentamento dos problemas centrais da organização e construção do seu futuro.

6.2 Grandes Escolhas

As Grandes Escolhas podem corresponder à definição de Diretrizes Estratégicas ou à construção de uma Visão de Futuro para a organização a partir de uma Análise SWOT e de algum Posicionamento Situacional.

6.2.1 A Análise SWOT e a Técnica do Posicionamento Situacional

A análise SWOT foi criada na Harvard Business School nos anos 1960 e, embora tenha sido originalmente utilizada na área empresarial, é aplicada atualmente no setor governamental, inclusive nas organizações de saúde. O termo SWOT resulta das iniciais S de Strengths (Forças), W de Weaknesses (Fraquezas), O de Opportunities (Oportunidades) e T de Threats (Ameaças).

Na Lição 5, após a definição da Missão, vocês foram convidados a identificar Forças e Fraquezas no Ambiente Interno e Oportunidades e Ameaças no Ambiente Externo à luz da Missão e dos Princípios Organizacionais, ambos definidos na Lição 4. Vimos também que os Problemas Organizacionais podem ser facilmente mapeados a partir do levantamento das Fraquezas no Ambiente Interno e das Ameaças no Ambiente Externo, de modo que, mesmo que não se pretenda realizar a Análise SWOT, ainda assim estaria justificada a sua produção.

No caso em que se pretenda realizar a Análise SWOT e a técnica do Posicionamento Situacional, os resultados devem, então, ser apresentados em quadros, designados Matriz SWOT, constituídos por quatro subquadros, cada quadrante dizendo respeito a uma das quatro dimensões do SWOT (Figura 14).

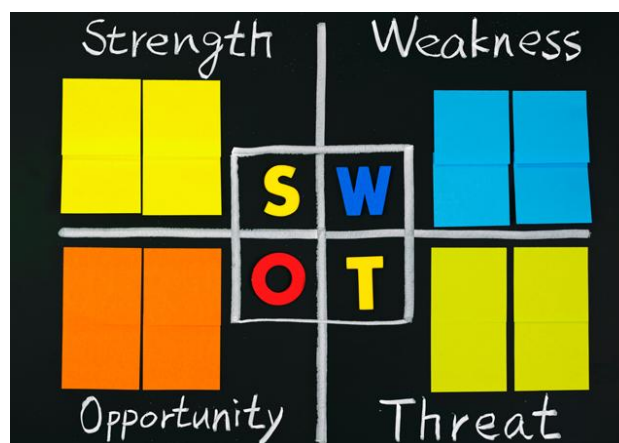


Figura 14 – Representação da Matriz SWOT.

Apresenta-se, a seguir (Figura 15), um exemplo de aplicação da Análise SWOT em estudo desenvolvido pelo Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde (PROCAPS) do Instituto Nacional de Saúde de Portugal junto às Administrações Regionais de Saúde do Norte, Centro, Lisboa, Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Quadro 1: Análise SWOT		Levantamento, por um conjunto de autarquias, sobre as necessidades e potencialidades das autarquias em promoção da saúde.	
Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)	Oportunidades (O)	Ameaças (T)
1. Proximidade com as pessoas;	1. Falta de recursos (materiais e humanos e de espaços);	1. Estabelecimento de parcerias com entidades privadas e públicas (universidades, indústria farmacêutica, outras);	1. Dificuldade de funcionamento das parcerias;
2. Existência de equipas multidisciplinares;	2. Saúde "escondida" noutras áreas;	2. Reorganização da economia global: possibilidade de alternativas criativas para promoção da saúde (redireccionar informação em saúde);	2. Pouca avaliação do impacto do trabalho das parcerias;
3. Experiência de trabalho em rede;	3. Dificuldade em desenvolver parcerias com os Centros de Saúde;	3. Rede escolar;	3. Dificuldade de ver resultados em promoção da saúde a curto prazo (falta de indicadores intermédios de monitorização de investimentos);
4. Autarquias procuradas pelas pessoas;	4. Falta de dados (indicadores relacionados com a saúde) a nível da autarquia;	4. Base de dados existente nos Centros de Saúde;	4. Falta de resposta do SNS;
5. Recursos humanos muito empenhados e com vontade de "fazer coisas";	5. Dificil comunicação entre os departamentos municipais;	5. Possibilidade de intervenção a nível de todos os determinantes da saúde;	5. Crise económica;
6. Observatório com conjunto de indicadores a nível da qualidade de vida;	6. Corporativismo do SNS;	6. Reforma dos cuidados de saúde primários, reformas a nível dos hospitais;	6. Pouca visibilidade (política) da promoção da saúde.
7. Conhecimento da realidade pelas autarquias;	7. Falta de instrumentos para medir o nível de saúde a nível "micro";	7. Existências de redes (c. saudáveis, c. educativas, CPCJ, rede social,...)	
8. Instrumentos de planeamento (Perfis, cartas educativas, plano municipal de saúde, PDM, ...).	8. Dificuldade de articulação com o poder central;	8. Mais saúde: maior satisfação dos munícipes	
	9. Fraco poder de negociação no desenvolvimento de planos a nível nacional (rede de cuidados continuados, ...) Falta de mecanismos de envolvimento do terreno desde a concepção até à implementação dos planos nacionais;	9. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (articulação com autarquias, HIA; Intersectoralidade);	
	10. Ausência de equipas multidisciplinares;	10. Presidência portuguesa da União Europeia (migrantes, HIA, ...);	
	11. Inexistência e/ou in experiência de trabalho em rede;	11. Transferência de competências para os municípios: Comissões municipais de saúde comunitária;	
	12. Falta de técnicos capacitados (definir competências para formação) para o levantamento de necessidades em saúde em cada município.	12. Programas específicos para a população (mais desporto, mais saúde, PÁIL, ...).	

Figura 15 – Quadro de Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças - PROCAPS.

Fonte: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/101/1/Relatorio_PROCAPS.pdf

Quanto à técnica do Posicionamento Situacional, pode ser uma ferramenta gerencial útil para inibir a dispersão de esforços, a pulverização de recursos e o gerenciamento exclusivo do “varejo”. É global e altamente seletivo.

O Quadro 14, abaixo, esquematiza o melhor Posicionamento segundo o predomínio de Forças (*Strengths*) ou Fraquezas (*Weakness*) institucionais no ambiente interno e de Oportunidades (*Opportunities*) ou Ameaças (*Threats*) no ambiente externo, isto é, após a realização de Análise SWOT (Matriz FOFA).

AMBIENTE EXTERNO	AMBIENTE INTERNO	
	FRAQUEZAS	FORÇAS
AMEAÇAS	Estratégia de Sobrevivência (Identificação de Muitas Vulnerabilidades)	Estratégia de Manutenção (Necessidade de Ação Defensiva)
OPORTUNIDADES	Estratégia de Crescimento (Debilidade da Ação Ofensiva)	Estratégia de Desenvolvimento (Potencialidade de Atuação Ofensiva)

Figura 14 – Quadro de Posicionamento Situacional (ou Estratégico).

6.2.2 A construção da Visão de Futuro

A Visão de Futuro corresponde à descrição de uma Situação-Objetivo (S_o) ambiciosa, mas possível de ser alcançada, que expressa uma conquista estratégica de grande valor para a organização.

Constitui a consolidação das percepções dos membros da organização sobre o futuro desejado para a organização, num horizonte de médio ou longo prazo, à luz de sua missão.

Representando uma “escolha maior”, significa também renúncia, pois não é possível ser todas as coisas o tempo todo. Muitas vezes é necessário abrir mão de algumas “boas” escolhas em prol de outras que, no longo prazo, são “melhores”.

O maior propósito de se definir a Visão de Futuro para uma organização é o de criar uma imagem que desafie e mobilize todas as pessoas envolvidas na construção dessa conquista.

“A visão de futuro é a busca de excelência no cumprimento da missão, em determinado período de tempo” (SANTOS, 1997).

Em termos de sua composição, uma Visão de Futuro consiste de dois componentes: a ideologia e o futuro desejado, definido com base num bom posicionamento situacional e, se possível, em análises de tendências e cenários de futuro.

EXEMPLO 1



VISÃO DE FUTURO DO EXÉRCITO BRASILEIRO:

Ser uma Instituição compromissada, de forma exclusiva e perene, com o Brasil, o Estado, a Constituição e a sociedade nacional, de modo a continuar merecendo confiança e apreço.

Ser um Exército reconhecido internacionalmente por seu profissionalismo, competência institucional e capacidade de dissuasão. Respeitado na comunidade global como poder militar terrestre apto a respaldar as decisões do Estado, que coopera para a paz mundial e fomenta a integração regional.

Ser constituído por pessoal altamente qualificado, motivado e coeso, que professa valores morais e éticos, que identificam, historicamente, o soldado brasileiro, e tem orgulho de servir com dignidade à Instituição e ao Brasil.

EXEMPLO 2



VISÃO DE FUTURO DA SANTISTA TÊXTIL:

Ser uma empresa têxtil líder nas Américas, com presença global, e estreita parceria com grandes companhias mundiais em Jeanswear, Workwear, Varejo e detentoras das principais marcas.

EXEMPLO 3



VISÃO DE FUTURO DA UNIDADE MISTA DE SAÚDE:

Unidade de atenção especializada reconhecida pelos clientes e parceiros pela excelência da atenção que oferece aos portadores de DST/HIV/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus.

Unidade executando capacitação em serviço e pesquisas em parceria com a academia e a rede de serviços na área de DST/HIV/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus.

6.3 As Pequenas Escolhas: Ações, Objetivos e Metas

Uma vez explicada a Situação Inicial (S_i) e esboçada a Visão de Futuro, resta a definição das AÇÕES que, aplicadas sobre a Situação Inicial (S_i), serão capazes de provocar uma mudança situacional que conduza à Situação-Objetivo (S_o).

Um OBJETIVO pode ser definido como aquilo que se quer alcançar durante o período de execução do Plano. As AÇÕES com as quais busca-se alterar a realidade e alcançar os Objetivos são a unidade celular do Plano.

As ações são, pois, compromissos de fazer algo para modificar as características de um ou vários problemas, atuando, pois, sobre as suas causas. Esse compromisso deve cumprir os sete requisitos:

- a) Definir claramente os responsáveis por seu cumprimento;
- b) Precisar os insumos/recursos que se utilizará;
- c) Prever os efeitos (produtos) esperados;
- d) Precisar os recursos “críticos”;
- e) Estabelecer o horizonte de tempo em que devem ser executados.

Quanto à redação, as Ações devem ser formuladas com verbos de ação: reciclar, contratar, reformar, criar etc. Cada Ação pode enfrentar vários problemas simultaneamente, mas deve-se evitar formulações genéricas, de escasso valor como guia para decisão e ação. Além disso, devem atender aos seguintes critérios:

- a) Controlabilidade pela organização;
- f) Aderência às e fraquezas e ameaças mais relevantes à organização, analisadas em suas determinações e conseqüências (priorizar “nós - críticos”);
- a) Ser “aceitáveis” pelos gerentes, técnicos e grupos externos relevantes;
- b) Ser “susceptíveis a uma avaliação clara” (se foram alcançados e quando);
- c) Ser “inteligíveis” aos gerentes e técnicos de todos os níveis;
- d) Ser “alcançáveis” dentro do horizonte temporal estabelecido.

