

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

CONCEITOS, MÉTODOS E EXPERIÊNCIAS



Carmen Teixeira
Organizadora

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

CONCEITOS, MÉTODOS E EXPERIÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Naomar de Almeida Filho

Vice-Reitor

Francisco José Gomes Mesquita



Editora da Universidade Federal da Bahia

Diretora

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

Conselho Editorial

Ângelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninõ El-Hani

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

José Teixeira Cavalcante Filho

Alberto Brum Novaes

Suplentes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Cleise Furtado Mendes

Maria Vidal de Negreiros Camargo

EDUFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n

Campus de Ondina

40170-115 Salvador-BA

Tel: (71) 3283-6160/6164

edufba@ufba.br

www.edufba.ufba.br

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

CONCEITOS, MÉTODOS E EXPERIÊNCIAS

Carmen Teixeira
organizadora

EDUFBA 2010

© 2010 by Autores
Direitos para esta edição cedidos à Editora da Universidade Federal da Bahia
Depósito Legal na Biblioteca Nacional

Projeto Gráfico

Rodrigo C. Yamashita

Editoração (Arte Final)

George Cruz e
Rodrigo C. Yamashita

Normalização e Revisão

Tânia Nolasco

Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências / Carmen Fontes

Teixeira (organizadora). - Salvador : EDUFBA, 2010.

161 p.

ISBN 978-85-232-0707-6

1. Saúde - Planejamento - Brasil. 2. Política de saúde - Brasil. 3. Sistema Único de
de Saúde (Brasil). I. Teixeira. Carmen Fontes.

CDD - 362.10981

Editora filiada à:


ASOCIACION DE EDITORIALES
UNIVERSITARIAS DE AMERICA
LATINA Y EL CARIBE


Associação Brasileira
das Editoras Universitárias


Câmara Bahiana do Livro

AUTORES

Carmen Fontes Teixeira

Médica. Mestre em Saúde Comunitária. Doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora associada do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, na área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Médica. Mestre em Saúde Comunitária. Doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Docente do Programa de Pós-Graduação do ISC-UFBA na área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Medicina Social, com ênfase em Saúde da Família.

Marcelo Nunes Dourado Rocha

Odontólogo. Mestre em Saúde Comunitária pelo PPGSC-ISC-UFBA. Professor dos cursos de especialização em Planejamento em Saúde do ISC-UFBA. Professor da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Professor substituto do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

Sara Cristina Carvalho Cerqueira

Nutricionista. Mestre em Saúde Comunitária pelo PPGSC, ISC-UFBA. Professora dos cursos de especialização em Planejamento em Saúde do ISC-UFBA. Ex-assessora de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Assessora técnica da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde da SESAB.

Washington Luiz Abreu de Jesus

Médico. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Doutorando em Saúde Pública pelo PPGSC, ISC-UFBA. Professor auxiliar do Departamento de Saúde da UEFS, disciplina Medicina Preventiva e Social. Ex- Assessor especial de Planejamento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Coordenador de Projetos Especiais da SESAB e Coordenador do PlanejaSUS-Bahia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE	17
<i>Carmen Fontes Teixeira</i>	
CORRENTES DE PENSAMENTO NA ÁREA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL HOJE	33
<i>Carmen Fontes Teixeira, Ana Luíza Queiroz Vilasbôas e Washington Luiz Abreu de Jesus</i>	
PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO SUS	51
<i>Carmen Fontes Teixeira, Ana Luíza Queiroz Vilasbôas e Washington Luiz Abreu de Jesus</i>	
PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM SAÚDE: O CASO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR	77
<i>Sara Cristina Cerqueira, Marcelo Dourado Rocha e Carmen Fontes Teixeira</i>	
PLANEJAMENTO ESTADUAL EM SAÚDE: O CASO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	95
<i>Washington Luiz Abreu de Jesus e Carmen Fontes Teixeira</i>	
GLOSSÁRIO	117
<i>Carmen Fontes Teixeira</i>	

INTRODUÇÃO

A difusão das ideias e o desenvolvimento de esforços para a incorporação de práticas de planejamento no âmbito das organizações governamentais brasileiras começou a partir dos anos 40, com a elaboração de propostas, diagnósticos e até mesmo uma tentativa de elaboração de um Plano que contemplasse a racionalização do processo orçamentário como foi o caso do Plano SALTE, em 1948¹.

Estudiosos do tema, entretanto, enfatizam que o Plano de Metas do Governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), pela complexidade de suas formulações e pela profundidade do seu impacto, foi a primeira experiência de planejamento governamental efetivamente posta em prática no Brasil². Nos anos seguintes, o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965), que orientou a política econômica do Governo João Goulart, é considerado um acontecimento relevante, embora tenha fracassado em sua implementação³.

A partir de 1964, com a progressiva instauração do regime autoritário sob a condução dos militares, foram elaborados vários Planos, o primeiro dos quais o Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG) (1964-1966), cujo objetivo

¹LAFER, B. M. **Planejamento no Brasil**, São Paulo-SP, Editora Perspectiva, 1970, 186p.

²LAFER, B. M., op cit, p. 30.

³LAFER, B. M., op cit, p. 61.

central era o combate ao processo inflacionário da época. No governo Costa e Silva (1968-1970) foi elaborado o Plano Estratégico de Desenvolvimento (PED), que já apresentava uma concepção mais abrangente de planejamento, incluindo como objetivos fundamentais a aceleração do crescimento e o controle do processo inflacionário, contemplando, em termos de planejamento social, a ampliação da oferta de emprego.

A estratégia de desenvolvimento econômico adotado pelos militares gerou, como se sabe, o chamado “milagre brasileiro”, caracterizado pelo crescimento industrial, rápida urbanização a partir das migrações internas, e deterioração das condições de vida de grande parte da população brasileira, efeitos que se apresentaram, inclusive, nos indicadores sociais e de saúde, em particular.

Do ponto de vista do planejamento, é importante assinalar que o Governo do General Garrastazu Médici e posteriormente o Governo do General Ernesto Geisel foram o cenário dos Planos Nacionais de Desenvolvimento (I e II) que já mostram a incorporação de concepções derivadas da difusão do pensamento estratégico nesta área.

Especialmente o II PND enfatizava a necessidade de se investir no desenvolvimento social, o que gerou a elaboração e implementação de vários programas na área de Saúde, inclusive o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS⁴), talvez a primeira experiência de grande magnitude que articulou a programação de ações territoriais de “atenção primária à saúde” com participação da população das áreas rurais nordestinas na construção de soluções simplificadas de abastecimento de água e destinação dos dejetos, ao lado de ações de educação sanitária e assistência a grupos populacionais prioritários como o materno-infantil.

A segunda metade dos anos 70 foi também o cenário das lutas pela redemocratização do país, o que levou ao processo de “abertura política” a partir do Governo do General João Batista Figueiredo, período em que eclodiu, inclusive, a crise do setor saúde, largamente analisada por vários

⁴ Teixeira, C. F. e Silvano Neto, A., *PLASS: uma alternativa para a crise?* Texto elaborado para a disciplina Política de Saúde, Mestrado em Saúde Comunitária, UFBA, Salvador, Bahia, 1979, 23p.

estudiosos da área. O importante a destacar, do ponto de vista do planejamento, é que esse contexto favoreceu a elaboração de um conjunto de propostas de reforma do setor, como é o caso de PREV-SAÚDE, não implantado, e posteriormente as Ações Integradas de Saúde (AIS), cuja implantação constituiu um embrião do que veio a ocorrer posteriormente com a implantação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS), já no contexto de transição democrática, no Governo de José Sarney⁵.

O fato é que, na área de Saúde, a organização e fortalecimento do Movimento pela Reforma Sanitária, que viria a se consolidar na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e com a incorporação dos seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988, base das Leis orgânicas do SUS, aprovadas em 1990⁶, configurou-se uma situação bastante favorável ao desenvolvimento do planejamento em saúde nas organizações públicas, quer no que diz respeito à incorporação das concepções e métodos para a formulação de políticas, planos e projetos, quer no que diz respeito à disseminação de métodos, técnicas e instrumentos de programação de ações e serviços de saúde em vários níveis de complexidade organizacional.

Apesar das dificuldades enfrentadas para a efetiva institucionalização do planejamento na cultura organizacional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e até mesmo no âmbito do Ministério da Saúde, instituições marcadas pelo patrimonialismo, clientelismo e amadorismo gerencial em muitos setores, as concepções e propostas metodológicas do planejamento em saúde passaram a ser difundidas, experimentadas, criticadas e aperfeiçoadas, notadamente a partir da intensificação do processo de construção do SUS, através da implementação da Municipalização das ações e serviços de saúde⁷.

Paralelamente a este processo, e de certo modo alimentado por ele, se ampliou e diversificou o debate em torno de concepções teóricas e propostas metodológicas da área de Planejamento em Saúde no âmbito acadêmico,

⁵ Paim, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*, Salvador/ Rio de Janeiro, Edufba, Fiocruz, 2008.

⁶ Leis 8080 e 8142.

⁷ NOB 93 e NOB 96.

processo que vinha se desenvolvendo de forma incipiente em alguns poucos centros de pesquisa e pós-graduação desde os anos 70 do século passado. De fato, os estudos iniciais, cursos e investigações realizadas por docentes da Escola Nacional de Saúde Pública, em interlocução com pesquisadores da USP e UNICAMP e da UFBA, subsidiaram processos de planejamento e programação de saúde durante toda a década de 80, cabendo destacar, inclusive, a experiência de implantação dos Distritos Sanitários⁸, onde se tratou de desenvolver um processo de planejamento e programação que adotava o enfoque estratégico-situacional⁹.

Com a implantação do SUS, entretanto, desdobrou-se um conjunto significativo de trabalhos realizados por pesquisadores de vários centros acadêmicos do país, que realizam, inclusive, cursos e consultorias a instituições gestoras do SUS, o que contribui para configurá-lo como um grande “laboratório” onde são testadas, validadas ou rejeitadas propostas conceituais e metodológicas de planejamento, programação, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde.

A acumulação de experiências e o desenvolvimento da reflexão acerca das práticas do planejamento no SUS geraram, na conjuntura mais recente, já no Governo Lula, a elaboração, no âmbito da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, de uma estratégia para a organização do chamado “sistema de planejamento do SUS” – PLANEJASUS¹⁰, cujo objetivo é criar condições para a articulação dos processos de planejamento nas três esferas de governo. Nesse sentido, contempla a produção de materiais de apoio ao processo de planejamento e a capacitação em larga escala dos dirigentes e técnicos envolvidos com este processo nas três esferas de gestão do SUS.

O Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, através de uma equipe de docentes e pesquisadores que trabalham na área de Política, Planejamento, Gestão e

⁸ Mendes, E. V., Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, São Paulo/ Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1993, 300p.

⁹ Teixeira, C. F., Planejamento e programação situacional em distritos sanitários. In: Mendes, E. V. (org.), Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, São Paulo/ Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1993, p. 237-265.

¹⁰ Ver www.saude.gov.br

Avaliação em saúde, têm participado ativamente dos esforços do PLANEJASUS, responsabilizando-se, inclusive, por um curso de capacitação que já alcançou uma cobertura de mais de 1800 profissionais de todas as regiões e estados do país, experiência atualmente desdobrada em um curso de especialização que está sendo realizado em três estados e no Distrito Federal (para profissionais do MS).

Com isso, se estabeleceu um processo bastante rico de revisão e sistematização dos enfoques teórico-metodológicos na área de planejamento em saúde na América Latina e Brasil, bem como na seleção de métodos, técnicas e instrumentos que foram disponibilizados para os participantes dos cursos visando contribuir para o aperfeiçoamento de suas práticas nos diversos níveis de governo (MS, SES e SMS).

Nesse processo, foi possível à organizadora desta coletânea resgatar parte significativa da sua produção acadêmica na área de planejamento em saúde nos últimos 20 anos, o que se constituiu também o ponto de partida para a elaboração do conteúdo dos diversos capítulos em parceria com pesquisadores e docentes que se constituíram em companheiros de trabalho ao longo desse período.

Cabe destacar, particularmente, a oportunidade configurada pelo acordo de cooperação técnica firmado entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), que se constituiu no estímulo maior à sistematização da experiência dos autores, tendo em vista o interesse dos seus dirigentes em fazer avançar o processo de institucionalização das práticas de planejamento no SUS por meio da formação em larga escala dos seus quadros em níveis estadual e regional.

Em vista disso, este livro contempla, em primeiro lugar, uma breve revisão dos enfoques teóricos desenvolvidos na área de planejamento em saúde no contexto latino-americano, levando em conta que esta área tem sido um espaço privilegiado de incorporação do debate acerca dos aspectos políticos do planejamento na esfera pública, superando, portanto, o viés economicista ainda prevalente nos debates neste campo.

Em seguida, identifica e discute a contribuição advinda do desenvolvimento de distintas correntes de pensamento na área de Planejamento em saúde no âmbito das instituições acadêmicas do campo da Saúde Coletiva no Brasil. Nessa perspectiva, enfatiza o debate acerca dos elementos que compõem o ciclo da política e descreve as abordagens teórico-metodológicas propostas por diversos autores que atuam no espaço de experimentação e reflexão constituído no processo de construção do Sistema Único de Saúde.

Com base nessa reflexão, trata de apresentar uma proposta que pode subsidiar a prática do planejamento nas diversas instituições gestoras do SUS, considerando que esta deve ser flexível o suficiente para permitir a adaptação do processo de planejamento à diversidade de problemas, necessidades e demandas, bem como à heterogeneidade das capacidades gerenciais e organizacionais dos órgãos responsáveis pelas ações de saúde nas diversas regiões e estados do país.

Cabe registrar que tal proposta incorpora contribuições de distintas correntes de pensamento na área, tomando como eixo o enfoque estratégico-situacional, dada a sua pertinência para o desenvolvimento de práticas de planejamento que combinem a dimensão macro-organizacional, sistêmica, com a participação intensiva, em nível micro, dos diversos atores envolvidos em cada um dos momentos do processo.

Os capítulos seguintes trazem o relato de duas experiências em que tais referenciais, métodos e instrumentos foram utilizados como ponto de partida para a organização do processo de planejamento de saúde nos níveis estadual (SESAB-BAHIA) e municipal (SMS-Salvador) do SUS. Além de descrever o processo de planejamento em cada uma dessas instituições, levando em conta o contexto político-institucional vigente na época, cada capítulo trata de problematizar os limites e discutir as possibilidades de institucionalização do planejamento como parte do processo de aperfeiçoamento da capacidade de governo das secretarias de saúde no momento atual.

Finalmente, acrescentamos ao conteúdo deste livro um glossário de termos mais comumente utilizados pelos pesquisadores da área, com o intuito de

facilitar a difusão das concepções revisadas neste trabalho e a construção de um consenso entre os dirigentes e técnicos que se envolverem na elaboração de planos, programas e projetos na área de saúde, particularmente no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde.

Carmen Teixeira

Verão de 2010

ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Carmen Fontes Teixeira

Planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

O interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nessa perspectiva, a realização de campanhas sanitárias e posteriormente a elaboração de programas de controle de doenças podem ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento.

Somente com o grande desenvolvimento científico e tecnológico observado na segunda metade do século passado e as transformações decorrentes na prestação de serviços, com a organização de redes e sistemas de serviços de saúde, é que a prática do planejamento tornou-se uma necessidade reconhecida amplamente, gerando o interesse de organismos internacionais de cooperação técnica, a exemplo da OMS, em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde.

Na região das Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde desempenhou um papel fundamental, já no início dos anos 60, no século passado, ao patrocinar a elaboração do método CENDES-OPS, considerado pelos estudiosos da área o marco de desenvolvimento de um pensamento próprio, ou seja, do surgimento de um pensamento sobre a especificidade do planejamento na área de saúde. Tomando a emergência de um saber específico na área como marco do desenvolvimento conceitual e metodológico nesse campo, estes estudiosos costumam periodizar esse processo em função do surgimento de novos enfoques ou desdobramentos dos existentes, orientação seguida nessa revisão.

O MÉTODO CENDES-OPS

A prática de programação em saúde foi inaugurada na América Latina com a elaboração do método CENDES-OPS (OPS, 1965), cujo eixo central era a busca da transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo social e, especificamente, para a saúde. Marcado fundamentalmente pelo viés economicista, o método CENDES-OPS, entretanto, buscava aproximar-se da especificidade do setor saúde, basicamente em sua proposta de diagnóstico. Esta constitui uma ampla aplicação da visão ecológica do processo saúde-doença, incluindo variáveis próprias do ambiente físico, biológico e social, além das exclusivamente sanitárias.

Considerando o saber epidemiológico disponível naquele momento, o método CENDES-OPS propunha, para o diagnóstico de saúde, a construção dos

indicadores do nível de saúde a partir do levantamento e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, enfatizando a identificação, descrição e quantificação de variáveis populacionais, como uma primeira e imprescindível etapa para o conhecimento das principais doenças e agravos à saúde que atingem uma determinada população, os grupos mais afetados, as faixas etárias mais atingidas e os riscos mais relevantes.

Este enfoque era basicamente descritivo, fundamentado no levantamento de informações que permitissem a construção de indicadores de saúde, sem que se questionassem as limitações desses indicadores, tanto como descritor da realidade de saúde, quanto pela dificuldade intrínseca em explicar a situação epidemiológica encontrada. Entretanto, havia uma preocupação explícita por parte dos formuladores do método CENDES-OPS: o diagnóstico não se limitaria à descrição das condições sanitárias na coletividade, mas se empenharia em identificar os fatores que permitissem sua explicação. Além disso, o método CENDES-OPS introduziu a ideia de prognóstico, entendido como uma das atividades características da fase diagnóstica da programação. Assim, chamava a atenção para a necessidade de se preparar projeções sobre a importância numérica da população no futuro, sua composição por idades, sua distribuição em zonas urbanas e rurais, as taxas de mortalidade para cada uma das enfermidades mais importantes e a demanda por serviços sanitários (HILLEBOE, 1973).

Apesar das limitações apontadas, que caracterizam o método CENDES-OPS como a expressão do enfoque “normativo” na área de saúde, alguns dos seus pressupostos e métodos continuam válidos até hoje, ainda mais quando se trata de desenvolver um processo de programação de ações e serviços que tenha como objetivo central a racionalização de recursos escassos. Nesse sentido, podemos identificar a influência do método CENDES em propostas metodológicas de programação utilizadas no âmbito do SUS, particularmente no que tange à programação da oferta de serviços realizada a partir da negociação, atualmente “pactuação” entre prestadores públicos e privados que atuam em um determinado território, municipal ou regional (ROLIM, 2003).

A PROPOSTA DO CPPS

Um marco inaugural do debate acerca da formulação de políticas de saúde na América Latina foi a elaboração de um documento intitulado *Formulación de Políticas de Salud*, em 1975, sob os auspícios do CPPS. Segundo a concepção adotada neste documento, a formulação de políticas pode ser entendida como um “processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar, os meios através dos quais se deverá atuar para alcançá-los e a enunciação de ambos em termos claros e precisos” (OPS; CPPS, 1975, p. 35).

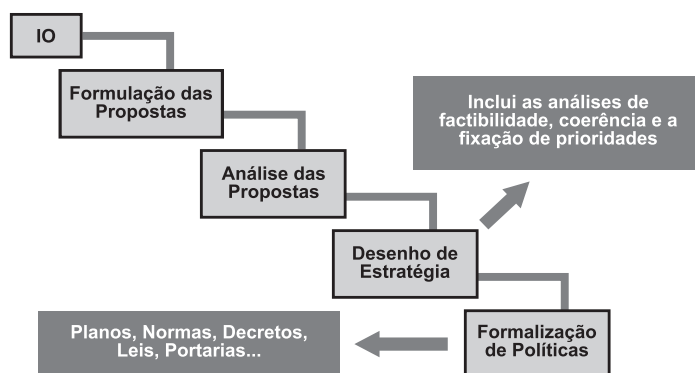
O documento se estrutura em quatro capítulos: 1º) Introdução aos conceitos de política e processo político; 2º) Sistemas de serviços de saúde, política e planejamento; 3º) Um esquema para a formulação de políticas de saúde; 4º) Áreas sujeitas à política. O capítulo 3º, dedicado especificamente ao processo de formulação de políticas, inicia com a seguinte afirmação: “é extremamente difícil propor um procedimento ou uma sequência que satisfaça a todos aqueles que têm a responsabilidade de formular políticas de saúde, ou ainda, que satisfaça totalmente a alguns” (OPS; CPPS, 1975, p. 35). Apesar disto, sugere um esquema que se propõe a traduzir e interpretar o *modelo mental sequencial* que se considera ser o estilo intelectual que o *político* utiliza na formulação de políticas de saúde (OPS; CPPS, 1975, p. 35).

Essa sequência inclui a elaboração de uma *Imagem-Objetivo*, entendida como “uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada” (OPS; CPPS, 1975, p. 38). A ideologia e o conhecimento da situação de saúde são elementos básicos para a formação da imagem-objetivo, os quais permitem identificar as áreas problema que devem ser consideradas. Desta forma, a etapa da caracterização da ‘situação inicial ou diagnóstico de situação’ pode ser considerada uma etapa anterior à formulação da *Imagem-Objetivo* (IO).

Em seguida, desenvolve-se a “*Formulação preliminar* de proposições políticas”, etapa na qual se estabelecem os objetivos que se pretende alcançar, determinando prazos e selecionando os meios para alcançá-los; partindo

sempre da situação presente. Essas proposições podem surgir a partir da *Imagem-Objetivo* ou até mesmo da situação presente. Posto isso, passa-se à *Análise das proposições*, propondo-se três tipos de análise: coerência, factibilidade e viabilidade, as quais subsidiam o processo de elaboração das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos, encerrando-se o processo com a *Formalização de políticas*, em documentos institucionais como leis, decretos, portarias, planos, programas ou projetos.

Esquema Geral de Formulação de Políticas



Fonte: OPS, CPPS, 1975.

FIGURA 1 – Diagrama do processo de formulação de políticas

Apesar da utilidade que um esquema desse tipo pode ter para orientar processos reais de formulação de políticas, vários autores têm chamado a atenção para as limitações dessa proposta. Como exemplo, podemos citar o estudo de revisão feito por Kelly e Palumbo (1992), no qual se comenta que “o ciclo de políticas tem sido criticado em sua base ao apresentar uma ordem sequencial do processo de formulação de políticas quando de fato esse processo é complicado e interativo”.

Na literatura brasileira da área destaca-se a análise crítica feita por Rivera (1989, p. 158), que aponta duas grandes limitações na proposta metodológica do CPPS: a) o tratamento estanque concedido às diferentes etapas ou formas de análise, quando, em verdade, o processo político é interativo, com várias fases acontecendo repetidas e simultaneamente e se imbricando mutuamente;

b) o fato da proposta do CPPS assumir que o único ator facultado a elaborar uma *imagem-objetivo* é a autoridade política, quando, no entanto, todos os atores políticos e sociais têm essa capacidade.

A proposta do CPPS toma como objeto de planejamento não mais o nível local do setor saúde, unidade programática de produção de serviços voltada à melhoria do nível de saúde de uma dada população recortada no espaço geográfico e político-administrativo de um país, mas sim o sistema de saúde, entendido como uma unidade complexa formada por três níveis: além da base produtiva, denominada nível técnico-operacional, nível político-administrativo e nível técnico-normativo. A planificação de saúde, assim, não se restringe à programação de serviços, mas se amplia com a definição de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema, quais sejam, gestão, financiamento, organização dos serviços e infraestrutura de recursos físicos, humanos e materiais.

Apesar das diferenças entre uma proposta metodológica e outra, no que se refere à fundamentação teórico-metodológica, da microeconomia à ciência política, a utilização da Epidemiologia continuou restrita a um dos níveis do diagnóstico, que reproduzia, em escala ampliada, o esquema lógico do método CENDES-OPS. De fato, a primeira etapa do processo de formulação de políticas de saúde deveria contemplar a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como o perfil da demanda social, sem que, entretanto, se proponha métodos e técnicas específicas para tal.

Desdobramentos posteriores realizados por técnicos que trabalhavam na perspectiva oferecida por este enfoque trataram de caracterizar diferenças entre necessidades sentidas e não sentidas como forma de distinguir, inclusive, os determinantes da demanda aos serviços de saúde e abrir a possibilidade de se planejar e programar ações que estariam voltadas à prevenção de problemas previsíveis, porém não explícitos, o que remete à difusão das concepções do chamado enfoque de risco, que começava a ganhar espaço no seio das organizações internacionais de financiamento e assessoria técnica aos governos da região.

Os estudos sobre necessidades de saúde e a elaboração de propostas metodológicas para apreendê-las no âmbito do processo de planejamento em saúde foram desenvolvidos, ao final dos anos 70, no bojo das iniciativas desencadeadas com a *Estratégia Saúde para Todos - SPT 2000*, configurando um enfoque que tenta se aproximar do conceito de necessidades de saúde através das condições de vida, assumindo uma divisão da sociedade em grupos humanos diferenciados segundo diferentes níveis de postergação ou atraso social (RIVERA, 1988).

A questão mais importante, portanto, consistia na identificação dos grupos humanos postergados como decorrência da desigual distribuição da renda social. Esta identificação envolve um processo que parte da definição de espaços geográficos pequenos, dando conta de grupos humanos socialmente homogêneos, e posterior aferição das condições de vida, mediante utilização de indicadores sociais e econômicos, e das condições de saúde (indicadores de morbi-mortalidade), de maneira a validar ou rejeitar a hipótese da identidade entre espaço geográfico e concentração de grupos sociais diferenciáveis.

As críticas a este procedimento metodológico incluem desde a dificuldade operacional de identificação de espaços geográficos suficientemente pequenos para sediar uma população homogênea até o tipo de indicador utilizado para aferir as condições de vida (renda, disponibilidade de serviços, etc.), pelo fato de expressarem a situação dos grupos populacionais em relação ao consumo e não no que diz respeito à sua inserção na estrutura de produção e, finalmente, a correlação questionável entre acessibilidade aos serviços de saúde e condições de vida (RIVERA, 1988).

Apesar dessas limitações, vale ressaltar a contribuição desse enfoque no tocante à definição de grupos humanos prioritários e problemas de saúde prioritários pela via de aproximação ao conceito de necessidades sociais, bem como ao uso da análise de risco, em um sentido ampliado, na definição das categorias de problemas e na formulação das estratégias de intervenção (RIVERA, 1988). O recurso à delimitação espacial de grupos homogêneos e a utilização do enfoque de risco, a essa altura em desenvolvimento no campo da Epidemiologia, evidenciam a busca de ampliação do objeto de saber/

intervenção no âmbito do planejamento em saúde, ainda que inserida na concepção ecológica simplista do processo saúde-doença.

A CONTRIBUIÇÃO DE MÁRIO TESTA

Partindo da “matriz” original do planejamento estratégico em saúde configurada pela proposta do CPPS, identifica-se na literatura latino-americana outro desdobramento, representado pelo “pensamento estratégico”, formulado por Mário Testa, cuja reflexão toma como ponto de partida a crítica à valorização da análise da problemática do Poder e suas formas de expressão e materialização nas relações entre os diversos atores sociais que atuam no processo político configurado no “setor saúde” (TESTA, 1989, 1992).

Tomando como ponto de partida a definição de “política” como “uma proposta de distribuição do poder” e a definição de estratégia como uma “forma de implementação de uma política” (TESTA, 1989, p. 85), elaborou-se uma tipologia do poder em saúde, distinguindo-se o poder político do técnico e administrativo. O poder administrativo corresponde às atividades e processos que implicam o manejo de recursos, o poder técnico se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde, e o poder político, que expressa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor (TESTA, 1995).

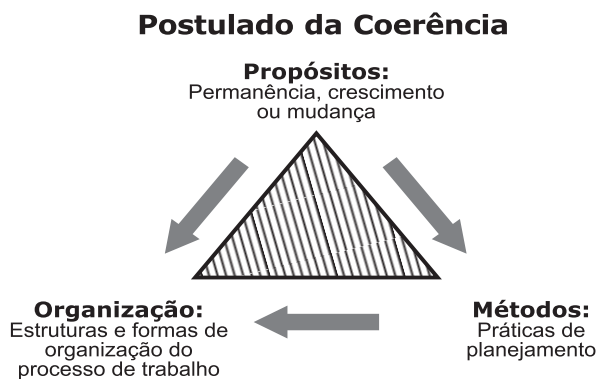
A partir dessa reflexão, o referido autor elaborou sua concepção acerca da “estrutura de poder no setor saúde”, que é bastante interessante como ponto de partida para o mapeamento e análise das posições político-ideológicas dos diversos atores que se envolvem com o processo político em saúde. Nessa perspectiva, Testa aponta diversos “âmbitos”, isto é, os espaços sociais e institucionais nos quais se inserem os atores políticos, a exemplo da “administração central”, os “serviços de saúde” e a “academia”.

Desenvolvendo essas ideias, podemos pensar na identificação dos diversos espaços de poder (formal e real) que se apresentam no âmbito das instituições de saúde, distinguindo o tipo de poder exercido pelos distintos atores em função de suas posições na estrutura do “setor”. Redefinindo, também, a

noção de “setor” utilizada por Testa, podemos pensar na complexa rede de instituições (públicas e privadas) que compõem um sistema de saúde como o que se configura em nossa sociedade.