Uma prova para avaliarmos a qualidade da formulação é verificarmos se é possível identificar produto(s) concreto(s) palpável(is) decorrente(s) dela. Os PRODUTOS são os efeitos imediatos da mobilização dos INSUMOS por meio das Ações.

A quantificação dos efeitos imediatos das Ações propostas corresponderá à definição das METAS DOS PRODUTOS. Exemplo: Número de consultas prestadas; Número de aconselhamentos realizados; Número de técnicos capacitados; Número de testes de HIV realizados etc.

O RESULTADO dessas Ações no enfrentamento de um PROBLEMA corresponderá a um dos OBJETIVOS na perspectiva maior do plano, ao atuar sobre suas causas e, desta forma, alterar as suas conseqüências.

Os Objetivos do Plano definem, assim, o que se deseja alcançar no sentido de superar, reduzir, eliminar ou controlar os Problemas (dos clientes e da organização) identificados na Análise de Situação.

Esses Objetivos são compromissos dos dirigentes com relação a alguns “resultados” que ele anuncia, devendo ser coerentes com a Missão, a Análise de Situação e a Visão de Futuro. Por outro lado, cada Objetivo e cada Ação é uma missão atribuída a alguém que controla o meio organizativo de produção que permitirá viabilizá-la.

A quantificação dos efeitos esperados das Ações propostas para o enfrentamento de um mesmo problema relevante selecionado corresponderá à definição das METAS DE RESULTADO E IMPACTO. Exemplo: “98% dos usuários testados para o HIV recebendo o resultado do teste dentro de um mês”.

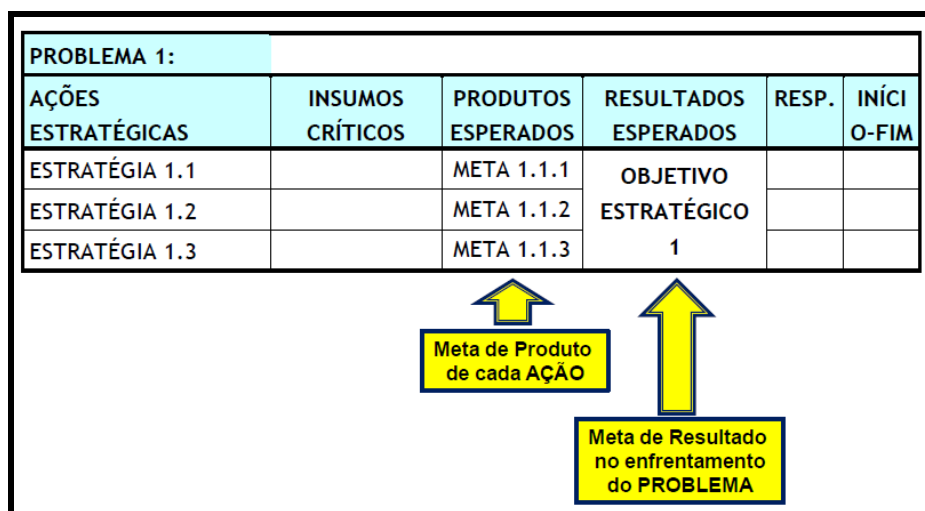


Figura 15 – Matriz de Programação de Ações, Produtos e Resultados/Problema.

Sempre que possível, as Metas devem atender aos seguintes critérios (SMART):

- Ser eSspecificas, ou seja, ocorram como consequência esperada de ações concretas que deverão ocorrer na implementação do plano.
- Ser Mensuráveis, isto é, quantificar os recursos, as atividades ou as mudanças desejadas estabelecidas no plano.
- Ser Apropriadas, ou seja, relacionar, logicamente, o problema identificado e os efeitos desejáveis estabelecidos no plano.
- Ser Realistas, ou seja, dimensionar, realisticamente, a adequação entre os recursos disponíveis e o plano de implementação.
- Ter Temporalidade, isto é, especificar o prazo no qual deverá ser alcançada.



VAMOS APRENDER MAIS?

Metas SMART de Produto, Resultado e Impacto

Para que se possa avaliar tanto a eficiência (processo) quanto a eficácia direcional (efeito), o Plano deve prever metas de Produto, Resultado e Impacto.



Metas de Produto: expressam a quantificação dos efeitos imediatos esperados da mobilização dos insumos por meio das ações durante o período de execução do Plano. Exemplos: N^o de preservativos distribuídos, N^o de campanhas realizadas, N^o de consultas prestadas, N^o de capacitações realizadas, N^o de exames realizados, N^o de usuários testados etc.

Metas de Resultado: expressam os efeitos esperados nas populações-alvo. Incluem vários tipos de efeito nos clientes, a exemplo de ampliação de conhecimentos e mudança de atitudes e comportamentos. Exemplo: o efeito esperado de uma Campanha educativa de prevenção às DST/Aids no conhecimento e no comportamento sexual do público.

Metas de Impacto: referem-se aos efeitos de longo prazo acumulados dos diferentes programas. As metas de impacto requerem, geralmente, estudos específicos. Exemplo: não podemos dizer com segurança que uma determinada tendência de redução da mortalidade infantil ocorreu em função do Programa Nacional de Imunização ou da Terapia de Reidratação Oral.

Didaticamente, visando organizar o pensamento, pode-se dizer que o Plano da organização corresponde a um conjunto de Objetivos, Ações e Metas (Figura 16):

- 1) ALFA: que a organização se obriga a realizar para cumprir a sua *Missão*;
- 2) BETA: necessárias e suficientes para o enfrentamento dos problemas prioritizados na *Análise de Situação*;
- 3) GAMA: necessárias para a organização alcançar a *Visão de Futuro*.

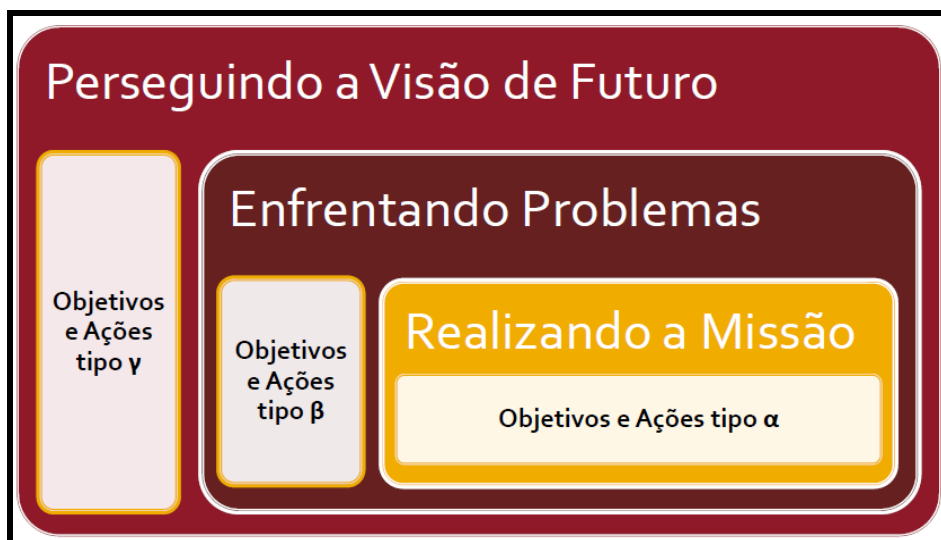


Figura 15 – Esquema das Pequenas Escolhas (Objetivos, Ações e Metas).



VAMOS APRENDER MAIS?

Algumas dessas Ações, em geral as do tipo β (Beta) ou γ (Gama), pelo seu caráter inovador e/ou magnitude, podem ser empreendidas sob gestão particularizada, visando alcançar as condições essenciais para o êxito dos seus Objetivos: são os chamados “Projetos Estratégicos”.

6.3.1 Cumprindo a Missão

Nas Burocracias Profissionais, uma parte importante do Plano corresponde aos OBJETIVOS e AÇÕES do Tipo α : em geral, programáticas (normativas), de rotina, definem o que se precisa realizar em termos de AÇÕES PERMANENTES para o cumprimento das FINALIDADES, aquelas inscritas na Missão Organizacional.

No caso dos OBJETIVOS e AÇÕES do Tipo α (Alfa), o ponto de partida é o cliente final cujas principais necessidades devem, inclusive, estar inscritas na Missão Organizacional. Suas METAS, entretanto, podem variar bastante (serem menos ou mais ambiciosas) em função dos PROBLEMAS ORGANIZACIONAIS (FRAQUEZAS e AMEAÇAS) e do POSICIONAMENTO SITUACIONAL da organização.

EXEMPLO



Vejamos, como exemplo, o caso de uma Unidade de Saúde do Distrito Federal, cuja Missão foi definida como: **“Contribuir para atenção integral às pessoas portadoras de DST/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus no Distrito Federal (DF) por meio da capacitação em serviço e da realização de ações especializadas de saúde, mas interdisciplinares, humanizadas e articuladas em rede”**.

É fácil perceber que, nessa MISSÃO, estão inscritas FINALIDADES facilmente traduzidas como OBJETIVOS FINALÍSTICOS:

- 1) *Garantir atenção especializada às pessoas portadoras de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais residentes na Asa Sul.*
- 2) *Garantir atenção especializada às pessoas portadoras de Diabetes Mellitus residentes na Asa Sul, Lago Sul, Park Way, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Riacho Fundo e Guará.*
- 3) *Garantir atenção especializada às pessoas portadoras de Hanseníase e outras Dermatopatias de interesse sanitário residentes no DF.*
- 4) *Garantir atenção especializada às pessoas portadoras de Tuberculose e outras Pneumopatias de interesse sanitário residentes no DF.*

A cada um desses OBJETIVOS FINALÍSTICOS, correspondem AÇÕES FINALÍSTICAS, muitas vezes rotineiras e já normalizadas pela própria organização ou por uma entidade hierarquicamente superior ou de referência, como é o caso do Ministério da Saúde.

Para exemplificar, tomemos o primeiro Objetivo (Figura 16): as Ações finalísticas necessárias para o alcance do mesmo são Programáticas, estando normalizadas pelos Programas de DST/Aids e Hepatites Virais do MS e do Distrito federal, embora possam estar acrescidas ou reduzidas em seu escopo em função da disponibilidade de recursos.

Objetivo 1: Garantir atenção especializada às pessoas portadoras de DST e HIV/AIDS e Hepatites Virais residentes na Asa Sul.			
Meta de Resultado/Ano 2013: Meta de Cobertura? N° de Pessoas Atendidas?			
Responsável: Coordenador do Programa na UMS.			
Ações Finalísticas (Tipo α)	Meta de Produto	Prazo	Responsável
1. Agendamento das consultas médicas e de enfermagem.	Nº e % de pacientes agendados	Atividade contínua	DST/AIDS
2. Acolhimento dos pacientes.	Nº e % de pacientes acolhidos	Atividade contínua	DST/AIDS
3. Consultas Médicas (inclui a solicitação de exames e prescrição).	Nº de pac. atendidos e exames solicitados	Atividade contínua	DST/AIDS
4. Consultas de Enfermagem.	Nº de pacientes atendidos	Atividade contínua	DST/AIDS
5. Consultas de Psicologia.	Nº de pacientes atendidos	Atividade contínua	DST/AIDS
6. Realização do Teste Rápido para HIV.	Nº de testes rápidos realizados	Atividade contínua	DST/AIDS
7. Aconselhamento Individual e Coletivo.	Nº de pac. aconselhados e sessões realizadas	Atividade contínua	DST/AIDS

Figura 16 – Trecho de Programação da Atenção às DST/Aids e Hepatites.

6.3.2 Enfrentando os Problemas

Outra parte importante do Plano corresponde aos OBJETIVOS e AÇÕES do Tipo β: em geral pontuais, definem o que se deseja alcançar no sentido de superar, eliminar ou controlar os problemas (dos Clientes e da Organização) identificados na Análise de Situação (Lição 5).

No caso dos OBJETIVOS e AÇÕES do Tipo β (Beta), os PROBLEMAS identificados, descritos, selecionados e analisados são sempre o ponto de partida.

Vimos na Lição 5 que *explicar a situação é, além disso, identificar os nós críticos* (causas que se repetem na análise de vários problemas) *da rede sistêmica causal* que explica a realidade sobre a qual atuará o planejador e que esses nós críticos se converterão em centros prioritários de aplicação das ações do Plano.

As METAS DE EFEITO e de PRODUTO do Tipo β, portanto, deverão variar em função da DESCRIÇÃO (QUANTIFICAÇÃO) DO PROBLEMA e das FORÇAS e OPORTUNIDADES da organização identificadas na Análise de Situação.

EXEMPLO

Dando continuidade ao exemplo da Unidade de Saúde do Distrito Federal, vejamos um problema importante identificado e priorizado dentre os problemas mapeados pelos trabalhadores da Unidade: “*Longo tempo de espera para conseguir vaga em Pronto-Atendimento (Demanda Aberta), agendar consulta nos Programas, agendar os exames complementares e receber os resultados dos exames realizados*”.

Observe-se que a descrição desse “longo tempo de espera” por meio de algum indicador quantitativo é fundamental para que se possa, nessa etapa, propor uma meta de redução, por exemplo.

Didaticamente, suas principais causas foram organizadas em dois grandes blocos: 1) Causas do serviço e do SUS local (Figura 17); e 2) Causas relacionadas ao Paciente (Figura 18).



Figura 17 – Principais Causas do Problema relacionadas ao SUS.

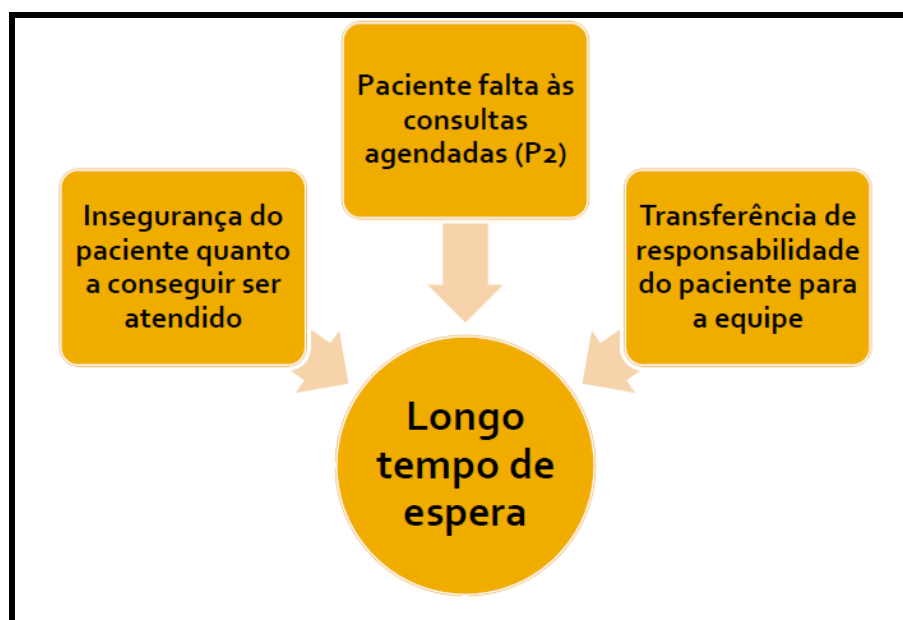


Figura 18 – Principais Causas do Problema relacionadas ao Paciente.

Além de mapear as causas, vimos que também se faz necessário mapear os efeitos (consequências) do problema, o que também foi feito, de forma participativa, pelos trabalhadores da Unidade (Figura 19).

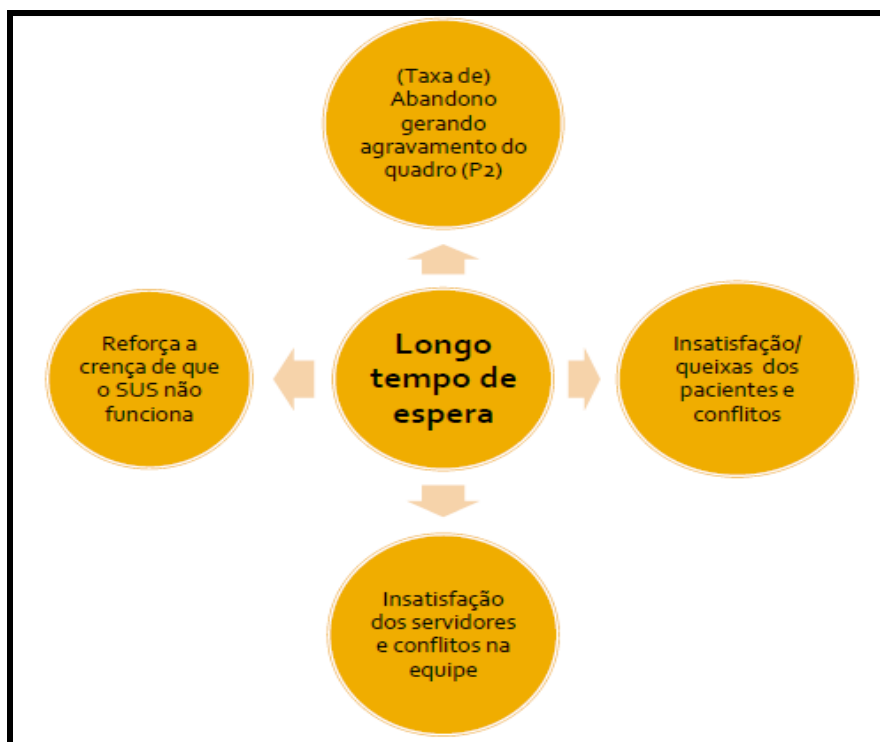


Figura 19 – Principais Efeitos do Problema selecionado.

Esse problema do “Longo tempo de espera para conseguir vaga em Pronto-Atendimento (Demanda Aberta), agendar consulta nos Programas, agendar os exames complementares e receber os resultados dos exames realizados”, além disso, conecta-se a outros afins, conformando uma rede de problemas inter-relacionados, cuja sistematização nos permite ter uma visão de síntese dos determinantes que produz a dificuldade de acesso aos serviços da Unidade (Figura 20).

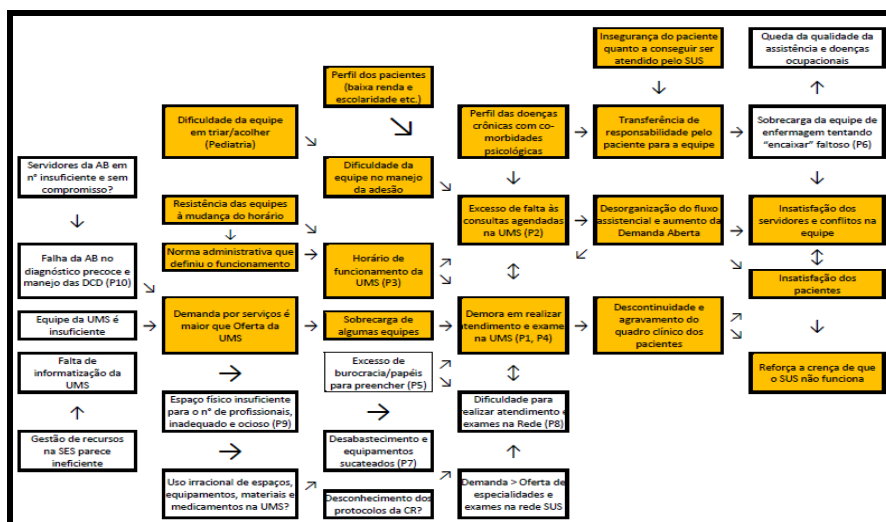


Figura 20 – Rede de Determinação do Problema selecionado.

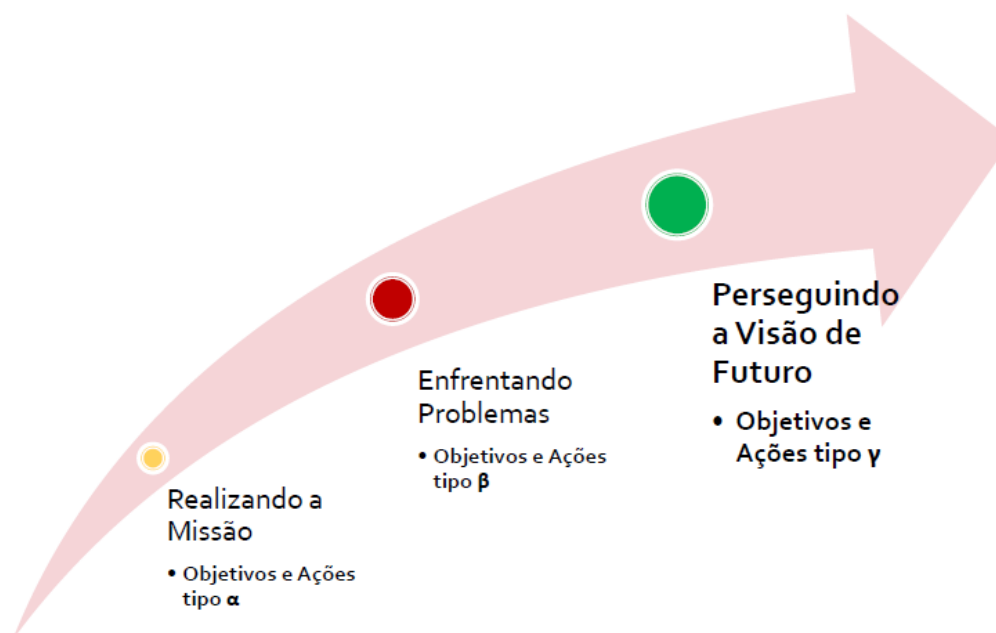
Na medida em que estão intimamente inter-relacionados, compõem, pois, o macroproblema de nº 6 (dentre sete), no caso, a “**dificuldade de acesso dos pacientes a serviços da Unidade**”, cujo enfrentamento corresponde ao Objetivo nº 6: “*Ampliar e qualificar o acesso dos pacientes aos serviços da Unidade Mista de Saúde*” (Figura 21).