Desse modo, cabe distinguir instituições de acordo com a função que exercem no sistema, por exemplo, instituições gestoras, prestadores de serviços, produtoras de insumos ou instituições responsáveis pela produção de conhecimento e formação de pessoal em saúde, como é o caso dos institutos de pesquisa, universidades e escolas técnicas de saúde, genericamente conhecidas, em nosso meio, como representantes da “academia”.

No bojo de sua reflexão sobre o poder e as estratégias de ação em saúde, Testa sistematizou o chamado “Postulado de Coerência”, diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado “projeto” que explicita os propósitos de um dado Governo, os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais (TESTA, 1992).



Fonte: Testa, 1992.

FIGURA 2 – O Postulado da Coerência de Mário Testa

A importância do postulado da coerência prende-se ao fato de se constituir em um modelo de análise que pode ser aplicado ao estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde. Nesse sentido, pode-se

realizar uma “análise de coerência” entre os propósitos de um determinado Governo (anunciados, por ex., através dos Planos e programas de governo), os métodos de trabalho utilizados (entendidos amplamente como métodos e tecnologias de gestão de políticas, inclusive os enfoques adotados para o planejamento, programação e avaliação de planos, programas e projetos) e a organização (entendida enquanto modelo organizacional das instituições do setor), cujo conjunto pode configurar-se como favorável ou desfavorável à formulação e à implementação de uma determinada política.

Testa (1995) propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, considerando o setor saúde inseparável da totalidade social, o que significa considerar tanto a situação de saúde de uma população quanto a organização setorial como fenômenos socialmente determinados. Seu interesse pelo comportamento dos atores sociais e a ênfase que ele dá à análise das relações de poder e à compreensão das práticas de saúde resulta em um novo modo de pensar que enfatiza a formação de sujeitos sociais para o desenvolvimento de ações políticas em saúde.

Em suma, a análise crítica do planejamento em saúde e a reflexão sobre a realidade política latino-americana desenvolvida por Mario Testa ao longo dos últimos 40 anos nos oferecem elementos não só conceituais, mas também metodológicos, a exemplo do “postulado da coerência”, que podem ser utilizados como ponto de partida para a definição de modelos de análise de processos políticos específicos, como é o caso da formulação de planos e programas de saúde.

O ENFOQUE SITUACIONAL DE CARLOS MATUS

Ainda no final dos anos 70 e, principalmente, durante a década de 80, desenvolveu-se o enfoque situacional, vertente representada pela contribuição de Carlos Matus, economista chileno que desenvolveu uma reflexão abrangente sobre Política, Planejamento e Governo (MATUS, 1993), título de uma das suas obras mais difundidas no Brasil, especialmente na área de saúde, onde o autor tem sido largamente utilizado em cursos e consultorias, além de inspirar estudos e pesquisas acadêmicas.

A proposta conceitual e metodológica de Matus (1993) toma como ponto de partida a noção de **situação**, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. **Problema** é definido por esse autor como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um **ator social**. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. Por sua vez, ator social é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação.

A concepção situacional do planejamento, segundo Matus (1993), reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los.

O enfoque situacional foi originalmente proposto como uma teoria geral da planificação, passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. A formulação teórica da planificação situacional, portanto, é aplicável a qualquer caso onde haja uma situação de conflito e onde um ator possa agir democraticamente.

Agir num espaço democrático possibilita ao ator, pelo menos em teoria, uma intervenção racional sobre a realidade. Segundo Matus (1993), a planificação situacional, como formulação teórica, parte de uma indicação que compreende um espaço de relações de produção social somente compreensível se quem indica está dentro do espaço indicado. Além disso, segundo ele, a indicação do ator não está motivada pelo mero propósito de conhecer, mas também de atuar e alterar a realidade compreendida no espaço indicado.

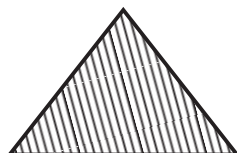
Um dos elementos centrais da obra de Matus é o desenvolvimento da “ciência e das técnicas de governo” que possam contribuir para o aumento da capacidade de governo dos Estados latino-americanos. Para ele, governar é algo muito complexo que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar se requer cada vez mais certo domínio teórico

sobre os sistemas sociais. Para o autor, governar exige articular constantemente três variáveis: *projeto de governo*, *capacidade de governo* e *governabilidade do sistema*, cuja articulação compõe o *triângulo de governo* (MATUS, 1997).

Matus: Triângulo de Governo

Projetos de Governo:

Conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe realizar para alcançar seus objetivos



Governabilidade:

Graus de liberdade/exigência do ator para a ação no governo

Fonte: Matus, 1997.

Capacidade de Governo:

Capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator

FIGURA 3 – O Triângulo de Governo de Carlos Matus

O *projeto de governo* se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo estes produtos não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, como também da sua capacidade de governo. A *capacidade de governo* diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. Quanto à *governabilidade do sistema*, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema (MATUS, 1997).

Matus (1993) afirma que uma das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo é o domínio de técnicas potentes de planificação e que a capacidade de governo se expressa na capacidade de direção, gerência e administração e controle. Nessa perspectiva, o autor desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada “Planejamento Estratégico Situacional” (PES) aplicável em casos onde

existam governos democráticos e que por isso os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado (MATUS, 1989, 1993).

O PES, proposta geral complementada posteriormente com outros métodos que constituem a chamada “trilogia matusiana” (SÁ; ARTMANN, 1994), fundamenta-se em um arcabouço teórico que enfatiza o conceito de *situação* e contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos *momentos* do processo de planejamento, quais sejam, o “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático-operacional”. O primeiro implica a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação. O segundo contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, com o desenho dos Módulos Operação-Problema contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas. O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano.

Cabe destacar que a noção de momento rompe com a ideia de etapas sequenciais do planejamento, em que, a partir do conhecimento estruturado sob uma dada realidade, são definidas as ações e as estratégias para torná-las viáveis, finalizando com a identificação de indicadores capazes de medir o desenvolvimento das propostas no limite temporal previsto para tal processo. A noção de momento indica que essas etapas se desenvolvem, na realidade, de modo simultâneo, em que apenas há o predomínio de um momento sobre o outro.

A construção da análise da situação, por exemplo, faz parte do momento explicativo, porém está fundamentada numa ideia de futuro que se pretende alcançar (momento normativo), e, ao mesmo tempo, é uma forma de avaliar o momento presente (momento tático-operacional), a partir de determinadas normas consideradas adequadas (momento normativo) para enfrentar os problemas prioritizados.

EXPLICATIVO	NORMATIVO	ESTRATÉGICO	TÁTICO-OPERACIONAL
Situação	Direcionalidade	Viabilidade	Ação - Operação
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação • Descrição • Explicação de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cenário • Definição Situação-objetivo • Análise de coerência 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de estratégias: Cooperação / conflito • Análise de viabilidade: decisão, operação, permanência 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda do dirigente; • Gerência de operações; • Sistema de "prestação de contas" (monitoramento e avaliação)

Quadro 1 – Conceitos e processos dos momentos do Planejamento Estratégico-Situacional

O enfoque estratégico-situacional traz algumas consequências importantes para o ato de planejar (MATUS, 1993; VILASBÔAS, 2004):

- O ator social que planeja faz parte da realidade a ser planejada. Não é um observador externo e nem o único presente naquela situação. Outros atores também estão presentes e planejam. Não há garantia de controle sobre uma determinada situação planejada, porque a ação de cada ator depende da ação dos outros.
- Há várias explicações sobre uma mesma situação. Elas dependem dos conhecimentos e dos interesses de cada ator naquele contexto. Assim, nenhuma das explicações está certa ou errada. Assim, é preciso, também, conhecer a explicação do outro para analisar uma determinada situação.
- A capacidade de agir sobre uma determinada situação varia de ator para ator e condiciona as possibilidades de sucesso de um plano. Não é suficiente elaborar um conjunto de propostas de ação. É necessário construir a viabilidade das ações, isto é, a possibilidade de sua execução, considerando as capacidades de todos os atores envolvidos naquela situação.

Pode-se concluir que, na perspectiva do enfoque estratégico-situacional, a atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade implica num esforço de entendimento entre os diversos atores sociais ali presentes, de modo a permitir uma explicação abrangente sobre uma dada situação e sobre as formas de intervir sobre os problemas, de modo a resolvê-los ou controlá-los. Este enfoque vem sendo incorporado ao debate, à reflexão e ao processo de elaboração metodológica da planificação em saúde por vários estudiosos e técnicos em diversos países, inclusive no Brasil, como veremos a seguir.

REFERÊNCIAS

CPPS (Centro Panamericano de Planificación de la Salud). OPS. **Formulación de Políticas de Salud**. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Santiago, Chile, Julio, 1975.

HILLEBOE, H. et al. El método CENDES-OPS. In: Métodos de planificación sanitaria nacional. **Cuadernos de Salud Pública**, 46, Washington D.C., 1975.

MATUS, C. **Política y Plan**. IVEPLAN, Caracas, Venezuela, 1982. 186p.

_____. **Planificación, Política y Gobierno**. OPS, Washington D. C., 1987. 768p.

_____. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico-Situacional. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde**. Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. Vol. 2, 222p.

_____. Fundamentos da Planificação situacional. In: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ ABRASCO, 1989. p. 107-123.

_____. **Política, planificação e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554.

_____. **Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma**. Caracas: Fundación ALTADIR, 1997. 261p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD/OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. **Publicación Científica**, n. 111, 1965.

RIVERA, F. J. U. **A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico**. n. 5. Brasília, OPS, 1988. 31p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde).

RIVERA, F. J. U. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. 1989. In: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 13-55.

RIVERA, F. J. U. Por um Modelo de Formulação de Políticas de Saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. 1989. In: RIVERA, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 153-176.

ROLIM, L. F. **Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica**. 123fls. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, 2003.

SÁ, M. C.; ARTMANN, E. Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local. In: MENDES, E. V. (org.). **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. Brasília, OPS/Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde/ Representação do Brasil, 1994. p. 19-44.

TESTA, M. Mário Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. 1989. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde**. Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. Vol. 2, 222p.

_____. O Diagnóstico de saúde. In: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 59-76.

_____. Tendências em Planificação. In: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 77-104.

_____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. 226p.

_____. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.

CORRENTES DE PENSAMENTO EM PLANEJAMENTO DE SAÚDE NO BRASIL

Carmen Fontes Teixeira

Washington Luiz Abreu de Jesus

INTRODUÇÃO

No Brasil, existe uma experiência acumulada sobre a produção teórico-metodológica do planejamento e programação em saúde que se constituiu como importante suporte ao processo de formulação e implementação de políticas públicas setoriais. O debate teórico e a experimentação prática presente neste campo atualmente são influenciados, por um lado, pelo desenvolvimento científico que ocorre nas ciências políticas, na administração de saúde e na economia sanitária, e, por outro, pelo processo de reforma do sistema de serviços de saúde em curso no país, cujo eixo tem sido, nos últimos 20 anos, a organização do Sistema Único de Saúde – SUS.

De fato, podemos considerar que a partir do enfrentamento de certos “desafios da prática”, aulas, conferências e textos elaborados por vários pesquisadores¹¹ da área como fruto de pesquisas ou consultorias vêm fomentando a incorporação de noções e conceitos oriundos das propostas conceituais e metodológicas revisadas anteriormente na cultura organizacional das instituições gestoras do sistema de saúde, notadamente a partir da segunda metade dos anos 80, quando se criaram condições políticas favoráveis à

¹¹ Ver, por exemplo, a produção de Jairnilson Paim (UFBA), Eurivaldo Sampaio (FSP-USP), Antonio Sergio Arouca, Mario Hamilton, Adolfo Chorny, Javier Uribe Rivera (ENSP), Elizabeth Artmann, Marilene Castillo Sá, Hésio Cordeiro, (UERJ), Eugenio Vilaça Mendes (ESP-MG), Sonia Fleury, Ana Luiza Viana, Eduardo Levcovitz, Paulo Elias, Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy, Luís Cecílio, Ricardo Burg Ceccim e outros.

institucionalização das práticas de planejamento e programação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Com isso, foram se desenvolvendo “correntes de pensamento” na área, materializadas na produção científica de vários autores inseridos em distintos espaços acadêmicos, cuja influência vem se estendendo na medida da difusão e incorporação à prática institucional em diversas conjunturas políticas configuradas nas esferas nacional, estadual e municipal.

O primeiro mapeamento dessas correntes foi feito em trabalho pioneiro de Merhy (1995), retomado por Rivera e Artmann (1999), que identificaram a existência de quatro vertentes desenvolvidas por pesquisadores situados, respectivamente, na ENSP, USP, UNICAMP e ISC-UFBA.

Tomando por base um estudo recente acerca do “estado da arte” na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006), é possível ampliar o leque das correntes de pensamento identificadas nesta área, de modo a incluir os estudos sobre Políticas de saúde, fundamentados, em sua maioria, no debate acerca dos elementos que compõem o ciclo da política, as vertentes do debate acerca do Planejamento propriamente dito, os estudos que tomam como objeto a problemática da Gestão, bem como uma tendência recente à “autonomização” da linha de pesquisa na área de Avaliação de sistemas e serviços de saúde.

A identificação dos diversos enfoques teóricos e das propostas metodológicas elaboradas por esses grupos foi objeto de um trabalho anterior (TEIXEIRA, 2002) que buscou analisar a possibilidade de articulação de algumas das ideias dos diversos autores, tendo como perspectiva o desencadeamento de processos de mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Essa possibilidade ainda nos parece válida quando pensamos a construção de referenciais para a prática de formulação de políticas e planejamento das ações de saúde que leve em conta as múltiplas dimensões envolvidas nesse processo (sujeitos, concepções, métodos, organizações, etc.). Considerando os objetivos desse texto, nos restringimos a seguir a revisão do debate acerca dos processos de formulação de políticas e as vertentes do debate sobre planejamento.

ABORDAGENS TEÓRICAS AO ESTUDO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao longo do desenvolvimento dos estudos sobre a formulação e implementação das Políticas Públicas, algumas “teorias”, ou melhor, “abordagens” teóricas, foram sendo formuladas, podendo-se destacar a teoria de seleção racional, o incrementalismo, a análise de sistemas, o ciclo da política pública, a política da burocracia, a “coalizão de defesa” e a teoria da seleção pública (KELLY; PALUMBO, 1992; CHAVES, 1999; PINTO, 2004; SOUZA, 2007).

A teoria do ciclo da política, sem dúvida, é a que tem obtido maior difusão, funcionando como uma espécie de “matriz teórica” em torno da qual se desenvolve um conjunto de trabalhos que tentam complementar ou retificar alguns dos seus pressupostos básicos. Revisão feita por Viana (1996) indica o conjunto de autores, como Kingdon (1984), Van Der Graaf e Van Ijk (1985), Schneider (1971) e Anderson (1975), que têm aportado contribuições a essa abordagem, apontando as fases ou etapas que compõem o processo: a) determinação da agenda; b) formulação e legitimação da política; c) implementação da política; d) avaliação da política.

As críticas com relação a essa abordagem apontam que a noção de ciclo pressupõe uma sequência ordenada, quando, na prática, o processo é bem mais complexo, interativo e, por vezes, caótico. Kingdon (1995), considerado o principal formulador da teoria do ciclo da política, rebate as críticas considerando que é possível levar em conta, no processo de análise, o efeito da combinação complexa de fatores e atores em situações imprecisas que precisam ser esclarecidas apesar de sua fluidez (PINTO, 2004, p. 39).

O fato é que, apesar de suas limitações, essa teoria tem fundamentado inúmeras pesquisas em várias áreas, inclusive na área de saúde, as quais constituem exemplos da aplicação desse enfoque na análise de momentos específicos do estágio de “pré-decisão”, anterior à incorporação de um determinado tema/problema na agenda governamental, ou no estágio de “decisão”, quando os diversos atores envolvidos analisam e selecionam as alternativas de enfrentamento dos problemas e elaboram as políticas propriamente ditas.

Com base nesses estudos, é possível identificar, além dos estágios de “pré-decisão” e “decisão”, vários outros aspectos que podem ser analisados no processo de formulação e implementação de uma política, especialmente os “participantes ativos” (atores governamentais e não governamentais) e o processo em si, entendido, segundo Kingdon, como permeado pelas “correntes da política”, ou seja, fluxos de interação entre os participantes, os quais determinam as características e os resultados alcançados em termos das políticas formuladas e implementadas.

É importante destacar que, para Kingdon, os “atores governamentais” envolvem os representantes dos poderes instituídos (Executivo, Legislativo, Judiciário), incluindo os servidores públicos, que compõem a burocracia estatal, enquanto os atores não governamentais, isto é, atores políticos que não ocupam posições na estrutura de poder formal do Estado, envolvem os grupos de interesse, os especialistas, acadêmicos, os partidos, a mídia e a opinião pública.

Ainda que se possa questionar a fundamentação teórica acerca das relações Estado-sociedade embutida nessa tipologia de atores, é indiscutível seu valor enquanto aproximação à identificação e descrição dos participantes do processo político, embora não dê conta da complexa configuração desse processo em sociedades onde se observa intensa e imbricada articulação entre atores governamentais e não governamentais

O “modelo teórico” elaborado pelo autor para dar conta da interação entre os atores no processo político de construção da agenda (que envolve a pré-decisão e a decisão) contempla a identificação de quatro (4) “correntes” que se entrelaçam, quais sejam:

- a) reconhecimento do problema (ou seja, a acumulação de evidências que indicam a existência de um problema, que passa a ser visto como tal por um determinado ator);
- b) formulação de alternativas (que depende também da acumulação de conhecimentos acerca do problema e das possibilidades de seu enfrentamento);

- c) configuração do processo de negociação política entre os atores (o complexo “jogo” que envolve debate de alternativas atravessado pelas pressões exercidas pelos diversos participantes de acordo com sua força política);
- d) construção da agenda propriamente dita, quando do jogo de pressões deriva a adoção de uma decisão que se materializa em planos, programas e projetos de ação governamental.

Chama a atenção, em todo o arcabouço teórico desse autor, a noção de “janela de oportunidade” para a adoção de uma determinada proposta de política quando, do jogo de pressões entre os atores, abre-se a possibilidade de que determinado problema e/ou determinada solução passa a contar com o consenso ou, pelo menos, com o apoio de atores que têm peso político suficiente para determinar sua incorporação à agenda e sua tradução em propostas de ação.

O modelo teórico do ciclo da política, segundo Kingdon, vem influenciando o desenvolvimento do pensamento crítico na área de Análise e Formulação de Políticas de Saúde no contexto latino-americano e brasileiro nos últimos 30 anos, especialmente por parte de autores que trabalham na área de Planejamento e Gestão de sistemas de saúde.

Revisando esta produção com o intuito de construir um referencial para análise do processo de Formulação da Política de Saúde da População Negra no âmbito do SUS, elaboramos um “Modelo teórico para a análise de políticas de saúde” (Figura 1) que busca articular, além da contribuição oriunda dos autores que trabalham com o ciclo da política, notadamente Kingdon, alguns elementos provindos do enfoque situacional do planejamento, particularmente a análise da situação e a análise de viabilidade das propostas formuladas e incluídas em um Plano, programa ou projeto de intervenção sobre um dado problema,

Conforme o Diagrama (Figura 1), é possível realizar a condução de um processo de planejamento que contemple dois momentos circunscritos pela análise permanente do Contexto (ou “cenário”, segundo a perspectiva do planejamento situacional): a) o momento da pré-decisão que conduz à formulação de uma “Agenda estratégica”. b) o momento de decisão

propriamente dita, que corresponde à elaboração do Plano ou programa de ação. Cabe ressaltar que a construção da Agenda se dá a partir da negociação e pactuação entre os diversos atores (participantes ativos) que apresentam Problemas e alternativas de solução de acordo com suas concepções políticas, seu conhecimento técnico e seu grau de controle sobre os recursos administrativos, e que a elaboração do Plano pode (e deve) levar em conta a identificação dos limites (internos e externos ao ambiente organizacional) que facilitam ou dificultam o processo de implementação.

Em síntese, consideramos que esse tipo de Modelo teórico pode ser bastante útil, como referencial não só para a análise de políticas, em uma mirada retrospectiva, como geralmente ocorre em processos de investigação acadêmica, mas também como referencial para os gestores (coordenadores) de um processo de planejamento, permitindo uma mirada prospectiva, ou seja, a construção de cenários (favoráveis ou desfavoráveis) à decisão, formulação e implementação de uma determinada política, como a Política de Saúde, bem como a análise *ex-ante* da viabilidade de implantação das propostas formuladas durante o processo de elaboração do Plano de Saúde, nacional, estadual ou municipal.

VERTENTES DO DEBATE SOBRE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Como apontamos anteriormente, são identificadas quatro vertentes no debate na área de planejamento em saúde no Brasil de hoje, todas, de certo modo, tributárias da reflexão crítica acerca dos aspectos políticos do processo de planejamento, programação e gestão do trabalho na área de saúde. Em todas elas encontramos elementos que podem ser úteis no processo de construção de uma metodologia para o planejamento das ações de saúde, quer se trate da elaboração do Plano em nível nacional, quer se trate do seu posterior desdobramento em processos de planejamento estadual, regional, municipal e local.

Passando a revisitar cada uma dessas vertentes, cabe destacar que, da corrente identificada como “Ações programáticas em saúde”, representada pela produção do grupo vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da

USP no início dos anos 90, destaca-se a ênfase concedida à “Teoria do Processo de trabalho” em saúde, que fundamenta a análise das práticas de saúde (político-gerenciais, promocionais, preventivas ou assistenciais) em suas múltiplas dimensões (SCHRAIBER, 1990, 1995, 1996). Outro aspecto importante da contribuição desse grupo é a valorização da noção de necessidades de saúde, ponto de partida do processo de programação segundo o antigo método CENDES-OPS, re-conceituada a partir da leitura crítica da teoria marxista das necessidades sociais articulada ao enfoque epidemiológico para a análise dos problemas de saúde (SCHRAIBER, 1999).

A corrente de pensamento identificada com a produção teórica do grupo de pesquisa em planejamento e programação da ENSP, por sua vez, tomou como ponto de partida a análise crítica da obra de Matus realizada por RIVERA (1992, 1995) à luz da Teoria de Ação Comunicativa (HABERMAS), cujos desdobramentos geraram uma rica e diversificada produção de autores vinculados ao grupo (ARTMANN, 1993; SÁ, 1993; 1995).

Mais recentemente, esse grupo vem se dedicando à temática da “Gestão estratégica”, desenvolvendo estudos e propostas de trabalho na área de Análise estratégica, Liderança e Cultura Organizacional, e outros temas correlatos que lançam novas luzes sobre o processo de Formulação e implementação de políticas de saúde (RIVERA, 2001, 2003).

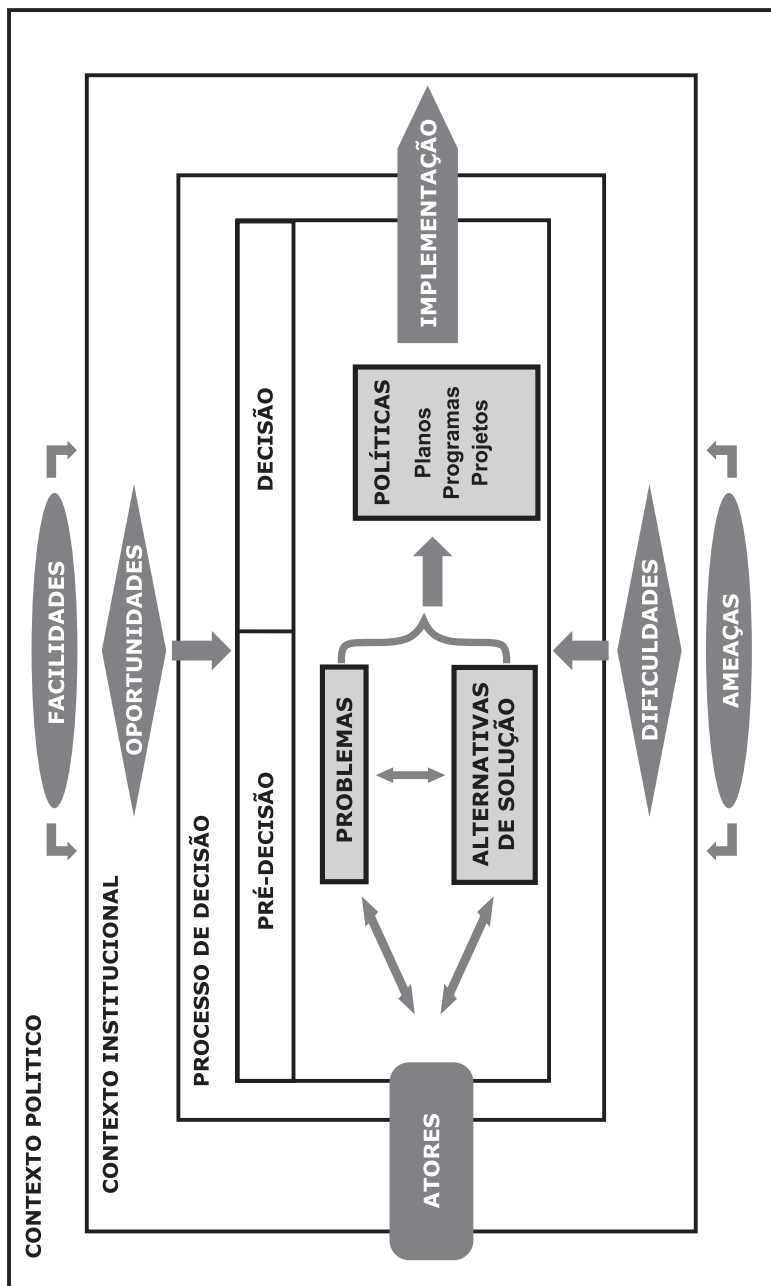
O grupo identificado com o Laboratório de Análise e Planejamento do DMP da UNICAMP, atualmente desfeito, construiu uma tradição de estudos e elaboração de propostas derivadas da reflexão sobre Gestão em saúde que também pode iluminar as análises sobre o processo decisório em saúde, especificamente a reflexão sobre a “Análise e co-gestão de coletivos” (CAMPOS, 2000), a “Micropolítica do trabalho em saúde” (MERHY, 1997) e a proposição de aplicação de uma “Tecnologia leve para o planejamento em saúde” (CECILIO, 1997). Os conceitos e métodos derivados desses estudos podem ser utilizados como referencial para a construção de processos de planejamento participativo que contemplem o envolvimento de atores políticos diversos, como gestores, profissionais e trabalhadores de saúde e representantes dos usuários.

A “Análise e co-gestão de coletivos” ou “Método da Roda” (CAMPOS, 2000) busca apresentar uma proposta metodológica de organização do trabalho da gestão de modo a permitir maior eficiência e eficácia aos processos, utilizando o planejamento como instrumental para propiciar a construção de sujeitos livres e criativos num espaço democrático e participativo.

A “Micropolítica do trabalho em saúde” (MERHY, 1997), por sua vez, tem como base a noção do “trabalho vivo em ato”, concentrando-se no estudo dos processos de trabalho no nível micro em organizações de saúde diversas, o que pode vir a ser útil pelo fato do processo de institucionalização do planejamento das ações de saúde demandar a agregação de competências em análise institucional aos dirigentes e técnicos envolvidos na condução do processo.

Na proposta de uma “tecnologia leve para o planejamento em saúde”, Cecílio (1997) busca mediar o caráter instrumental do planejamento e a necessidade de aproximá-lo ao cotidiano dos serviços de saúde por meio de uma simplificação dos percursos metodológicos. Para isso, partindo de sua experiência, o autor articula componentes do PES e do ZOOOP, propondo uma organização das etapas do processo de planejamento, com destaque para o detalhamento do papel do planejador no processo, bem como a necessária responsabilidade do gestor.

Mais recentemente, têm sido divulgados vários estudos que podemos situar como desdobramentos da reflexão acerca da micropolítica do trabalho em saúde, como por exemplo, o trabalho de Ceccim e Merhy (2009), Franco, Bueno e Merhy (1999), que vêm se dedicando à questão da humanização das relações entre trabalhadores e usuários de serviços de saúde, privilegiando, para além dos aspectos macro-organizacionais e gerenciais, o desencadeamento de mudanças nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde. Estes estudos podem servir como referencial para a implementação de processos inovadores na cultura organizacional da área de saúde, com a busca de autonomia criativa e superação das rotinas burocráticas que engessam o trabalho e limitam seu alcance social. Nessa perspectiva, apontam possibilidades de mudança em processos e práticas de planejamento nas instituições do setor.



Fonte: Teixeira, C. F. O processo de formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador. Relatório CNPQ, set. 2009.
 Figura 1 – Modelo teórico para análise de políticas de saúde.

Finalmente, a corrente identificada com o grupo de docentes e pesquisadores do ISC-UFBA trabalha com a noção de Vigilância da Saúde, entendida como uma proposta de organização do conjunto de práticas que possam vir a dar conta da integralidade da atenção à saúde, inserindo-se, assim, no debate sobre as estratégias de mudança dos modelos assistenciais no âmbito do SUS (PAIM, 1997, 2006; TEIXEIRA, 1993, 1999, 2001; TEIXEIRA; PAIM, 2000; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Nessa perspectiva, incorpora o planejamento estratégico-situacional como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços.