Objetivo 6: Ampliar e qualificar o acesso dos pacientes aos serviços da UMS.			
Meta de Resultado/Ano 2013: Meta de Ampliação de Cobertura?			
Responsável: Gerente da Unidade.			
Ações Tipo β	Meta de Produto	Prazo	Responsável
1. Ampliação do horário de atendimento da UMS.	Portaria Publicada	01/2013	Gerente da UMS
2. Estabelecimento de fluxo geral para entrada do usuário na UMS.	Novo fluxo desenhado e sendo aplicado	03/2013	Ana Maria
3. Adequação do ambiente da UMS ao novo fluxo.	Ambiente readequado	03/2013	Gerente da UMS
4. Implantação da Sala de Acolhimento sob coordenação da Equipe de Enfermagem.	Sala de Acolhimento implantada	03/2013	Equipe de Enfermagem
5. Implantação de Educação Permanente da equipe em Humanização.	Educação Permanente implantada	Ação contínua	Ana Maria
6. Criação/adaptação de protocolos com critérios de acesso segundo "classificação de risco".	Protocolos implantados	03/2013	Ana Maria
7. Viabilização de horário comum a todos os setores para atendimento ao público.	Horário comum implantado	03/2013	Gerente da UMS
8. Promoção de atividades de reforço aos grupos de adesão e atendimento individual.	Atividades de adesão implementadas	03/2013	Ana Maria

Figura 21 – Trecho do Plano de Ampliação do Acesso à Unidade.

6.3.3 Perseguindo a Visão de Futuro

Por fim, a terceira parte do Plano corresponde aos OBJETIVOS e AÇÕES do Tipo γ : em geral de médio ou longo prazo, definem o que se precisa realizar caso se pretenda alcançar efetivamente a Visão de Futuro.



No caso dos OBJETIVOS e AÇÕES do Tipo γ (Gama), o ponto de partida é a Visão de Futuro. Vimos que a Visão de Futuro corresponde à descrição de uma Situação-Objetivo (S_o) ambiciosa, mas possível de ser alcançada, que expressa uma conquista estratégica de grande valor para os seus membros sobre o futuro desejado para a organização, num horizonte de médio ou longo prazo, à luz de sua missão.

As METAS, portanto, deverão variar em função da ambição da Visão de Futuro, que, por sua vez, deve ser definida com base num bom Posicionamento Situacional e, se possível, com base em Cenários de Futuro bem estruturados, conforme vimos na Lição 5 (Ambiente Externo).

EXEMPLO



Dando continuidade ao exemplo da Unidade de Saúde do Distrito Federal, vejamos a Visão de futuro construída pelos trabalhadores para 2015:

“Unidade de atenção especializada reconhecida pelos clientes e parceiros pela excelência da atenção que oferece aos portadores de DST/HIV/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus”;

“Unidade executando capacitação em serviço e pesquisas em parceria com a academia e a rede de serviços na área de DST/HIV/AIDS, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus”.

É fácil perceber que, nessa VISÃO DE FUTURO, estão inscritas AMBICÕES facilmente traduzíveis como OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

- 11) *Promover a Qualidade da Assistência aos Portadores de DST/Aids, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus;*
- 12) *Desenvolver capacitação em serviço para profissionais que atuam na área de DST/Aids, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus;*
- 13) *Desenvolver ações de pesquisa e desenvolvimento tecnológico na área de DST/Aids, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus.*

A cada um desses OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, correspondem AÇÕES ESTRATÉGICAS, raras vezes rotineiras ou já normalizadas.

Para exemplificar, tomemos o Objetivo n° 13 (Figura 22): as Ações necessárias para o alcance do mesmo neste caso não são Programáticas; ao contrário, trata-se de ação inovadora, não necessariamente impensável antes do processo de planejamento.

Objetivo 13: Desenvolver atividades de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico na área de DST/Aids, Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e Diabetes Mellitus.			
Metas de Resultado/Ano 2013: Meta Global do Programa?			
Responsável: Gerente e Coordenadores dos Programas na UMS.			
Ações Tipo β	Meta de Produto	Prazo	Responsável
1. Elaborar Programa de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico.	Programa elaborado	06/2013	Gerente da UMS

Figura 22 – Trecho do Plano Estratégico de Pesquisa da Unidade.

6.4 Exemplos

EXEMPLO 1



O Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM) do Distrito Federal foi elaborado a partir da Análise de Situação, tomando como referência a Missão do Programa de Saúde Mental do DF, a Declaração de Caracas (1990) e os princípios da Reforma Psiquiátrica. As Ações foram organizadas em quatro Diretrizes Estratégicas (D), cada uma com um número variável de Objetivos Estratégicos (OE):

- D1 *Ampliação da cobertura em saúde mental por meio da implantação de serviços substitutivos, da articulação com a atenção básica e do apoio aos municípios do Entorno.*
- D2 *Qualificação do trabalho de Saúde Mental por meio da implantação de protocolos assistenciais, da articulação entre os serviços e da educação permanente das equipes.*
- D3 *Ampliação da cobertura e efetividade das ações de reinserção social de pessoas portadoras de Transtornos Mentais moderados a graves e persistentes.*
- D4 *Gestão eficiente e participativa do Programa de Saúde Mental, valorizando os trabalhadores e os usuários.*

Para fins de exemplificação, tomemos a segunda Diretriz (“*Qualificação do trabalho de Saúde Mental por meio da implantação de protocolos assistenciais, da articulação entre os serviços e da educação permanente das equipes*”), construída para enfrentar o segundo Macroproblema (MP): “*Processo de trabalho de atenção em saúde mental sem um claro padrão de qualidade definido*”, que sintetizava três problemas fortemente vinculados entre si.

No PDSM, está segunda Diretriz (D2) se desdobra em quatro Objetivos Estratégicos (OE), cada um deles com Metas (M) e um número variável de Ações:

- OE1 *Promover a implantação e consolidação das novas modalidades assistenciais em todos os serviços de saúde mental.*
 - M1 *Novas modalidades assistenciais implantadas em 100% das Unidades de SM.*
- OE2 *Promover a utilização de protocolos assistenciais nos Serviços de Saúde Mental, com prioridade para a assistência à crise.*
 - M2 *Protocolos assistenciais prioritários implantados em 100% das Unidades.*
- OE3 *Promover mecanismos de comunicação entre os serviços de SM.*
 - M3 *Mecanismos de comunicação implantados na rede de Saúde Mental.*
- OE4 *Implantar programa de formação inicial e de educação permanente em 100% da rede de saúde mental.*
 - M4 *Programa de Educação Permanente implantado em 100% das Unidades de Saúde Mental.*

Perceba-se que os Objetivos Estratégicos do PDSM devem corresponder aos Efeitos esperados das Ações sobre as causas do Problemas. Para que possam ser alcançadas as Metas, cada OE precisa se conformar por meio de um agrupamento coerente de Ações com as quais busca-se alterar a realidade.

Vejamos, em nosso exemplo, as Ações propostas para viabilizar o OE2 (“*Promover a utilização de protocolos assistenciais nos Serviços de Saúde Mental, com prioridade para a assistência à crise*”), cuja Meta é “*Protocolos assistenciais prioritários implantados em 100% das Unidades*”:

- A1 *Levantar os protocolos existentes e aperfeiçoá-los.*
- A2 *Criar protocolos assistenciais padronizados.*
- A3 *Consolidar os protocolos e socializá-los (via GESAM).*
- A4 *Apresentar os protocolos nas reuniões dos serviços.*
- A5 *Criar mecanismos de retroalimentação e atualização dos protocolos.*

Estas Ações são, em tese, compromissos de fazer algo para modificar as características (“*descritores*”) de um dos problemas mais relevantes identificados na Análise de Situação (“*Pouquíssima utilização de protocolos assistenciais pelos profissionais*”), devendo ser coerentes com a Missão e a Análise de Situação. A cada Ação deve corresponder Responsável, Prazo, Recursos necessários e Meta de Produto (quantificação do efeito imediato da Ação).

Em resumo: as Diretrizes e Objetivos definiram o que se deseja alcançar por meio das Ações (portanto, seus Efeitos em termos de Resultado e Impacto), no sentido de reduzir, eliminar ou controlar os Problemas (de saúde e dos serviços de saúde) mais relevantes identificados no momento da Análise de Situação.

O trabalho de formulação de Ações efetivas e viáveis para enfrentar os problemas foi realizado, inicialmente, em quatro GT e, depois, em Plenária durante a 3ª Etapa do planejamento, mas a tradução desta produção coletiva em Objetivos e Diretrizes Estratégicas foi realizado “*em gabinete*” pelo facilitador metodológico.

EXEMPLO 2



Vejam agora o caso do Plano Diretor de Vigilância em Saúde (PDVS), bem mais complexo, cujas proposições foram organizadas também em três níveis: 1. Diretrizes; 2. Objetivos Permanentes e Estratégicos; e 3. Ações Finalísticas e de Desenvolvimento Institucional que enfrentam, respectivamente, problemas de saúde da população e do SUS.

Foram definidas cinco Diretrizes (D) para o Sistema de Vigilância em Saúde do Distrito Federal pelos participantes da 1ª Oficina de Planejamento:

- D1 *Analisar permanentemente a situação de saúde em todos os níveis de gestão, considerando os agravos, os eventos vitais e os fatores de risco a que as populações estão expostas.*
- D2 *Formular e implementar ações integradas e efetivas de prevenção e controle de agravos e de fatores de risco, com especial atenção aos grupos sob maior risco de adoecer e morrer.*
- D3 *Promover a vigilância de ambientes e agravos relacionados ao trabalho visando eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde e segurança dos trabalhadores.*
- D4 *Gerir, de forma eficiente e participativa, o Sistema de Vigilância em Saúde do Distrito Federal em todos os seus níveis, observando as deliberações das instâncias de controle social.*
- D5 *Prover recursos humanos para as necessidades da Vigilância em Saúde e promover o desenvolvimento dos trabalhadores por meio da qualificação e valorização profissional.*

Foram definidos, ainda, três Objetivos Permanentes (OP) e seis Objetivos Estratégicos (OE), cada um deles com um número variável de Ações Finalísticas (AF) e de Desenvolvimento Institucional (AD), respectivamente.

Aos três OP corresponderam quinze AF prioritárias para enfrentar as doenças e agravos (transmissíveis e não transmissíveis) e seus fatores de risco (biológicos e não biológicos) considerados mais relevantes diante do quadro epidemiológico da população:

- OP1 *Analisar permanentemente a situação de saúde da população do DF.*
- OP2 *Desenvolver ações de promoção da saúde e controle de agravos e seus determinantes.*
- OP3 *Recomendar e desenvolver ações de eliminação ou redução de riscos.*

Perceba-se que, neste caso, em função da abrangência do Sistema de Vigilância em Saúde (SVS), os Objetivos Permanentes do PDVS correspondem a “Linhas de Ação Finalística” com as quais pretende-se alterar a realidade sanitária. Vejamos, em nosso exemplo, as dez Ações Finalísticas propostas para o OP2 (“Desenvolver ações de promoção da saúde e controle de agravos e seus determinantes”):

- AF1 *Vigilância e controle de doenças imunopreveníveis.*
- AF2 *Vigilância e controle de doenças transmitidas por via hídrica e alimentar.*
- AF3 *Vigilância e controle de doenças transmitidas por via sexual, vertical e sanguínea.*
- AF4 *Vigilância e controle de doenças endêmicas.*
- AF5 *Vigilância e controle de doenças transmitidas por vetores e reservatórios animais.*
- AF6 *Vigilância de infecções e eventos adversos relacionadas à assistência a saúde.*
- AF7 *Vigilância e controle de doenças e agravos relacionados ao trabalho.*
- AF8 *Vigilância e controle de intoxicações exógenas.*
- AF9 *Vigilância e controle de doenças não transmissíveis (DANT).*
- AF10 *Respostas rápidas a emergências epidemiológicas.*

O esforço da equipe que consolidou esta produção coletiva foi no sentido de conseguir formular as Ações Finalísticas (AF) orientando-as a partir dos seus Objetos e não das Unidades que as realizam, de modo a favorecer a transversalidade dos processos de trabalho e, neste sentido, “implementar ações integradas”.