O desenvolvimento conceitual e metodológico dessa proposta vem se dando ao longo dos últimos 20 anos, desde o processo de experimentação inicial realizado no contexto de implantação dos Distritos Sanitários no período da implantação do SUDS, passando pela adaptação ao processo de municipalização na década de 90 (TEIXEIRA, 2001) até a reflexão mais recente, marcada pelo esforço de aperfeiçoamento e difusão da proposta no contexto do PLANEJASUS¹².

Importante é destacar que, ao longo desse processo, essa corrente de pensamento foi se alimentando do diálogo construtivo com outras correntes, assimilando conceitos e instrumentos de trabalho, a exemplo de técnicas de mapeamento de atores e análise de viabilidade (OPS, 1994), sem deixar de levar em conta a importância da incorporação do enfoque epidemiológico ao processo de formulação e implementação de políticas, planejamento, gestão e avaliação de sistemas, planos, programas, projetos e serviços de saúde (TEIXEIRA, 1999; SOUZA; TEIXEIRA, 2009).

¹² O PLANEJASUS é uma iniciativa da Coordenação de Planejamento e Orçamento da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, através do qual vêm se fortalecendo as equipes técnicas das Secretarias Estaduais envolvidas com o processo de planejamento, programação e avaliação do sistema. A implementação do PLANEJA SUS, nos últimos anos, contemplou a realização de 44 cursos de capacitação em todo o Brasil, contando-se com a parceria com instituições de ensino e pesquisa, a exemplo do ISC-UFBA

É nessa perspectiva que, como membros desse grupo, desenvolvemos esforços concretos de elaboração metodológica (tecnologia leve) na área de planejamento, tomando como eixo estruturante o enfoque estratégico-situacional. A experiência acumulada nessa linha tem sido registrada em vários artigos, capítulos de livro e textos didáticos utilizados em cursos de capacitação em Saúde da Família, especialização em Saúde do Trabalhador, Mestrado profissionalizante na área de Gestão de sistemas de saúde, e, mais recentemente, cursos de especialização em Planejamento em saúde, bem como em consultorias realizadas junto a Secretarias Municipais e Estaduais de saúde

Um dos eixos da reflexão desenvolvida em todo o percurso dessa rica experiência vem sendo a análise da pertinência da utilização do enfoque estratégico-situacional como ponto de partida para a recriação permanente da metodologia de planejamento em saúde. Nesse sentido, apresentamos a seguir os principais argumentos que sustentam essa opção para, nos capítulos seguintes, descrevermos em linhas gerais a metodologia que temos utilizado, exemplificando com dois casos concretos de elaboração de Planos de saúde, um no âmbito municipal e outro no âmbito estadual.

PERTINÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DO ENFOQUE ESTRATÉGICO-SITUACIONAL COMO EIXO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO SUS

Os argumentos favoráveis ao uso do enfoque estratégico-situacional do planejamento no processo de formulação e implementação de Planos de Saúde podem ser sintetizados do seguinte modo:

- a) O enfoque estratégico-situacional permite a compreensão do “objeto do planejamento” como sendo os problemas e oportunidades reais de intervenção, em uma perspectiva que supera a fragmentação reducionista da realidade operada pelas disciplinas científicas e materializada nos setores nos quais se organiza a intervenção estatal em qualquer área, inclusive na área de saneamento;

- b) Além disso, este enfoque concebe o “processo de planejamento” como sendo constituído de momentos que se interpenetram, sem seguirem uma lógica sequencial rígida, o que possibilita uma articulação das experiências acumuladas nas distintas práticas das várias instituições envolvidas com a política de saúde;
- c) No que diz respeito ao “produto do planejamento”, o enfoque estratégico-situacional propõe a “modularização” do plano, isto é, sugere que o plano seja composto de módulos operacionais que sintetizam os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos, atividades, produtos e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), flexibilizando a organização e facilitando a participação de distintos sujeitos sociais, bem como um ordenamento espaço-temporal em função do desenho estratégico;
- d) Também cabe ressaltar que as noções envolvidas na proposta de “gestão do plano e gerência de operações”, segundo o enfoque estratégico-situacional, trazem embutida uma teoria de governo que abre espaços à mudança das práticas institucionais prevalentes nas organizações estatais, articulando-se com as propostas de reforma do Estado e de reorientação do desenho institucional e da prática administrativa na esfera pública, potencialmente em direção a uma democratização das relações e uma intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

O primeiro aspecto, relativo ao objeto do planejamento, remete, como apontado no capítulo anterior, à concepção de situação como sendo um conjunto de problemas, identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, concepção cujo fundamento epistemológico reside na inseparabilidade entre sujeito e objeto do conhecimento. De fato, Matus assume uma perspectiva relacional da produção de conhecimentos, admitindo que o sujeito que conhece faz parte da realidade que se dá a conhecer, o que implica a adoção de uma visão policêntrica do conhecimento acerca da situação, referida à visão dos diversos sujeitos que a vivenciam.

Essa tomada de posição diante do processo de conhecimento tem como uma das consequências a admissão da pluralidade de planejamentos, isto é, o reconhecimento de que todos os atores sociais planejam, ainda que não escrevam planos, isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução dos seus objetivos. Esse ponto de vista, que implica no reconhecimento do outro, é um ponto de partida essencial, na medida em que estabelece um patamar de relacionamento entre as instituições dos diversos setores, fundado no respeito às diferenças de concepções, de capacidades gerenciais e operativas e até de interesse no desenvolvimento do processo de planejamento conjunto.

Por outro lado, a concepção situacional do objeto de conhecimento e intervenção por parte das instituições envolvidas implica a incorporação do enfoque por problema, isto é, a identificação e seleção de problemas sociais que podem ser analisados de distintos ângulos, contribuindo para a identificação da contribuição possível de cada instituição envolvida no seu enfrentamento e solução. A base teórico-metodológica dessa concepção reside no fluxograma situacional, instrumento de análise de problemas fundamentado na teoria da produção social, que tenta estabelecer uma síntese das concepções fenomenológicas, históricas e estruturais.

O fluxograma situacional permite que se sistematizem as informações disponíveis acerca dos problemas, seja das suas formas de expressão enquanto fatos ou fenômenos que se oferecem à percepção mais ou menos imediata, ou enquanto condicionantes e determinantes histórico-estruturais, cuja identificação e análise pressupõem o acesso a teorias explicativas que vão além das aparências fenomênicas. Essa abordagem multirreferencial (ou plurirreferencial) dos problemas pressupõe a possibilidade de uma perspectiva interdisciplinar na análise dos problemas que tanto possibilita o estabelecimento de um processo de diálogo entre os sujeitos envolvidos quanto permite a identificação da contribuição que cada instituição pode vir a aportar no processo de intervenção sobre os determinantes, condicionantes ou fatos que expressam os problemas.

O fluxograma situacional, portanto, tanto abre espaço a uma revisão teórica, apontando para a necessária conjugação das contribuições das diversas disciplinas,

coerentemente com a admissão da complexidade da realidade, quanto abre espaços à organização das ações de cada instituição de acordo com o que Matus chama de espaço de governabilidade sobre a situação que cabe a cada uma, em função da sua missão institucional e do alcance social das suas práticas.

O segundo aspecto a considerar é relativo à concepção do processo de planejamento proposto pelo enfoque estratégico-situacional. Conforme posto anteriormente, para este enfoque o processo de planejamento é constituído de momentos – momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional – cada um deles trazendo em si mesmo os demais, diferenciando-se apenas por uma questão de ênfase, seja no conhecer, no dever ser, no pode ser ou no fazer. Essa lógica, que desafia o tempo cronológico e remete à pluralidade de tempos, técnico e político, e simultaneamente à pluralidade de dimensões do(s) sujeito(s) que planeja(m) – enquanto sujeito epistêmico, político, ético e prático – conecta-se coerentemente com a pluralidade de instituições envolvidas no esforço do planejamento em saúde no Brasil.

De fato, a noção de momentos do planejamento permite a integração de cada instituição à totalidade do processo, independentemente do momento em que ela esteja, internamente, com relação ao problema selecionado para intervenção conjunta. Assim, uma dada instituição pode estar começando a analisar o problema, sob sua ótica específica, enquanto outra instituição pode já estar executando ações voltadas à intervenção sobre determinados aspectos da situação sob sua responsabilidade institucional.

A noção de momento, ao tempo que respeita a experiência acumulada em cada instituição, permite a elaboração de um pensamento comum ao dar visibilidade, ou melhor, trazer ao plano da consciência dos sujeitos envolvidos o conhecimento acerca da especificidade de cada momento, apontando o caminho para uma forma de pensar o planejamento mais coerente com a indeterminação e incerteza que marcam o contexto econômico, social e político contemporâneo.

A noção de momento se articula dinamicamente com a proposta de organização do plano como uma estrutura modular, que permite a definição de objetivos e o desenvolvimento de atividades e tarefas que podem estar situadas em tempos

distintos do processo de intervenção sobre os problemas. Ou seja, permite que se incluam propostas voltadas para o aperfeiçoamento do conhecimento disponível, ou para o aperfeiçoamento das normas técnicas e administrativas que regulam as ações a serem realizadas, ou a operacionalização de ações propriamente ditas, sem engessar o processo em etapas rígidas, sequenciais.

Outra virtude da proposta de modularização do plano, na perspectiva do planejamento de saúde, é a possibilidade de integrar, em um mesmo módulo, sujeitos institucionais distintos, flexibilizando, na prática, estruturas organizativas burocráticas. A flexibilização é um dos princípios fundamentais das propostas mais atuais em termos da organização dos processos de trabalho, decorrendo inclusive da aceleração do desenvolvimento científico e tecnológico, que torna cada vez mais obsoletas estruturas fundamentadas na rígida especialização do trabalho, exigindo a reunião de especialistas na reconstrução coletiva de processos de trabalho que envolvem criatividade e participação.

Além disso, a utilização de matrizes de programação que incluem a especificação dos objetivos específicos, atividades e subatividades, produtos e resultados esperados, responsáveis e participantes, bem como a explicitação dos prazos e dos recursos previstos para a execução das ações, permite o desencadeamento de um processo criativo de elaboração de propostas de práticas que articula a experiência de cada sujeito e de cada instituição envolvida. Usada adequadamente, a matriz de programação ou matriz problema-operações prevista no enfoque situacional pode se tornar um instrumento eficiente de geração de ideias novas e motivação para o trabalho entre os participantes do processo de planejamento das ações de saúde.

Finalmente, uma consequência possível da incorporação do enfoque situacional é a abertura de espaços para o desenvolvimento de ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e organizações, incidindo tanto em uma democratização das relações de trabalho ao interior das instituições quanto na democratização das relações entre as instituições governamentais e os grupos sociais organizados.

Cabe observar que a abertura desses espaços de diálogos e negociação coletiva em torno de propostas de ação social e do redirecionamento do uso dos

recursos públicos pode implicar ou não na reestruturação das relações de poder vigentes no ambiente interno das instituições e no “ambiente externo”, no contexto social onde se operacionalizam as intervenções sobre a saúde. Na dependência da direcionalidade impressa ao processo de planejamento, ainda que o enfoque situacional pressuponha um incremento da participação, da negociação e do diálogo, este pode contribuir ou não para o *empowerment* da população e a construção de uma nova cidadania, fundamentada na co-responsabilização pela promoção do bem-estar coletivo.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, RJ, 1993. p 117-134.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e Co-gestão de coletivos**. São Paulo, SP: HUCITEC, 2000. 229p.

CECÍLIO, L. C. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997. p. 151-167.

CECCIM, R.; MERHY, E. Um agir micro político e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, vol. 13, supl., 2009. p. 531-42.

CHAVES DOS SANTOS, S. M. **Políticas públicas & políticas sociais: uma síntese das principais abordagens teóricas**. Escola de Nutrição da UFBA, Salvador, Bahia, 1999.

FRANCO, T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Betim, Minas Gerais, vol. 15, 1999. p. 345-33.

KELLY, R. M.; PALUMBO, D. **Theories of Policy Making**. 1992. s/n.t.

KINGDON, J. W. **Agenda, Alternatives and Public Policies**. 2. ed. Hallper Collins College Publishers, 1995.

MENDES-GONÇALVES, R.; SCHRAIBER, L.; NEMES, M. I. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 37- 63.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento**. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 117-149.

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

PAIM, J. S. Burocracia y aparato estatal: implicaciones para la planificación e instrumentación de políticas de salud. In: Fleury, S. (org.). **Estado y políticas sociales en América Latina**. México UAM/FIOCRUZ/ENSP, 1992. p. 293-311.

PAIM, J. S. Aspectos Críticos da Institucionalização da Planificação em Organizações Públicas de Saúde. In: PAIM, J. S. Saúde, Política e Reforma Sanitária. CEPS/ ISC. Salvador, Bahia, 2002. p. 407-433.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, número especial, São Paulo, SP, 2006. p. 73-78.

PINTO, I. C. de M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: O caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. 237fls. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Administração da UFBA, Salvador, Bahia, 2004.

RIVERA, F. J. U. O planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. In: GALLO, E., RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H. (orgs.). **Planejamento criativo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-92.

RIVERA, F. J. **Agir Comunicativo e Planejamento Social** (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 253p.

RIVERA, F. J. U. A teoria do planejamento estratégico no setor social e da saúde à luz do agir comunicativo: o contexto latino-americano. In: **Agir comunicativo e Planejamento Social**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 1995. p. 144-211.

RIVERA, F. J.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 4, 1999. p. 355-365.

RIVERA, J. U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 6, ano 1, 2001. p. 209-219.

RIVERA, J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 309p.

SÁ, M. C. **Planejamento Estratégico em Saúde**: problemas conceituais e metodológicos. 1993. Tese (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.

SÁ, M. C. A complexidade da realidade, os problemas de saúde e o planejamento possível: a necessidade de uma abordagem interativa. In: PITTA, A. (org.). **Saúde e Comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1995. p. 193-216.

SÁ, M. C.; ARTMANN, E. Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local. In: MENDES, E. V. (org.). **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. Brasília, OPS/Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde/ Representação do Brasil, 1994. p. 19-44.

SCHRAIBER, L. (org.). **Programação em Saúde hoje**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1990. 226p.

SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e Planejamento nas práticas de Saúde. **Saúde em Debate**, n. 47, CEBES, jun. 1995. p. 28-35.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 1996. 286p.

SOUZA C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G. (org.) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2007.

TEIXEIRA, C. F.; SÁ, M. Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil: situação atual e perspectivas para a pesquisa, ensino e cooperação técnica na área. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.1, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. p. 80-103.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 4, ano 2, Rio de Janeiro, 1999. p. 287-303.

_____. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____. **Planejamento municipal em saúde**. CEPS/ISC. Salvador, Bahia, 2001. 80p.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, n. 349, ano 6, Nov/dez. 2000. p. 63-80.

TEIXEIRA, C. F. O processo de formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador. **Relatório CNPQ**. Salvador, set. 2009.

VIANA A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Cadernos de pesquisa**, Rio de Janeiro, Nov. 1996. p. 5.

PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Carmen Fontes Teixeira

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Washington Luiz Abreu de Jesus

INTRODUÇÃO

O processo de planejamento em saúde implica, a nosso ver, no desenvolvimento de dois momentos articulados: formulação da Política (construção da Agenda estratégica) contendo a identificação dos Problemas prioritários de alcance geral (sistêmicos) e elaboração do Plano propriamente dito. O desenvolvimento desse processo no âmbito do SUS pressupõe a definição da base territorial e o reconhecimento da existência das diversas esferas de gestão, por conta do modelo macro-organizacional que contempla, como se sabe, os níveis federal, estadual e municipal.

Em cada um desses níveis, portanto, pode-se desenvolver o planejamento de modo a se formular a Política correspondente (nacional, estadual e municipal), evidentemente, tratando-se de guardar coerência entre elas. Do mesmo modo, em cada nível pode-se elaborar o Plano de Saúde, documento que resulta de um processo que contempla a realização da Análise da situação de saúde da população e do sistema de saúde, seguido dos Objetivos correspondentes a cada Problema identificado e priorizado e dos Módulos operacionais a estes vinculados para serem desenvolvidos pelos órgãos responsáveis em cada uma das instituições gestoras – MS, SES e SMS.

A seguir detalhamos os procedimentos, métodos, técnicas e instrumentos que podem ser acionados para a realização de cada um desses momentos, chamando a atenção, entretanto, para que os dirigentes e técnicos responsáveis pelo processo de planejamento em cada uma das instâncias do SUS tenham a liberdade de adaptar a proposta metodológica às condições concretas existentes em cada instituição. Ou seja, esperamos que as sugestões que apresentamos a seguir sejam apenas o ponto de partida para a definição da metodologia a ser seguida em cada lugar, a qual deve guardar coerência com os propósitos (finalidades) do processo de planejamento e também com a organização existente em cada instituição gestora, como preconiza, inclusive, o postulado de coerência apresentado no capítulo anterior.

CONSTRUÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA

A construção da Agenda estratégica corresponde ao que Matus considera um “programa direcional”, ou, na terminologia mais utilizada no Brasil, a “Política”, documento de orientação e monitoramento do processo de planejamento das ações de saúde que venham a se desenvolver em nível nacional e em cada um dos estados e municípios, correspondendo, portanto, à Política Nacional de Saúde, à Política Estadual de Saúde e à Política Municipal de Saúde

Um documento desse tipo deve conter, portanto, a identificação dos principais problemas de saúde da população do território em questão (país, estado ou município) e a identificação dos problemas do sistema de saúde, segundo o recorte territorial correspondente. Além disso, inclui as proposições políticas de intervenção sobre estes problemas, cuja elaboração deve levar em conta os marcos jurídico-normativo do Sistema Único de Saúde¹³ (Constituição Federal, Leis 8080 e 8142 e Pacto da Saúde, 2006) e as recomendações emanadas das Conferências de Saúde realizadas em cada esfera de governo. Cabe ressaltar que o processo de formulação de proposições deve buscar garantir a coerência interna entre as proposições elaboradas em nível nacional e as correspondentes a cada instância de gestão do sistema estadual e municipal, de acordo,

¹³ O capítulo Saúde da Constituição Federal de 1988, as Leis 8080 e 8142/90 e o Pacto da Saúde, aprovado pelos gestores do SUS, em 2006. Estes documentos encontram-se disponíveis em: www.saude.gov.br.

evidentemente, com as especificidades da situação de saúde e as capacidades institucionais existentes (capacidade de governo, segundo MATUS).

Para a elaboração da Agenda estratégica, como se pode perceber, é necessário, em primeiro lugar, realizar um mapeamento dos Atores relevantes a serem incluídos no processo de Análise da situação de Saúde, devendo-se considerar a possibilidade de identificar e incluir no processo Atores governamentais e não Governamentais, ou seja, tanto representantes de instituições e órgãos direta e indiretamente envolvidos com a condução política das ações de saúde nas diversas esferas de governo, quanto representantes de organizações da sociedade civil e/ou organizações não governamentais que representem politicamente ou participem do processo de implementação de ações de saúde nas várias regiões e estados do país.

A identificação dos Atores deve conduzir a uma caracterização de suas concepções e posições políticas com relação ao objeto de análise da situação, no caso, a problemática de Saúde no país. É possível, com base nessa caracterização, elaborar um “mapa político” que sistematize a distribuição dos diversos atores tomando por referência o posicionamento do Ator central,¹⁴ no caso, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais.

A partir da identificação do Ator central, o mapeamento dos atores deve estar orientado para a identificação dos aliados, oponentes e indiferentes, pela importância de identificar aqueles que apoiam e os que se opõem às proposições políticas do Ator central. Uma forma de sistematizar a identificação das posições dos diversos atores, quer sejam governamentais ou não governamentais, é dispondo seu posicionamento em uma Matriz (abaixo) que permita a classificação das posições de apoio e de oposição. Nesse sentido, cabe distinguir o apoio político real, traduzido em ações, do apoio meramente ideológico, retórico, expresso em discursos. Do mesmo

¹⁴ Nesse ponto, estamos nos fundamentando na reflexão realizada por Matus com relação aos Atores envolvidos em um “jogo social” (MATUS, 2007) sugerindo a identificação do Ator central e dos Atores secundários, coadjuvantes no processo, que podem estar atuando como aliados, oponentes ou indiferentes. Além de classificar o tipo de apoio ou de oposição exercida pelos aliados e oponentes, é importante identificar os indiferentes, pois são exatamente estes grupos que podem ser conquistados, através do convencimento ou da cooptação, para se tornarem apoiadores do Ator central e de seus aliados.

modo, é importante distinguir a oposição que se realiza nos marcos do regime político vigente, a chamada oposição legal, da oposição “antissistema” que se dá através de ações de boicote às propostas do Ator central.

MATRIZ PARA MAPEAMENTO POLÍTICOS DOS ATORES

Oposição antissistema	Oposição legal	Ator central	Apoio político	Apoio ideológico

O mapeamento dos Atores e a seleção daqueles que se envolverão diretamente na condução do processo de construção da Agenda, ou que serão simplesmente convidados a participar em momentos específicos do processo de planejamento, podem (devem) resultar na conformação de órgãos colegiados, de caráter provisório (ainda que eventualmente possam vir a ser institucionalizados), que se responsabilizem pela coordenação do processo em todos os seus momentos.

Cabe registrar que, em se tratando da elaboração de uma Agenda estratégica para o enfrentamento de uma problemática que produz efeitos nas condições de vida e saúde da população, como é o caso da saúde, é importante incorporar, na condução do processo, outros Atores que representem os setores mais implicados no desenvolvimento desta política, como é o caso do setor saúde.

Uma vez definidos os Sujeitos (órgãos coordenadores) do processo de construção da Agenda (e da elaboração do Plano propriamente dito), cabe definir a forma de organização do processo em si, que pode contemplar, como parece já estar ocorrendo, a realização de um conjunto de Oficinas de trabalho, voltadas à produção de relatórios contendo os produtos parciais a serem sistematizados, pela equipe técnica responsável, nos documentos emanados do processo.

Conforme o modelo sugerido no primeiro capítulo (Figura 1), entendemos que os Atores envolvidos em um processo de formulação de políticas, como

é o caso da construção da Agenda estratégica de Saúde, identificam **Problemas** e apresentam **Alternativas** de solução, que podem ser identificados, descritos e analisados ao longo do processo de negociação e formulação propriamente dita de planos, programas e projetos de ação. Nessa perspectiva, uma Oficina, ou um conjunto de Oficinas, caso venha a se optar pela realização de Oficinas macrorregionais, devem ser destinadas à Identificação, seleção e análise dos Problemas de alcance nacional que serão submetidos a um processo de Priorização com vista à definição das Linhas de ação estratégicas colocadas na Agenda estratégica da Saúde.

Em suma, a construção desta Agenda constitui, a nosso ver, a abertura de uma “janela de oportunidade”, que pode permitir aos Atores envolvidos a tomada de decisões que desencadeiem um redirecionamento na política de saúde, o que dependerá, evidentemente, do cenário político e institucional que se configurar no período previsto para sua implementação¹⁵.

Do ponto de vista metodológico, quanto ao desenho dos Cenários prováveis nos quais se desenvolverá a elaboração e implementação dos Planos de Saúde, é importante registrar que se pode trabalhar com uma Matriz onde se sistematizem os Problemas e as Alternativas segundo os vários Cenários. Nesse sentido, cabe lembrar que se pode trabalhar com dois, três e até mais Cenários, a depender da complexidade da situação com que se esteja trabalhando. Assim, quanto mais complexa uma situação, maior a possibilidade de combinação de variáveis econômicas e políticas, o que permite nuançar o desenho dos cenários prováveis. Pode-se, entretanto, optar por trabalhar com apenas dois Cenários, um Favorável e outro Desfavorável, sendo que a atribuição de um valor positivo (favorável) ou negativo (desfavorável) do cenário previsto se dá em função dos interesses e objetivos estratégicos do Ator central, como sugerido na Matriz abaixo.

¹⁵ É importante resgatar aqui o que colocamos a respeito da construção de cenários, no item anterior, chamando a atenção para a possibilidade de se incluir, nas Oficinas de Análise de Situação, um exercício de prospecção de cenários. Por exemplo, no planejamento municipal em 2010 pode-se analisar os cenários prováveis para os próximos cinco anos, tomando como variáveis relevantes a tendência em termos de crescimento econômico e redução da pobreza absoluta no país, em função da continuidade ou não das políticas econômicas e sociais que vêm sendo implementadas no Governo Lula, e que, portanto, se incorporem, como variável política fundamental, as mudanças que se avizinham em função dos resultados do processo eleitoral nos níveis nacional e estadual.

MATRIZ PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS CONFORME OS CENÁRIOS PROVÁVEIS

PROBLEMAS PRIORIZADOS	CENÁRIO 1 (FAVORÁVEL) Objetivos	CENÁRIO 2 (DESFAVORÁVEL) Objetivos
1	1	1
2	2	2
3	3	3
...
n	n	n

ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

As propostas metodológicas de planejamento que se fundamentam no enfoque estratégico-situacional estão organizadas segundo os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. É importante considerar que a definição de momento nega a ideia do processo de planejamento executado em etapas sequenciais. Entretanto, o uso desse enfoque para a elaboração de um documento plano pode considerar momentos sucessivos para facilitar a compreensão sobre os principais aspectos metodológicos que orientam essa abordagem. Assim, propõem-se os seguintes passos para a elaboração do Plano de Saúde:

A) ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

A **Análise da situação de saúde** corresponde à identificação, priorização e explicação dos problemas, objetos das intervenções propostas. O processo de análise dos problemas selecionados é o momento em que se coloca a possibilidade de articulação dos diversos olhares lançados ao problema pelas disciplinas e saberes específicos presentes em cada instituição. Do ponto de vista instrumental, a utilização do fluxograma situacional, como indicado anteriormente, pode ser bastante útil para a sistematização desses conhecimentos, e, ao mesmo tempo, para a identificação das lacunas no conhecimento existente, o que, por sua vez, poderá gerar a elaboração de

propostas específicas de desenvolvimento de pesquisas e investigações. Em processos mais simples, é possível se trabalhar com a construção de árvores de problemas, as quais permitem a identificação de causas e consequências dos mesmos, em um processo facilitado de construção de uma visão compartilhada entre os sujeitos que participam do processo, ainda que sem muito rigor teórico e epistemológico.

A Análise da Situação de Saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos **Problemas de Saúde** de uma população, com o objetivo de identificar necessidades sociais e determinar prioridades de ação. A identificação de problemas e necessidades de saúde exige que se caracterize a **população** de acordo com variáveis demográficas (sexo, idade), socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.), culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.) e políticas (desejos, interesses, problemas, necessidades e demandas). Este processo implica a definição do **que (problema)**, do **quando**, do **onde** e, principalmente, de **quem (quais indivíduos e grupos sociais)** encontra-se afetado pelos problemas, subsidiando a definição das políticas e prioridades de ação.

Ao tomar como ponto de partida a Análise da Situação de saúde da população, estamos enfatizando que o processo de planejamento deve contemplar a definição de Objetivos relativos à melhoria das condições de vida e saúde, expressas através da alteração dos indicadores epidemiológicos e sociais. Nessa perspectiva, ao se fazer a identificação e análise dos problemas de saúde da população de um determinado território, espera-se que os problemas do sistema de serviços de saúde apareçam como parte da rede explicativa dos primeiros. Desse modo, é possível desagregar a análise da situação de saúde em dois momentos: a) a análise dos Problemas de saúde da população; b) a análise dos Problemas do sistema de serviços de saúde.

A identificação e análise dos problemas de saúde da população podem tomar como referencial os modelos explicativos do processo saúde-doença, em sua dimensão individual e/ou coletiva. Vale ressaltar que o enfoque da Clínica, ou seja, a simples identificação de agravos e doenças é insuficiente para

subsidiar a análise dos problemas de saúde da população, o que exige a incorporação do enfoque epidemiológico e social. Por conta disso, estamos trabalhando com o modelo de Determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) sistematizado abaixo.

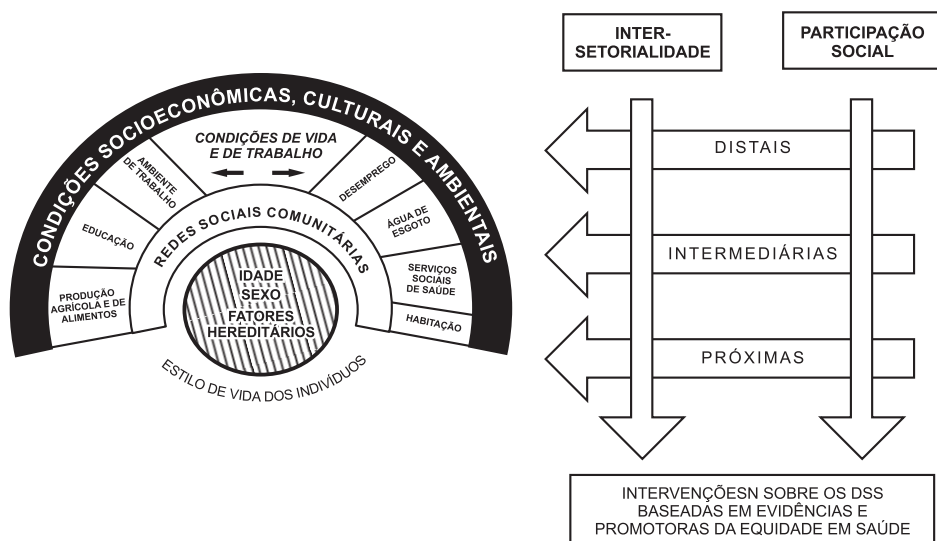


Figura 1: Modelo de Determinantes Sociais da Saúde

A identificação e análise dos problemas do sistema de serviços de saúde, por sua vez, exigem que se resgate o Diagrama dos componentes de um sistema de saúde (KLEKOWSKY, 1984) que vem sendo largamente utilizado e adaptado¹⁶ por vários autores, a exemplo de Mendes (1986), Paim (1994) e Teixeira (2002). A partir da identificação dos problemas em cada componente ou “área-problema”, devem-se buscar informações que permitam a caracterização do problema em si mesmo, ou seja, se trata-se de insuficiências, má distribuição ou má utilização (de recursos), inadequação (organizacional) ou insuficiência de capacidade de gestão (de governo) para se garantir o alcance dos objetivos pretendidos pela política

¹⁶ O diagrama de Klekowsky (1984) contempla a especificação dos componentes de um sistema de serviços de saúde. Os autores citados têm utilizado explícita ou implicitamente tal diagrama na identificação das “áreas-problemas” do sistema público de saúde brasileiro. As adaptações, por sua vez, referem-se ao esforço de combinar alguns dos componentes na definição dos “modelos” de gestão e de atenção à saúde.

de saúde. Reproduzimos o Diagrama citado a seguir (Figura 2), com destaque para a articulação entre os componentes do sistema que compõem os modelos de gestão e de atenção à saúde.