Para exemplificar o que estamos dizendo, veja-se a AF1, cujo Objeto são as “doenças imunopreveníveis”:

- DIVEP *Imunizar a população segundo as normas do PNI.*
- DIVAL *Implementar o Programa de Controle da Raiva (Vacinação animal).*
- DIVISA *Realizar Licenciamento das clínicas particulares de vacinação e verificar as origens, registro e conservação das vacinas.*
- GEPEAS *Colaborar com educação continuada sobre a imunização e biossegurança para trabalhadores de Saúde (RDC 48/2000).*
- LACEN *Realizar Virologia (para Rubéola, Sarampo, Vírus respiratórios, Febre amarela e HBV) e Bacteriologia (para Coqueluche e TB).*

Os Objetivos Estratégicos (OE) e as Ações de Desenvolvimento Institucional (AD), complementarmente, devem enfrentar os problemas organizacionais que funcionam como obstáculos relevantes à implementação das AF e, conseqüentemente, ao cumprimento da Missão.

No caso do PDVS, seis Objetivos Estratégicos (OE) e trinta e sete Ações de Desenvolvimento Institucional (AD) enfrentarão os seis Macroproblemas que, na opinião de gestores e trabalhadores que participaram das Oficinas, correspondiam aos principais obstáculos à implementação das Ações Finalísticas (AF), e, conseqüentemente, ao cumprimento dos Objetivos Permanentes (OP):

- OE1 *Planejar a política de recursos humanos da SES a partir de Diagnóstico Situacional.*
- OE2 *Desconcentrar a execução financeira das ações e a gestão dos recursos materiais.*
- OE3 *Adequar a estrutura organizacional da SES.*
- OE4 *Integrar as ações de Vigilância em Saúde e articulá-las com a Atenção Básica.*
- OE5 *Apoiar a gestão descentralizada das informações e do conhecimento na organização.*
- OE6 *Fortalecer os mecanismos de controle social na área da Vigilância em Saúde.*

As AD que enfrentarão os seis Macroproblemas relacionados na Análise de Situação foram organizadas segundo Objetivos Estratégicos (OE) com definição de metas de produtos, prazos e responsáveis. As ações são compromissos de fazer algo para modificar os problemas enquanto os resultados esperados dessas ações na modificação dos Macroproblemas correspondem aos OP e OE do Plano. As Metas de produto correspondem à quantificação dos efeitos esperados de cada uma das ações.

Para fins de exemplificação, veja-se as Ações propostas para enfrentar o Macroproblema “*Quadro de pessoal desatualizado, investimento insuficiente na capacitação dos servidores e execução inadequada da avaliação de desempenho*”, correspondente a uma formulação-síntese de três dos doze problemas organizacionais selecionados e analisados, e, desta forma, viabilizar o OE1 (“*Planejar a política de Recursos Humanos da SES a partir de Diagnóstico Situacional*”):

- AD1 *Realizar diagnóstico da situação dos Recursos Humanos em cada unidade.*
- AD2 *Com base no diagnóstico, solicitar contratação de Recursos Humanos para as unidades da SVS.*
- AD3 *Estabelecer mecanismo de reposição de Recursos Humanos com periodicidade de 02 (dois) anos.*
- AD4 *Implantar Programa de Formação Inicial e Educação Permanente.*
- AD5 *Garantir supervisão ao trabalho que se realiza nas Regionais.*
- AD6 *Instituir Política de Recursos Humanos que amplie a isonomia salarial e valorize a qualificação.*
- AD7 *Criar Plano de Carreira e Vencimentos (PCV) unificado para a SVS.*
- AD8 *Tornar crível e adequar a avaliação de desempenho à especificidade da SVS.*

Tendo em vista o horizonte de tempo do PDVS, que pode ser considerado médio, e a natureza dos seus OP e OE, na medida em que a maioria das AF e AD devem ser executadas por muitas unidades organizacionais, optou-se por priorizar a definição das metas de produtos das AD, assumindo-se como pressuposto que a SES assina o Plano e, neste sentido, se responsabiliza pelo conjunto de ações.



VAMOS TRABALHAR?

Em cinco ou seis Grupos de Trabalho, defina Objetivo (com Metas) e Ações necessárias para o enfrentamento da rede causal do problema selecionado (com Metas de Produto), além de Recursos Críticos que serão consumidos, bem como Responsáveis e Prazos.

6.5 Breves Comentários Finais da Lição

Não se pense, entretanto, que tenha findado nosso trabalho de Elaboração do Plano. Na verdade, o Plano ainda está bastante inacabado: muito provavelmente, o Plano ainda perderá e ganhará “módulos” (novos objetivos, ações e metas) à medida que seu desenho seja submetido à crítica. Isso é exatamente o que faremos no Momento Estratégico, na Lição 7. Antes, dê uma olhada nesses dois exemplos.

Planejamento em Saúde II – Lição 7

Construindo a Viabilidade do Plano – Momento Estratégico do PES

O objetivo desta Lição é ajudar a compreender o momento Estratégico do PES a partir de sua aplicação metodológica. Corresponde, em linhas gerais, à construção da Viabilidade do Plano.

7.1 O que é o Momento Estratégico?

A ideia que preside esta etapa é a de que o ator que planeja não controla todos os recursos necessários à execução do Plano. O momento estratégico concentra-se no cálculo do “pode ser”, isto é, nas análises de viabilidade e direcionalidade do Plano antes de implementá-lo, portanto ainda na fase de Modelo Lógico (Figura 23).

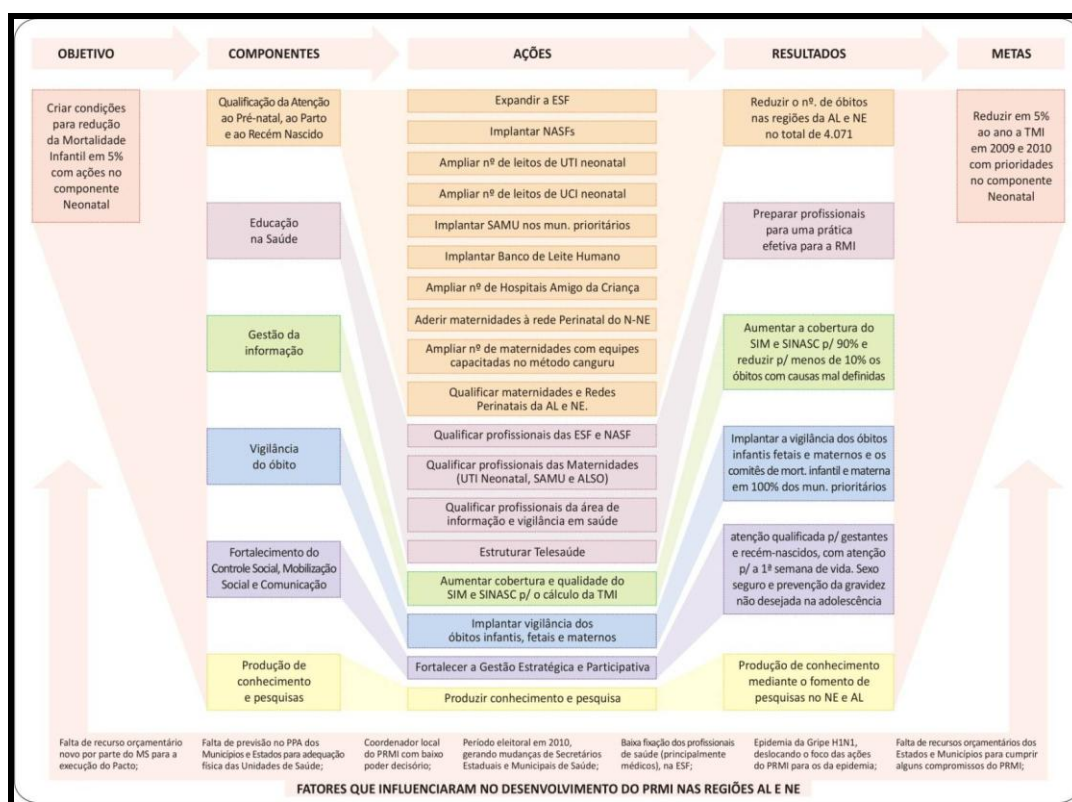


Figura 23 – Modelo Lógico do PRNI na Amazônia Legal e Nordeste.

Fonte: GUERRERO, 2010.

Esse momento concretiza-se por meio de duas provas distintas e independentes pelas quais o Plano deve passar:

1. Análise de coerência e consistência: da “*direcionalidade, pertinência e suficiência das ações*”; e
2. Análise de viabilidade: da “*capacidade de tomar decisões, operacionalizar as ações e mantê-las em operação*”.

Note-se, portanto, que o cumprimento da coerência/consistência do programa direcional é independente das provas de viabilidade. Segundo Matus, essas duas provas constituem o fundamento de todo o PES.

7.2 Análise de Direcionalidade, Coerência e Consistência

No PES, o “programa direcional” (Matus) do Macroproblema corresponde à articulação coerente das Ações estratégicas por Problemas. Assim, a “direcionalidade do Plano” pode ser sintetizada na Matriz de Operações Estratégicas – Problemas (Figura 24). As caselas da matriz contêm os nós críticos que as Ações enfrentam.

AÇÕES	PROBLEMAS			
	P1	P2	P3	P... n
Ação 1	N1, N2, N4			
Ação 2		N3, N5	N6, N7	
Ação 3	N2, N4			N8

Figura 24 – Matriz de Ações Estratégicas – Problemas.

Mas essas operações devem ser também suficientes e consistentes, além de viáveis no que tange a prazos e recursos à disposição da organização.

Quanto à Análise de Suficiência, o objetivo aqui é verificar se o conjunto de operações selecionadas é necessário e suficiente para materializar o “arco direcional $S_i \rightarrow S_o$ ” (Matus, 1993).

1. A Situação-Objetivo (S_o) é suficientemente precisa para se proceder a análise de coerência e consistência?
2. Todos os problemas relevantes são consistentemente atacados para a organização alcançar a Situação-Objetivo (S_o)?
3. Qual a contribuição de cada projeto para atingir a Situação-Objetivo?

Para testar a Consistência (fundamento técnico-científico) das ações, coloca-se sempre as assertivas “se executada a ação – então o que ocorre” (Figura 25):

1. Se forem utilizados tais recursos, *então* implementa-se tais ações;
2. Se tais ações forem implementadas, *então* obtêm tais produtos para tais grupos de beneficiários;
3. Se tais produtos forem realizados, *então* se alcança tais resultados intermediários e o resultado final que irá levar ao alcance do objetivo.