Figura 2: Componentes do Sistema de serviços de saúde

O **primeiro passo**, portanto, para se identificar os problemas e necessidades de saúde de uma população implica a sistematização de um conjunto de indicadores demográficos, sociais e epidemiológicos. Os primeiros incluem a distribuição da população por faixa etária e sexo. Os segundos conduzem à caracterização das **condições de vida** da população, que inclui informações relativas às condições ambientais (acesso ao abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições das habitações, acesso a vias de transporte, segurança e lazer) e informações relativas aos sujeitos que compõem os diversos grupos populacionais, isto é, seu nível educacional, sua inserção no mercado de trabalho (empregado ou desempregado), tipo de ocupação, nível de renda, formas de organização social, religiosa e política. A caracterização do **perfil epidemiológico**, por sua vez, contempla um conjunto de dados de morbi-mortalidade que podem ser acessados com a

finalidade de se identificar o impacto dos problemas ambientais passíveis de intervenção com ações de saneamento básico.

Uma vez dispendo da caracterização geral da população em termos demográficos, condições de vida e situação epidemiológica, o **segundo passo** para a análise de situação é a identificação dos problemas propriamente ditos. Nesse momento, é necessário que se estabeleça um processo de reflexão e discussão coletiva em torno das informações existentes, aproveitando-se a experiência acumulada dos gestores, técnicos e profissionais de saúde que atuam nos serviços de saneamento.

Desse modo, a equipe técnica responsável pelo planejamento pode montar uma Oficina de Análise da Situação, na qual sejam apresentados os dados disponíveis (caracterização da população, suas condições de vida e perfil epidemiológico), organizando-se, caso necessário, grupos de trabalho para o desenvolvimento de uma “tempestade cerebral”, visando à elaboração de uma lista de problemas de saúde.

Cada problema identificado deve ser descrito em termos do que, quem, quando e onde ele se apresenta, ou seja, deve ser descrito em termos de informação epidemiológica e/ou ambiental, com a especificação do grupo populacional afetado pelo problema. A lista dos problemas pode ser sistematizada em uma tabela conforme expressa a Matriz reproduzida a seguir.

MATRIZ PARA SISTEMATIZAÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS

Número	Problema (o que, quem e onde)
1	
2	
3	
n...	

A sistematização da lista de problemas a serem priorizados resultará em um **terceiro passo**, que consta de um processo de seleção de prioridades, que pode ser realizado com utilização de critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas dos atores envolvidos.

Na literatura da área de planejamento em saúde, os critérios objetivos geralmente utilizados para a priorização de problemas de saúde da população¹⁷ provêm do método CENDES-OPS (OPS, 1965) e são: Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos. Os três primeiros operam em proporção direta; o último, em proporção inversa, ou seja, quanto maior o problema maior a evidência do que deve ser priorizado, e quanto menor o custo de intervenção mais é indicativo da possibilidade de ser priorizado. A pontuação de cada um dos problemas elencados pode ser colocada e visualizada na matriz reproduzida a seguir. O somatório dos pontos obtidos em cada critério definirá a nova ordenação de problemas prioritários.

MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO – MTV/C

Problema	Magnitude	Tecnologia Disponível	Valorização	Custo Estimado	Total de Pontos
1					
2					
3					
n...					

Pontuação dos Critérios: Magnitude: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

Valorização: idem; Tecnologia disponível: idem; Custo: baixo (3); significativo (2); alto (1); muito alto

Já a priorização de Problemas do sistema de saúde, identificados de acordo com os vários componentes de um sistema de saúde¹⁸, deve ser feita com o auxílio de outros critérios, definidos no âmbito da Administração estratégica de sistemas de saúde, quais sejam, Urgência e Relevância (do Problema),

¹⁷ Cabe registrar que os Problemas de saúde da população podem ser identificados a partir de várias perspectivas teóricas, podendo-se enfatizar, por exemplo, uma visão clínico-epidemiológica ou uma perspectiva social. No primeiro caso, os problemas são descritos com base nos indicadores de morbimortalidade e, no segundo, com base nos determinantes sociais da saúde, enfatizando-se a identificação de condições e modos de vida que representam riscos para os diversos grupos da população, e explicam o surgimento e distribuição de agravos e danos à saúde dos indivíduos (TEIXEIRA, 1999).

¹⁸ Financiamento, Gestão, Organização, Infraestrutura ou Prestação de serviços, os quais podem ser agregados em duas categorias de análise, quais sejam: Problemas político-gerenciais, relativos à estrutura e funcionamento da Gestão do sistema, e Problemas técnico-assistenciais, relativos à forma de organização e ao conteúdo das práticas de atenção à saúde (TEIXEIRA, 2002).

Factibilidade e Viabilidade (da intervenção sobre ele). A seguir, reproduzimos a matriz correspondente¹⁹, na qual estão dispostos os critérios referidos.

MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS DO SISTEMA DE SAÚDE- RUF-V

Problema	Relevância	Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Total de Pontos
1					
2					
3					
...					

Pontuação dos Critérios: Relevância: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3). Urgência: idem; Factibilidade: idem; Viabilidade: idem.

Como se pode perceber, neste caso todos os critérios operam na razão direta, ou seja, quanto maior a Urgência, a Relevância, ou a Factibilidade e Viabilidade da intervenção, maior a pontuação obtida por cada um dos problemas do sistema de saúde identificados.

O **quarto passo** da Análise da Situação de Saúde é a construção da rede explicativa dos problemas priorizados. Para isso, deve-se revisar o conhecimento existente sobre cada um dos problemas da lista de problemas, tratando de identificar se, na situação concreta da população em estudo, observam-se os fatores relatados na literatura. Esta revisão pode não ser exaustiva, na medida em que se aproveite o conhecimento e a experiência acumulados entre os membros da equipe técnica responsável pela elaboração do plano.

Para a sistematização dos “fatores explicativos” (causas) e dos “efeitos” (consequências) da existência do problema em análise, pode-se utilizar a tabela colocada na Matriz que contém um esquema do Fluxograma Situacional ou, de uma forma mais simples, construir uma Árvore de Problemas, tal como sugerido na matriz correspondente.

¹⁹ A operacionalização dessa proposta, incluindo o item “viabilidade da intervenção”, se deu no âmbito das Oficinas Integradas de Elaboração do Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES 2008-2011), em agosto de 2008.

O Fluxograma Situacional organiza as informações obtidas em níveis de determinação, partindo da explicitação dos “descritores” (indicadores, variáveis e dados), que permitem a caracterização do problema que está sendo analisado e a disposição ordenada das informações referentes aos **Fatos** (fenômenos), **Processos** (condicionantes históricos) e **Estruturas** (determinantes estruturais) que explicam a existência do problema.

Cabe registrar que na construção do Fluxograma Situacional ou da Árvore de Problemas²⁰ de cada um dos problemas analisados deve aparecer a avaliação das ações e serviços que estão sendo prestados à população, pois a insuficiência, má distribuição, inadequação, má qualidade dos serviços atuais sem dúvida concorrem para a existência do problema na magnitude, distribuição e gravidade que ele apresenta.

MATRIZ PARA CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA SITUACIONAL

PROBLEMA			
Descritores	Fatos	Condicionantes	Determinantes

A Árvore de Problemas é um diagrama mais simples e tem por objetivo explicar o problema, identificando suas “raízes” (determinantes estruturais), seu “tronco” (condicionantes históricos) e seus “galhos”, “folhas”, e “frutos” (consequências).

MATRIZ PARA CONSTRUÇÃO DA ARVORE DE PROBLEMAS

Consequências
Problema
Causas

²⁰ Ver um modelo de Árvore de Problema em anexo.

O **quinto passo** da etapa de Análise da Situação de Saúde é a apresentação do resultado dos passos anteriores ao conjunto dos atores envolvidos no processo, o que pode ser feito em uma reunião específica ou em um seminário interno da empresa. A apresentação e o debate da Análise da Situação de Saúde objetiva a transparência do trabalho realizado pela equipe de planejamento, buscando legitimar os resultados alcançados. Com isso, o processo de elaboração do plano chega ao segundo momento, ou etapa, que passamos a descrever a seguir.

B) DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS (OBJETIVOS DO PLANO)

A **definição dos objetivos** implica a identificação da situação-objetivo que se pretende alcançar no prazo do Plano, a definição dos cenários prováveis e a formulação dos objetivos propriamente ditos.

A definição dos objetivos, correlatos aos problemas analisados, identificados no fluxograma situacional como pontos de confluência de determinações estruturais e históricas que explicam a existência do problema em sua magnitude e forma de apresentação, é o ponto de partida para o processo de formulação das propostas de intervenção. Do ponto de vista das ações de saúde, é possível se pensar na elaboração de objetivos que impliquem a interseção de ações desenvolvidas pelas diversas instituições, ainda que isso venha a se apresentar como certa superposição de propostas ao se analisar o conteúdo dos módulos operacionais deles derivados.

Uma vez identificados, descritos, priorizados e analisados os problemas, deve-se tratar de estabelecer os **Objetivos** a serem alcançados, isto é, o que se pretende fazer para enfrentar os problemas priorizados e explicados no momento anterior. O **primeiro passo** é retomar cada problema e formular objetivos para seu enfrentamento. Cabe lembrar que cada objetivo pode ser definido de uma das três formas seguintes:

- a) Objetivos relativos aos resultados que se pretende alcançar em termos da situação epidemiológica e social da população afetada (melhoria das condições de vida).

- b) Objetivos relativos aos **produtos** que se pretende oferecer à população, isto é, as ações e serviços que serão prestados em cada área.
- c) Objetivos relativos às mudanças que se pretende introduzir no **processo** de prestação de ações de saúde.

A sistematização dos objetivos definidos gerará como produto parcial o segundo capítulo do Plano. Uma vez revisado, este capítulo se constitui no ponto de partida para a definição das ações e atividades a serem desenvolvidas em cada área, o que já se constitui no terceiro momento do processo de elaboração do Plano.

C) CONSTRUÇÃO DOS MÓDULOS OPERACIONAIS / ANÁLISE DE VIABILIDADE

O Desenho de propostas de intervenção e suas respectivas estratégias de ação incluem a definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das intervenções propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade do Plano.

A elaboração das propostas de ação propriamente ditas pode ser antecedida pela utilização de técnicas de *brainstorm* entre os participantes do planejamento, implicando no estabelecimento de processos criativos que incluam a revisão da experiência acumulada em suas respectivas instituições e a revisão de bibliografia específica sobre o tema que alimente a discussão em grupo.

O trabalho não se restringe, portanto, a um simples preenchimento de planilhas, mas corresponde a uma verdadeira análise do estado da arte em termos de conhecimento e da tecnologia disponível para o enfrentamento do problema selecionado, ao tempo em que liberta a imaginação dos participantes para que possam pensar em formas inovadoras de organização das atividades previstas, com os recursos disponíveis.

A análise da viabilidade corresponde à identificação de recursos econômicos, técnicos e até políticos que possam ser intercambiados entre as instituições

participantes do processo. Isto significa que a construção da viabilidade passa pela identificação e eventual redirecionamento dos recursos existentes no conjunto das instituições. Um dos produtos do processo de análise e construção da viabilidade é a definição das atividades que serão efetivamente realizadas e a elaboração de “projetos dinamizadores” que tratem de preencher as lacunas em termos de recursos, sejam técnicos, administrativos ou recursos de poder.

O desenho das estratégias de ação para o enfrentamento de um determinado problema depende de um conjunto de fatores. De um lado, depende da própria natureza do problema a ser enfrentado; do outro, das concepções e práticas vigentes no sistema de saúde. Esse é um processo eminentemente criativo e comunicativo, no qual devem ser envolvidos os distintos atores, buscando-se o estabelecimento de compromissos políticos, técnicos e administrativos em torno dos cursos de ação propostos.

Para isso, o **primeiro passo** é a definição do conjunto de ações e atividades que serão desenvolvidas para o alcance de cada um dos objetivos no momento anterior. Em outras palavras, a seleção das tecnologias que serão acionadas para o enfrentamento do problema e atendimento às necessidades. Isto pode ser feito através da elaboração de “Módulos Operacionais”, e cada um deles corresponde a um dos objetivos (políticas) definidos previamente.

O **segundo passo** é o detalhamento do processo de operacionalização dessas ações, através da definição das atividades que serão realizadas, com seus respectivos responsáveis, prazos e recursos envolvidos. Isto corresponde a uma programação detalhada, na qual se define o que vai ser feito, por quem, quando e com que recursos, o que resulta em um determinado volume de serviços e, em última instância, em uma determinada cobertura e um determinado impacto, ou efetividade das ações. Este processo supõe uma análise de viabilidade (política, técnica e administrativa) das ações propostas, o que pode ser feito pela equipe técnica responsável pela elaboração do Plano.

O **terceiro passo**, portanto, é a análise de viabilidade, que implica a identificação da disponibilidade de determinados tipos de recursos utilizados para o desencadeamento e continuidade das ações. A viabilidade financeira remete à disponibilidade de recursos financeiros, incluindo não apenas o dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, os recursos físicos, humanos e materiais. A viabilidade política diz respeito à disponibilidade de recursos de poder, isto é, a vontade política²¹ de implementar (ou não) o que está proposto no Plano. A viabilidade técnico-operacional diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, isto é, conhecimentos e habilidades técnicas para a execução das ações propostas, bem como de recursos administrativos, ou seja, capacidade de organização e gerenciamento para a execução eficiente e efetiva das ações.