Ação	“Se executada a ação”	“Então ocorre”	Base Científica
Ação 1: Implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Implantado 603 equipes da ESF nas regiões AL e NE	reforço das ações de vigilância em saúde à gestante e ao recém-nascido; e aprimorando as ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências.	VICTORA, 2001; STARFIELD, 2004
Ação 2: Implantação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Implantação de 162 novas equipes de NASF	Apoio no aprimoramento das ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências.	BRASIL 2009C, BRASIL 2010C
Ação 3: Ampliação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI)	Implantar 710 leitos de UTI	Qualifica a atenção ao Neonato que necessita deste tipo de serviço.	VICTORA, 2001

Figura 25 – Fluxo Lógico e Base de Sustentação do PRMI.

Fonte: GUERRERO, 2010.

7.3 Análise de Viabilidade do Plano

Reconhecer a própria fragilidade, os limites de sua governabilidade, é um fator de fortalecimento do ator que planeja, na medida em que possibilita contornar ou enfrentar as limitações identificadas, visando superá-las. Mas o que significa “viabilidade do programa direcional”?

Significa responder a algumas perguntas:

- As operações são politicamente viáveis?
- As operações são economicamente viáveis?
- As operações são organizacionalmente viáveis?
- Temos capacidade para construir a viabilidade do Plano?

Essas perguntas apontam para a dialética entre o necessário, o possível e a criação de possibilidades. Cada uma dessas perguntas pode ser interpretada em três dimensões complementares (Figura 26):

- Temos capacidade de tomar a decisão? (Capacidade de decisão);
- Temos capacidade de operar bem as Operações? (Capacidade operacional);
- Temos capacidade de mantê-lo operando? (Viabilidade de permanência).

AÇÃO	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 5)			TOTAL (A X B X C)
	Viabilidade de Decisão	Viabilidade Operacional	Viabilidade de Permanência	
AÇÃO 1				
AÇÃO 2				
AÇÃO 3				

Figura 26 – Matriz de Análise de Viabilidade das Ações.

Essas viabilidades são interdependentes e qualquer ajuste em uma pode obrigar a revisar a análise de viabilidade das demais. Por isso, a análise de viabilidade faz-se por aproximações sucessivas, até que o conjunto das operações do Plano seja viável nas três dimensões indicadas.

Em outras palavras, o problema da viabilidade é quase estruturado e, por conseguinte, irreduzível a um sistema de equações de solução precisa. Mas é com base nessa análise de viabilidade das operações que se deve estabelecer um cronograma de implementação, de tal modo que se consiga aumentar a eficiência na aplicação dos recursos existentes e maximizar o alcance dos Objetivos.

7.4 Comentários Finais da Lição

Tendo-se optado por reconhecer as restrições de recursos e pela a criação de possibilidades, faz-se mister que se procure uma via para aumentar os recursos escassos, devendo-se, pois, conceber uma estratégia de imposição, persuasão, cooptação, cooperação ou conflito com os outros atores sociais (RIVERA, ARTMANN, 2012).

A imposição pode ser utilizada quando o ator que planeja encontra-se em situação de poder (hierárquico, econômico etc.) em relação ao outro ator. A persuasão corresponde a uma adesão do outro ator sem que para isso seja necessário fazer qualquer concessão em relação ao Plano. Na negociação cooperativa, o resultado deverá trazer ganhos para todos os participantes. Na negociação conflitiva, o resultado trará ganho para um ator e perda para o outro (RIVERA, ARTMANN, 2012). A cooperação, a cooptação e o conflito não são, entretanto, excludentes.

O que importa reter aqui é a noção de que uma análise preliminar indicativa da inviabilidade de uma operação estratégica não precisa significar o seu abandono. É sempre possível lutar por sua viabilização, utilizando-se os recursos (políticos, financeiros, organizacionais etc.) que o planejador controla (CECÍLIO, 1997).

A pergunta-chave é: *“como pode um ator com poucos recursos realizar projetos que exigem muitos recursos?”*

A única resposta possível é: *“acumulando novos recursos”* mediante estratégias criativas persistentes. Nesse processo criativo, a rigidez normativa é caminho certo para o fracasso!

O Plano, sendo modular, é composto por Ações que podem agregar-se, dimensionar-se e combinar-se de maneiras distintas. Em tese, o cronograma do Plano deverá iniciar-se com as Ações mais relevantes, urgentes e viáveis, fechando o ciclo com aquelas de menor relevância, urgência e factibilidade/viabilidade. Naturalmente, o processo de desenho do Plano gera a necessidade de uma fase de síntese em que se conciliem direcionalidade e viabilidade.

EXEMPLO



O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) assumiu como objetivo geral a redução em 5% da TMI nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil, com foco em ações na fase neonatal teve como público-alvo as mulheres gestantes e os recém-nascidos até o vigésimo sétimo dia de nascido, pois é nesta fase que se encontra a maior número de óbitos infantis.

Como componentes deste programa foram definidos seis eixos de ação, estruturadores para organização do programa. Foram eles:

1. Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido;
2. Educação na Saúde;
3. Gestão da informação;
4. Vigilância do óbito infantil;
5. Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação;
6. Produção de conhecimento e pesquisas.

Esta estratégia selecionou 256 municípios dos 17 estados que compõe a Região da Amazônia Legal (102) e Nordeste (154) do País. O critério para escolha destes municípios foi ser residência ou destino de ocorrência de mais de 50% dos óbitos de menores de 1 ano.

Para fins de exemplificação da metodologia, focaremos no seu primeiro eixo de ação componente: *“Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido”*.

A meta finalística proposta para “Qualificação da Atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido foi reduzir o número de óbitos nas regiões da AL e NE em um total de 4.071, sendo 2.133 no ano de 2009 e 1.938 no ano de 2010. Levando em consideração que o foco do PRMI é o componente neonatal, esperava-se uma redução total de 2.773 óbitos nos anos de 2009 e 2010 neste componente.

Dez ações foram propostas para qualificar a atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido nesses 256 municípios da Região da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil.

Segue um quadro síntese (Figura 27) demonstrando a Análise de Coerência e Consistência do Plano (sequência lógica e bases científicas que sustentam as ações do PRMI).

Ação	“Se executada a ação”	“Então ocorre”	Base Científica
Ação 1: Implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Implantado 603 equipes da ESF nas regiões AL e NE	reforço das ações de vigilância em saúde à gestante e ao recém-nascido; e aprimorando as ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências.	VICTORA, 2001; STARFIELD, 2004
Ação 2: Implantação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Implantação de 162 novas equipes de NASF	Apoio no aprimoramento das ações de captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e nas intercorrências.	BRASIL 2009C, BRASIL 2010C
Ação 3: Ampliação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI)	Implantar 710 leitos de UTI	Qualifica a atenção ao Neo-Nato que necessita deste tipo de serviço.	VICTORA, 2001
Ação 4: Ampliação dos leitos de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI)	Implantar 1318 leitos de UCI	Qualifica a atenção ao Neo-Nato que necessita deste tipo de serviço.	VICTORA, 2001
Ação 5: Implantação do Serviço Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192 em 100% dos Municípios envolvidos no PRMI	implantação de 229 unidades de remoção.	Transporte qualificado para transportar a gestante e Garantia de leito na maternidade pela regulação do Sistema;	SERRUYA, LAGO, CECATTI 2004
Ação 6: Implantação de Banco de Leite Humanos (BLH)	abrir 57 novos BLH	Cobertura de 100% da demanda de leite humano para neo-natos e menores de 1.500 gramas nos municípios prioritários	VICTORA, 2001; VENANCIO; ALMEIDA, 2004; GUINSBURG, 2005
Ação 7: Ampliar o número de hospitais com o título Amigo da Criança	Adicionar 85 novas unidades hospitalares credenciadas como “Amigo da Criança”	Garantia de atenção qualificada na atenção pré e pós-parto a mãe e a criança.	VICTORA, 2001; BRASIL, 2009c
Ação 8: Adesão das maternidades à rede Perinatal do Norte-Nordeste	Adicionar 51 novas unidades a Rede Perinatal do Norte - Nordeste	Atenção a Gestante e ao Neo-nato qualificada	VICTORA, 2001; BRASIL, 2009c
Ação 9: Ampliar o número de Maternidades com equipes capacitadas no método canguru	Capacitar os profissionais de 48 novos hospitais que realizam mais de 1.000 partos por ano nos municípios prioritários	Garantia de parto mais “Humanizado”	VENANCIO; ALMEIDA, 2004
Ação 10: Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AL e NE	meta financeira o repasse de R\$ 4 milhões a 36 maternidades que deverão ser reguladas pelas SES	Atenção qualificada nas 36 maternidades que são de referência para os municípios prioritários	MENDES et al, 2010; PAIM, 2008; VICTORA, 2001

Figura 27 – Análise de Coerência e Consistência das Ações.

Fonte: GUERRERO, 2010.

Realizando uma análise geral das diversas ações deste componente, é possível encontrar uma coerência lógica respaldada na literatura científica. Se bem coordenadas, as ações propostas poderiam contribuir decisivamente para atingir as metas propostas. O que talvez não tenha sido dimensionado adequadamente foi o cenário eleitoral de 2010, quando diversos secretários de estado foram substituídos, o que acarretou atraso do cronograma proposto para muitas das ações programáticas.

Quanto à análise de viabilidade do PRMI, apresenta-se a seguir um quadro (Figura 28) que destaca as ações possíveis de terem suas metas alcançadas e as que dificilmente seriam atingidas na vigência da portaria que instituiu o Grupo Ministerial de condução do PRMI. A principal medida, que serviu como balizador para a análise, foi a governabilidade do MS sobre as ações.

Ações	Passível de Alcance (sob governabilidade do MS)	Passível de não ter Meta Alcançada (fora da governabilidade do MS)	Fatores Influenciadores
Ação 1: Implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)		X	Dificuldade de encontrar profissionais com perfil e fixá-lo nas cidades envolvidas no PRMI
Ação 2: Implantação de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	X		Dificuldade de encontrar profissionais com perfil e fixá-lo nas cidades envolvidas no PRMI.
Ação 3: Ampliação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI)		X	Falta de recursos para adequação das unidades hospitalares para receber equipamentos adquiridos pelo MS.
Ação 4: Ampliação dos leitos de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI)		X	Falta de recursos para adequação das unidades hospitalares para receber equipamentos adquiridos pelo MS.
Ação 5: Implantação do Serviço Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192 em 100% dos Municípios envolvidos no PRMI		X	Instabilidade política trazidas pelas eleições para Governadores de Estado.
Ação 6: Implantação de Banco de Leite Humanos (BLH)	X		Necessita de poucos recursos financeiros e a tecnologia é totalmente dominada.
Ação 7: Ampliar o número de hospitais com o título Amigo da Criança		X	Processo de capacitação necessita de tempo para trabalhar questões como mudança de cultura institucional das Maternidades.
Ação 8: Adesão das maternidades à rede Perinatal do Norte-Nordeste		X	Processo de capacitação necessita de tempo para trabalhar questões como mudança de cultura institucional das Maternidades.
Ação 9: Ampliar o número de Maternidades com equipes capacitadas no método canguru		X	Processo de capacitação necessita de tempo para trabalhar questões como mudança de cultura institucional das Maternidades.
Ação 10: Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AL e NE	X		Alta governabilidade por parte do MS para realização do repasse dos recursos.

Figura 28 – Análise de Viabilidade das Ações.

Fonte: GUERRERO, 2010.



VAMOS TRABALHAR?

A partir da Análise de Situação e do Plano Desenhado (Objetivos, Ações Estratégicas, Recursos, Responsáveis e Prazos):

- **Analise a pertinência e suficiência das ações propostas à luz do conhecimento científico;**
- **Analise a viabilidade de decisão, operacional e de permanência de cada ação proposta;**
- **Defina novas ações que possam ampliar a viabilidade geral do Plano proposto.**

Planejamento em Saúde II – Lição 8

Gerenciando o Plano – Momento Tático-Operacional do PES

Na TGA, a Administração nada mais é que a condução racional de todas as atividades diferenciadas pela divisão do trabalho dentro de uma organização, realizando-se por meio de: Planejamento; Organização e Método (estruturação); Direção/Comando; e Controle, Monitoramento e Avaliação.

O objetivo desta Lição é ajudar a compreender o momento Tático-Operacional do PES, correspondendo, em linhas gerais, à Direção/Comando e Controle, Monitoramento e Avaliação do Plano.

8.1 O que é o Momento Tático-Operacional?

Mesmo orientado pelo futuro desejado (Situação-Objetivo), o centro do planejamento é o cálculo que precede e preside a ação no presente.

O momento tático-operacional é o momento de “fazer” e compreende o detalhamento do Plano em bases mais concretas, de forma a permitir sua operacionalização, o desenvolvimento da logística e sua divulgação, além da construção de sistema de monitoramento do processo e de avaliação dos resultados a curto, médio e longo prazo.

O momento tático-operacional é, pois, o momento central na mediação entre o conhecimento e a ação.

As principais dificuldades nessa mediação são a comunicação e o tempo. Se o problema central do planejamento é a conjuntura presente, surge um problema de assincronia entre a velocidade da mudança da situação real e a velocidade com que o ator pode fazer um plano para agir sobre ela.

Nessa batalha, a velocidade do processo de pré-alimentação e retroalimentação deve ser maior que a velocidade de mudança.

A “improvisação direcionada” constitui um meio de ajuste entre o cálculo geral prévio e a ação concreta do momento presente (conjuntura): ela completa o Plano no momento da ação e manifesta a autorretificação no momento da prática.

Desta forma, o desenho é, a cada momento, dependente da mudança situacional real. O que conta, afinal, é o que se faz na conjuntura; daí o centro do planejamento não ser o futuro, mas o presente.

A gestão estratégica do Plano tem o desafio de articular o longo e o médio prazo com o curto prazo, reduzindo os Objetivos Estratégicos e as Ações a Atividades do dia-a-dia da organização, de forma a gerar as mudanças previstas.

Distinguem-se, nesta etapa de implementação e gestão estratégica do Plano, três atividades principais:

1. Programação das Ações/Atividades;
2. Monitoramento e Avaliação do Plano;
3. Gestão do Plano.

8.2 Especificação das Operações

No caso do Planos de Saúde (quadrienais) nacional, estaduais e municipais, as atividades que darão conseqüência prática ao Plano deverão ser expressos na *Programação Anual de Saúde*, na qual deverão ser detalhados os elementos que permitirão sua operacionalização (Figura 29), tais como responsáveis, recursos financeiros, produtos etc.

Vimos que a "Ação" é a unidade celular do Plano e se conforma através de um agrupamento coerente de Atividades com as quais busca-se alterar a realidade.

Para alcançar os Objetivos Estratégicos selecionados, a organização deverá consolidar, sistematizar e especificar as ações necessárias e suficientes para atingir este intento. Cada Atividade, tal como as Ações, supõe um responsável, segundo as circunstâncias.

AÇÃO (ESTRATÉGIA):				
META:				
ATIVIDADES	Técnicos Responsáveis	Recursos Necessários	Produtos Esperados	Prazo de Execução
Atividade 1.1				
Atividade 1.2				
Atividade 1.3				

Figura 29 – Matriz de Programação de Atividades por Ação.

8.3 Monitoramento e Avaliação

Distingue-se, também nesta etapa de implementação do Plano e sua gestão estratégica, o Monitoramento e a Avaliação do Plano, devendo esta ser realizada minimamente ao final de cada quadrimestre e em Relatórios Anuais, de modo a retratarem os resultados efetivamente alcançados para que possam subsidiar a atualização do Plano.

Os Relatórios de Avaliação devem assinalar os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas que devem ser desencadeadas para corrigir os desvios, devendo responder as seguintes perguntas:

- 1) As metas planejadas foram alcançadas?
- 2) No caso das que não foram alcançadas, que ações não foram realizadas?
- 3) O que foi feito para corrigir os desvios?
- 4) O que ainda pode ser feito para corrigir os desvios?
- 5) Quais os nossos compromissos e metas para o próximo período?

Em síntese, a Avaliação do Plano deverá proporcionar o resultado da apuração dos indicadores (grau de alcance das metas), uma análise da execução das ações (física e orçamentário-financeira) e recomendações para o ajuste do Plano do ano seguinte.

O Monitoramento pode ser entendido como um processo permanente, inerente e imprescindível ao exercício da função gerencial, destinado a manter sob controle a execução do Plano em direção aos objetivos e metas propostas.

A análise do cumprimento das metas, entretanto, depende dos indicadores definidos na Programação e da disponibilidade de informações ao longo da sua execução.

Todas as metas programadas podem ser objeto do Sistema de Monitoramento e Avaliação (SMA), porém as metas de produto são as que permitem acompanhamento e verificação imediata da sua execução, ao passo que, em geral, a verificação das metas de resultado e de impacto demandam um horizonte de médio ou longo prazo.

No Módulo III retomaremos este tema da construção do Sistema de Monitoramento e Avaliação, cujo início, pode-se dizer, se dá ainda no Momento Explicativo, quando da descrição dos problemas, o que permite definir as Metas de Produto, Resultado e Impacto no Momento Normativo e sua revisão no Momento Estratégico.

8.4 Gestão do Plano

Na perspectiva de tornar mais claro o modelo de Planejamento Participativo que desenvolvemos até aqui, acreditamos que o “triângulo de ferro” matusiano nos ajuda a pensar alguns fatores críticos para o sucesso da “gestão do Plano” ao interior das organizações, invariavelmente atravessadas por redes humanas, formais e informais.

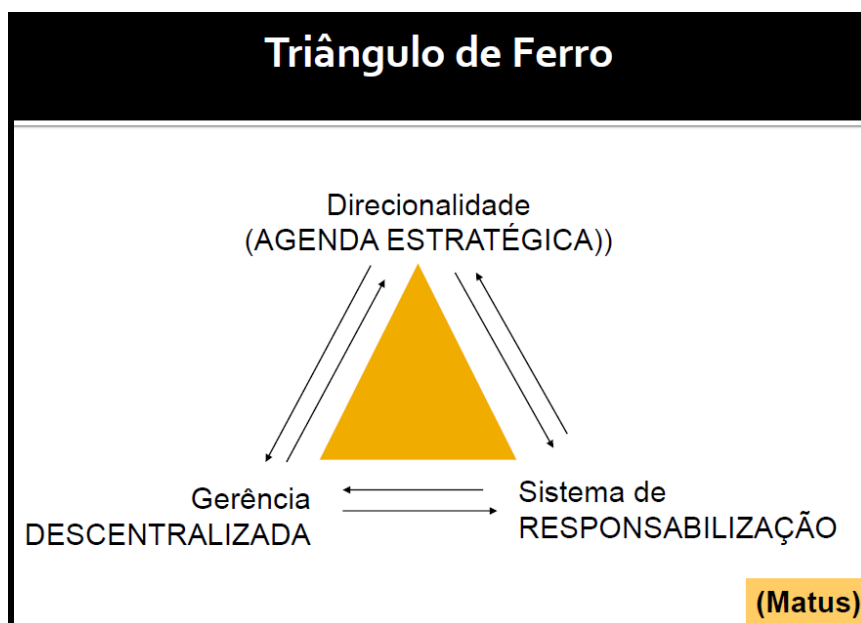


Figura 30 – Triângulo de Ferro de Matus.

Segundo Matus (1993), o requisito organizacional básico para que um Plano funcione eficazmente está na existência do sistema triangular (Figura 30):

- 1) Agenda do coletivo de dirigentes focada no que é efetivamente “estratégico” para a organização, definida em função da análise de cenários e de análises periódicas de conjuntura, a partir das informações que circulam por meio de redes humanas, formais e informais, intra e interorganizacionais;
- 2) Plano Modular (composto por Ações que podem agregar-se, dimensionar-se e combinar-se de maneiras distintas) e gerência criativa e flexível organizada por ações que buscam cumprir a missão e alcançar os objetivos e metas definidas no Plano, o que demanda desconcentração e delegação de poder por meio de um orçamento-programa, isto é, um orçamento por programa; e,

- 3) Sistema de Petição e Prestação de Contas, definidor de corresponsabilidades e compromissos interagentes no momento da decisão e da execução da ação, portanto, criação de um sistema de gestão no qual as pessoas assumem, diante de um superior hierárquico e/ou diante de um coletivo, o compromisso por determinadas ações e prestam contas periódicas. Este sistema supõe a avaliação permanente da situação na conjuntura e que se compare constantemente a situação planejada com a real.

Para que o plano "colonize" a vida da organização, isto é, seja um "Plano Vivo" e não apenas um "Livro-Plano", relacionamos, a seguir, outros sete fatores críticos:

- 4) Comprometimento sustentado do plano pela alta gerência e a existência de uma liderança visível no nível central, além de um forte núcleo operacional responsável pelo gerenciamento do Plano (FERLIE *et al.*, 1999);
- 5) Gestão por meio de um colegiado, com funcionamento democrático, mas também produtor de responsabilidades, no qual as pessoas assumem o compromisso por determinadas metas e prestam contas (CAMPOS, 1998);
- 6) No início do processo de execução, dispor de uma visão ampla do Plano parece mais importante do que ter o Plano detalhado (FERLIE *et al.*, 1999);
- 7) Garantir um tempo para reuniões periódicas das equipes dentro da jornada normal de trabalho para planejar e avaliar os planos de ação, e refletir sobre o processo de trabalho (CAMPOS, 1998);
- 8) Realizar a intervenção inicialmente em um pequeno número de contextos locais receptivos (*projetos-piloto*) antes de propagá-la para contextos mais amplos e/ou mais difíceis (FERLIE *et al.*, 1999);
- 9) Uma política pró-ativa de comunicação para "vender" o Plano, com destaque para as primeiras ações bem-sucedidas (FERLIE *et al.*, 1999), visando enfrentar uma dada cultura resistente à mudança (RIVERA, 1996);
- 10) Monitoramento da realidade e da "*conjuntura*", procedendo a pré-avaliação das decisões dia após dia e a avaliação daquelas já tomadas, comparando constantemente a situação planejada com a real (MATUS, 1993).



VAMOS TRABALHAR?

Construir o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Plano para apresentar no próximo Encontro.

Planejamento em Saúde II – Lição 9

Negociando a Mudança nas Organizações de Saúde

O PES com enfoque participativo pode ser compreendido como uma *prática social* que busca pontos comuns nas distintas visões de futuro e acordos sobre as estratégias para alcançá-los. Mas quais os principais limites e possibilidades do Planejamento Participativo para a gestão da mudança nas organizações de saúde?

Nas organizações de saúde (burocracias profissionais), o modelo de planejamento e gestão tem o desafio de combinar liberdade (autonomia e participação) com controle (monitoramento e avaliação), bem como ação normativa com ação criativa e inovadora.

Se por um lado o trabalho em saúde, sendo do tipo profissional (domínio de técnicas e conhecimentos especiais reconhecidos socialmente), pressupõe grande autonomia do trabalhador para traduzir normas gerais a casos particulares (motivo pelo qual o trabalho em saúde raramente pode ser completamente padronizado), por outro, *“quase nunca as organizações podem confiar que a maioria dos participantes interiorize suas obrigações e, sem outros incentivos, cumpra voluntariamente seus compromissos”* (Etzioni, 1989: 78).

Em uma sociedade democrática, a viabilidade de todo e qualquer processo de mudança organizacional depende da abertura de processos intersubjetivos de *“criação e recriação de acordos, de pactos, sempre conjunturais e transitórios”* (SÁ, 2001:159). Aparentemente, e este corresponde ao maior desafio do planejamento, tal mudança depende, além disso, da compatibilização das exigências de uma multiplicidade de sujeitos diferenciados quanto a desejos, visões de mundo e interesses.

Mas *“o êxito de uma organização depende, em grande parte, de sua capacidade para manter o controle dos participantes”* (Etzioni, 1989: 77). Campos (1997: 230) está dizendo coisa semelhante sobre as organizações de saúde ao afirmar que *“não é possível operar sistemas de saúde sem certo grau de controle institucional”*. E não há formas puras de controle nas organizações, mas uma combinação de: sanções (pelo menos possibilidade de); estímulos materiais (salários, gratificações, benefícios) e utilização de símbolos (premiações, estímulos, o valor do cargo etc.).

“Se o propósito é produzir mudanças caberia formular e desenvolver estratégias para o mapeamento dos sujeitos sociais e atores institucionais, a identificação de aliados estruturais e conjunturais, a análise das possíveis vantagens/desvantagens para sujeitos que aderirem a tais processos e o exame de incentivos para mudar e desincentivos para conservar” (PAIM & ALMEIDA-FILHO, 2000).

Então, como responder adequadamente ao desafio de combinar liberdade (autonomia) com controle (avaliação)?

Em oposição ao “modelo tradicional” de gestão das organizações de saúde (Administração vertical, com comando fortemente hierarquizado da enfermeira à auxiliar de enfermagem, mas corpo de enfermagem submetido ao poder dos médicos, que gozam de alto grau de autonomia, não estando submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle), Cecílio (2000) refere-se a um certo “modelo democrático”, cujos contornos gerais parecem corresponder a: gestão democrática, descentralizada, com ênfase na autonomia e direção colegiada em todos os níveis da organização; organogramas horizontalizados (diminuição dos níveis hierárquicos) e ênfase no

trabalho em equipe, profissionalização da gerência e adoção do planejamento estratégico para a elaboração e avaliação regular, periódica de planos da direção.

Cabe lembrar, como fizeram Paim & Almeida-Filho (2000) que “os sujeitos sociais encontram-se presentes em todos os ‘momentos’ do processo de trabalho: objeto, atividades, relações técnicas e sociais, meios de trabalho, além do próprio agente”. Daí conceder-se grande ênfase à ação comunicativa, propondo-se a “administração da incerteza” como o núcleo central da condução dos processos de planejamento.

Com o conceito de *ação comunicativa*, Habermas (1987) refere-se à interação de sujeitos que buscam *entendimento* acerca de uma situação, utilizando a linguagem para coordenar seus planos de ação e, com estes, suas ações propriamente ditas.

Mehry (1997:137) propõe criar ferramentas-dispositivos que permitam “*analisar [coletivamente] o modo como o processo de gestão do trabalho se realiza apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada deste processo*”. Estas ferramentas analisadoras deveriam, segundo Mehry (1997:139), “*abrir a caixa preta das relações micropolíticas institucionais, reveladora de (...) um padrão do tipo ‘pacto de mediocridade’ no qual o usuário sai sempre como o grande prejudicado*”.

Ainda segundo Mehry (1997:140), “*o conjunto das ferramentas analisadoras devem ter a capacidade de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, em pelo menos três campos de interrogações*”, posto que estas bem “*podem revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização*”: 1) O “como” se trabalha; 2) Quais os produtos e resultados desse trabalho; 3) “Para quê” se está trabalhando.

Ora, que ferramenta pode ser mais adequada para a criação de processos produtores de sujeitos-cidadãos e de espaços de democracia ampliada, baseados na negociação e na comunicação intensivas (RIVERA, 1996; CAMPOS, 1998) que o Planejamento Participativo?

Dentro de *organizações eficazes* (Mintzberg) ou aprendizes, 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 e a prestar contas das ações sob sua responsabilidade, o que pode ser uma excelente forma de criar uma *cultura de compromisso e responsabilização*.

Além de poder contribuir para uma compreensão mais ampla da *realidade problemática* e para a construção das melhores *ações* de enfrentamento, o planejamento pode ser excelente ferramenta para construir consensos, compatibilizando exigências de distintas visões de mundo e interesses dos atores.

Por “gestão negociada da mudança” estamos compreendendo, portanto, uma certa teoria do planejamento estratégico e participativo que reconhece a complexidade dos problemas e enfatiza o diálogo gerador de compromissos e a negociação entre os agentes (internos e externos) da prática. A negociação entre grupos torna mais fácil o compromisso de todos com a concretização dos ideais.

Para isto, 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. Neste caso, a linguagem é apresentada como um “*medio de entendimiento (...) para negociar definiciones de la situación que puedan ser compartidas por todos*”.

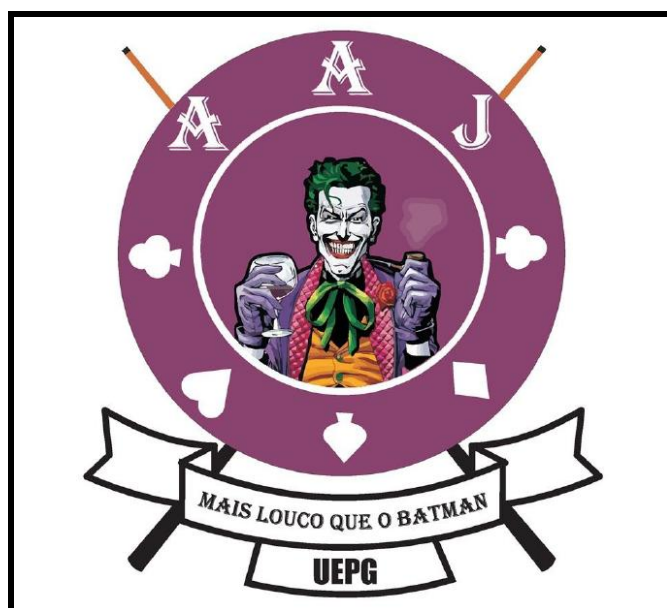
O modelo comunicativo de ação de Habermas (1987) tematiza a função interpretativa da linguagem com o objetivo expresso de não reduzir a ação social a operações interpretativas dos participantes. *"Con este modelo de acción se presupone que los participantes en la interacción movilizan expresamente el potencial de racionalidad (...), con el propósito, cooperativamente seguido, de llegar a entenderse"*.

Entendimento remete à noção de acordo racionalmente motivado ou processo cooperativo de interpretação da realidade, que se mede por sua pretensão de validade. "Pretensão de validade", por seu turno, caracteriza diversas categorias de um saber que se encarna em manifestações simbólicas que podem ser analisadas sob a perspectiva de sua fundamentação, mas também sob a perspectiva de como os atores as utilizam.

Pode-se dizer, em suma, que processos de mudança organizacional devem promover a inserção de indivíduos criativos em projetos coletivos. Mas, afinal, quais são os limites e possibilidades da governabilidade na construção de projetos coletivos se a burocracia profissional enfatiza o poder da perícia e as funções gerenciais, embora em ascensão no nível local como efeito da descentralização dos serviços públicos de saúde, não foram submetidas a um processo de profissionalização?

Perguntar sobre os limites e possibilidades de construção de projetos coletivos é perguntar, além disso, sobre os limites e possibilidades de se viver e trabalhar em grupo, o que remete à ambivalência que os indivíduos experimentam na relação com o grupo: satisfação de necessidades, mas também medos primitivos e frustração. Como regular tais processos, marcados pela ambiguidade, ambivalência e contradição?

Isso exige o amadurecimento das pessoas e pode acarretar a maximização das contradições, desviando o coletivo da sua motivação original. Daí a necessidade de algum líder capaz de encarnar as vontades e desejos do grupo (SÁ, 2001), mas há sempre o risco de o líder "ser mais louco que o Batman"...



Repetindo Paim (2002:426): *"a planificação não faz a revolução. Também não emancipa por si mesma, ainda que amplie espaços para a constituição de sujeitos coletivos. Apenas informa, forma, formaliza...(...). O coração da crise da planificação, conseqüentemente, não parece estar na sua teoria, nos seus métodos e em suas*

técnicas, mas no Estado, na sociedade, na política. A planificação, enquanto prática social, tem sua encruzilhada no centro dos vértices desse triângulo”.

“Em vez de reforçar a encruzilhada ou de aprisionar-se no triângulo de governo matusiano, por que não triangular a produção teórica, a experiência técnico-institucional e a militância para, considerando o ‘postulado da coerência’, fazer História? (...) A planificação, enquanto processo social, não se reduz a um método propriamente, mas propicia um cálculo, um raciocínio, um pensamento, um diálogo, enfim, a produção de fatos sociais. (...) Há que se recuperar e sublinhar, portanto, a sua dimensão de pensamento/agir estratégico-situacional e comunicativo, (...) descolonizando o mundo da vida invadido pela razão instrumental” (PAIM, 2002:428).

Nesses termos, agora repetindo Freud: Governar é uma prática no limite do impossível.

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.

FERLIE, E.; ASHBURNER, L.; FITZGERALD, L. & PETTIGREW, A. A NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM AÇÃO. Brasília: Editora UnB/ENAP, 1999, 468 p.

FERREIRA, Helder; CASSIOLATO, Martha; GONZALEZ, Roberto. UMA EXPERIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO PARA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS: O MODELO LÓGICO DO PROGRAMA SEGUNDO TEMPO. Brasília: IPEA, 47 p., 2009.

GUERRERO, André Vinicius Pires. AVALIABILIDADE DO PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NAS REGIÕES AMAZÔNIA LEGAL E NORDESTE DO BRASIL: DESCRIÇÃO DO PROGRAMA E CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO (Dissertação de Mestrado). Recife: Fiocruz, 2010.

HABERMAS J. RELACIONES CON EL MUNDO Y ASPECTOS DE LA RACIONALIDAD DE LA ACCIÓN EN CUATRO CONCEPTOS SOCIOLÓGICOS DE ACCIÓN. *In*: Habermas, J. Teoria da acción comunicativa I. Madrid, Taurus, 1987.

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.

RIVERA FJU; ARTMANN, E. PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE: CONCEITOS, HISTÓRIA E PROPOSTAS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

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.