A análise de viabilidade pode ser realizada de diversas formas, identificando-se, por exemplo, as facilidades e dificuldades existentes no sistema, instituição que está desenvolvendo o processo de planejamento, ou ampliando-se a análise, de modo a identificar dificuldades e oportunidades, facilidades e ameaças (método DAFO), conforme o método sugerido na publicação da Organização Pan-americana de Saúde (OPS, 1994), dedicada a sistematizar conteúdos, métodos, técnicas e instrumentos de Administração estratégica a serem utilizados por gestores de Sistemas Locais de Saúde.

De acordo com esta metodologia, a análise de viabilidade de uma determinada proposta de ação deve levar em conta Fatores internos e Fatores externos ao contexto institucional onde se desenvolve o processo de planejamento de uma dada intervenção. Assim, os fatores do “ambiente externo” podem significar Oportunidades ou Ameaças a uma determinada proposta nascida no seio de uma organização, enquanto internamente podem-se identificar Fortalezas e Debilidades da própria organização para o desenvolvimento da proposta.

²¹ Esta “vontade política” não se refere apenas às opções dos dirigentes do sistema, mas também inclui a posição dos profissionais e trabalhadores das organizações públicas, das organizações sociais e comunitárias envolvidas com o processo de planejamento e execução das intervenções.

MATRIZ DAFO²²

		INTERNAS	
		Fortalezas	Debilidades
EXTERNAS	Oportunidades	Alternativas FO	Alternativas DO
	Ameaças	Alternativas FA	Alternativas DA

Fonte: OPS/OMS, 1992

Uma simplificação do uso desse método pode ser feita através da sistematização da análise de viabilidade em uma Matriz de modo a se identificar os recursos existentes ou de fácil obtenção elencados na coluna de “facilidades” e os recursos inexistentes ou de difícil obtenção, elencados na coluna “dificuldades”, considerando a operacionalização das ações propostas.

A não disponibilidade de qualquer desses “recursos estratégicos” não significa a inviabilização das propostas de ação. Pelo contrário, sua identificação é sumamente importante para impulsionar a elaboração de “projetos dinamizadores”, isto é, projetos que, sendo desenvolvidos paralelamente à execução do Plano de Ação, permitam a superação das dificuldades existentes, seja no plano financeiro, político e técnico-operacional.

MATRIZ DE ANÁLISE DE VIABILIDADE

PROBLEMA				
Objetivos	Atividades	Facilidades	Dificuldades	Estratégia de Ação

²² No Brasil essa metodologia tem sido divulgada com a sigla FOFA (Facilidades e Oportunidades, Fragilidades e Ameaças) numa tentativa de se evitar a cacofonia produzida pela utilização da sigla original em, espanhol (FODA), invertida neste texto, com o mesmo objetivo.

A análise de viabilidade permite, assim, a formulação das estratégias de ação, que se traduzem nas ações que devem ser realizadas para potencializar as facilidades e reduzir ou abolir as dificuldades para o alcance dos objetivos propostos. A análise de viabilidade pode levar, também, à necessidade de um redimensionamento ou modificação dos objetivos previamente definidos.

O produto do processo de análise de viabilidade é o conjunto de Módulos Operacionais definidos em função das políticas e prioridades do Plano de Saúde. Este produto parcial deve ser enriquecido com o estabelecimento dos indicadores de acompanhamento dos objetivos propostos em cada Módulo, que constitui o **quarto passo** desse momento.

Com a especificação dos indicadores de acompanhamento, completa-se o terceiro momento do processo de elaboração do Plano, cuja sistematização resulta em um conjunto de Planilhas (conforme Matriz a seguir) contendo os Objetivos, Atividades, Responsáveis, Prazos e Recursos necessários, definidos em função de cada um dos Objetivos (Políticas) definidos no Plano de Saúde.

MATRIZ PARA ELABORAÇÃO DOS MÓDULOS OPERACIONAIS

PROBLEMA					
OBJETIVOS GERAL					
Objetivos Específicos	Atividades	Responsáveis/ Participantes	Recursos Necessários	Prazos	Indicadores de Acompanhamento

D) GERENCIAMENTO DA EXECUÇÃO: PROGRAMAÇÃO – ORÇAMENTAÇÃO

O quarto momento de elaboração do Plano, ou seja, o momento tático-operacional implica no detalhamento das tarefas necessárias à operacionalização das ações propostas. Dando seguimento ao processo de elaboração dos Módulos

Operacionais, o passo seguinte corresponde à programação detalhada das ações a serem realizadas, concomitante à condução e ao estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados alcançadas e à gerência cotidiana da execução das ações propostas.

O processo de operacionalização das ações previstas implica o desencadeamento de um processo de programação detalhada das atividades, o que, na prática, significa rever e recriar cada uma das propostas de intervenção à luz das condições concretas em que se dará a sua execução. Nesse momento é que se coloca mais claramente a possibilidade de articulação e organização dos distintos sujeitos sociais que “sofrem” o problema, estabelecendo-se a possibilidade de alianças estratégicas entre dirigentes, técnicos e população para garantir a operacionalização dos diversos módulos operacionais.

A definição dos responsáveis e participantes na execução de cada atividade é um passo que faz parte da elaboração dos módulos operacionais. Em se tratando do planejamento de saúde, entretanto, é importante chamar a atenção para a importância estratégica desse processo, na medida em que é o momento no qual se negocia o compartilhamento de responsabilidades entre as instituições envolvidas. A atribuição de responsabilidades, nesse caso, não é um processo eminentemente técnico, de delegação de funções e competências, mas um processo político, no qual se testa, inclusive, o grau de comprometimento das diversas instituições e dos diversos atores com este processo.

Além disso, é conveniente estabelecer os indicadores de acompanhamento e avaliação, sejam do processo, de produto ou de resultados. A seleção de indicadores, em número e tipo, depende sempre dos propósitos perseguidos com a avaliação, os quais geralmente mesclam a busca de efetividade (impacto sobre os problemas), o incremento da produtividade (produtos) com o aumento da legitimidade do processo, isto é, a acumulação de poder (político) no grupo que conduz o planejamento e execução das ações.

No caso do planejamento de saúde, é importante que o processo de acompanhamento e avaliação também inclua indicadores que permitam avaliar o grau de articulação entre as instituições envolvidas, especialmente

levando-se em conta a proposta de regionalização do sistema, em curso nos vários estados da federação. Nesse sentido, é importante identificar a eventual necessidade de mudanças na organização e gestão das instituições estaduais e municipais, a exemplo da reorganização das estruturas regionais vinculadas ao modelo macro-organizacional anterior ao Pacto.

Uma vez que se tenha elaborado o conjunto de Módulos Operacionais, isto é, que se tenha preenchido as planilhas relativas a cada problema prioritário, com seus respectivos Objetivos, Atividades, Responsáveis, Prazos e Indicadores de Acompanhamento e Avaliação, é possível elaborar um quadro-síntese dos compromissos, ou seja, um Quadro de Metas²³ (Quadro 1), que pode ser sistematizado conforme matriz colocada a seguir.

QUADRO DE OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO

Problema	Objetivos Geral	Metas	Indicadores de Acompanhamento

Finalmente, o último²⁴ passo no processo de elaboração do Plano é a elaboração da previsão orçamentária. No caso, o estabelecimento de uma previsão orçamentária para o período de execução do Plano, uma etapa

²³ Cabe recordar que uma Meta é um Objetivo quantificado, o que significa que deve se tentar, na medida do possível, estabelecer Metas para cada um dos Objetivos gerais especificados nem cada Módulo Operacional do Plano. Estas Metas podem ser definidas levando-se em conta o horizonte temporal de implantação, (4 anos?) a partir do que se pode desagregar, anualmente, na programação operativa, a meta esperada a cada ano.

²⁴ Não é demais recordar que essa expressão aparece no texto mais como figura de retórica, acentuando o caráter didático com que tentamos descrever os momentos do processo. A disponibilidade de recursos financeiros para a implementação de um determinado Plano, programa ou projeto, é, como se sabe, o elemento mais importante, que define se o planejamento é um mero exercício ou se de fato se transformará em um guia para a ação. Nesse sentido, a preocupação com a disponibilidade e as formas de utilização dos recursos financeiros deve permear todo o processo de elaboração do Plano de Saúde. Comparece na priorização de Problemas, quando se faz análise dos custos da intervenção, reaparece no momento da definição dos Objetivos (mais ambiciosos ou mais tímidos, de acordo com a disponibilidade financeira), apresenta-se no momento estratégico com toda a sua importância, na medida em que nesse momento é se pensam estratégias para a superação de eventuais limitações financeiras que obstaculizem a implantação das propostas, e, finalmente, reaparece quando da elaboração final da “peça” orçamentária, de acordo com a legislação vigente.

importantíssima do processo, na medida em que circunscreve o horizonte do possível em termos da disponibilidade de recursos financeiros.

A elaboração do orçamento é uma estimativa que leva em conta, de um lado, a identificação dos recursos necessários à execução plena das atividades previstas no conjunto dos Módulos Operacionais. Por outro, ancorado no senso de realidade, implica na análise prospectiva das tendências futuras em termos da captação de recursos financeiros por parte do órgão responsável pela implementação das propostas contidas no Plano.

O **primeiro passo** do processo de elaboração da proposta orçamentária do Plano corresponde a um detalhamento da análise de viabilidade econômica esboçada na etapa anterior. Desse modo, é preciso estimar o volume de recursos disponíveis para a execução das ações previstas a cada ano de execução do Plano, o que pode ser feito através da projeção das tendências das receitas e despesas dos anos anteriores.

Por outro lado, é preciso fazer uma estimativa dos gastos necessários para a execução dos diversos Módulos Operacionais, o que constitui o **segundo passo** desse momento. Para encontrar os valores prováveis de cada módulo, é importante identificar as despesas com pessoal e outras despesas de custeio, bem como as eventuais despesas com investimentos (obra, instalações, compra de equipamento e material permanente).

Para cada Módulo Operacional poder-se-á estimar o custo total, que, agregado aos demais módulos, constituirá o custo provável de execução do Plano. A sistematização desses dados poderá ser feita com a utilização da matriz correspondente.

O balanço entre os recursos disponíveis e os recursos necessários, **terceiro passo** desse momento, deverá gerar a elaboração da proposta orçamentária do Plano, com especificação dos volumes totais de recursos a serem disponibilizados e suas possibilidades de gasto em cada ano de execução do Plano, em função das diversas fontes de receita. Com isso, é possível identificar eventuais lacunas a serem preenchidas com projetos de captação

de recursos para áreas específicas, ou até a possibilidade de remanejamento de recursos entre as diversas áreas.

PREVISÃO DE CUSTOS POR MÓDULO OPERACIONAL

MÓDULO OPERACIONAL	VALORES EM R\$			
	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4

Uma vez concluído o processo de elaboração da proposta orçamentária, cabe à equipe técnica organizar o documento Plano, com seus vários capítulos, e providenciar a publicização do mesmo sempre que isso significar ganhos de legitimidade e/ou pressão política para garantir a implantação, a continuidade e o aperfeiçoamento contínuo das atividades a serem realizadas.

COMENTÁRIO FINAL

A operacionalização das atividades propostas no plano, programa ou projeto de saúde implica um aprofundamento ainda maior do que o realizado até então na situação concreta existente no território onde se desenvolverão as ações previstas.

Cabe, portanto, avançar no debate acerca do lócus operacional do plano, programa ou projeto, área específica do município, distrito ou micro-região onde se desenvolverá o processo de articulação e/ou reorganização das ações já realizadas pelas instituições envolvidas, ao tempo em que se implantam outras novas, estimulando-se a participação das instituições envolvidas no processo. Além disso, vale ressaltar, também, que a execução deve se fazer acompanhar da avaliação periódica, conforme os indicadores previstos, e implica, essencialmente, no exercício da capacidade de liderança dos dirigentes e coordenadores de atividades, ao mesmo tempo em que pressupõe a organização permanente dos processos de trabalho em cada local.

REFERÊNCIAS

KLEKOWSKY, B. M.; ROEMER, M.; WERFF, A. V. D. Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la Salud Para Todos. Pautas para una política. **Cuadernos de Salud Pública**, OMS, n. 77, 1984. 134p.

MATUS, C. **Planificación, Política y Gobierno**, OPS, Washington D. C., 1987. 768p.

MATUS, C. **Teoría del juego social**. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús, 2007. 488p.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993. 300p.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. Vol. 2.

OPS/OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud**: La Administración Estratégica. Washington, D.C., 1992. 160p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD /OMS. OPAS. **La Administración estratégica en SILOS**. Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educativos. ANEXOS. Mapas políticos, Red de eslabonamiento estratégico, MAAN, DOFA e Diagrama de causa y efecto. 1994.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-466.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993. p. 237-265.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 2, 1999. p. 287-303.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador, Bahia: CEPS/ISC, 2001. 80p.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 18 (suplemento), 2002. p. 153-162.

TEIXEIRA, C. F. O processo de formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador. **Relatório CNPQ**, set. 2009.

TESTA M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. 226p.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. p. 68.

PLANEJAMENTO MUNICIPAL NO SUS: O CASO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SALVADOR

Marcelo Nunes Dourado Rocha
Sara Cristina Carvalho Cerqueira
Carmen Fontes Teixeira

INTRODUÇÃO

O processo de construção do SUS em Salvador, Bahia, tem sido dificultado por uma série de fatores que incluem desde a insuficiência histórica de infraestrutura de serviços públicos de saúde na cidade até a implementação de opções políticas inadequadas em termos de gestão e financiamento dos serviços, notadamente aquelas adotadas no período compreendido entre 1997-2004.

O governo municipal iniciado em 2005, fruto de ampla coligação de partidos de oposição ao bloco hegemônico no Estado, contemplou, na área de saúde, a retomada dos princípios e diretrizes que norteiam o processo de construção do SUS. Nesse contexto, a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2006-2009 significou uma oportunidade de se estabelecer um conjunto de proposições que contribuisse com a mudança de direcionalidade na política municipal de saúde, tanto em termos da gestão do sistema quanto, principalmente, em termos da reorganização do modelo de atenção (CERQUEIRA, 2009).

O processo de elaboração do PMS 2006-2009, desencadeado a partir de junho de 2005, buscou observar uma coerência com outros instrumentos de planejamento vinculados ao poder Municipal, a saber: o Plano Diretor de

Desenvolvimento Urbano da Cidade do Salvador (PDDU - Lei 6586/04), a PPI/Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 e o Plano Municipal de Saúde 2002-2005. Durante o processo de elaboração do PMS, tomou-se como referência o Plano Nacional de Saúde e a Agenda Estadual de Saúde, buscando-se identificar convergências de propósitos na perspectiva de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador (CARMO et al., 2006). Além disso, buscou-se articular o processo de elaboração do PMS com o processo de planejamento municipal de um modo geral, o que implicou a busca de compatibilização do conteúdo do PMS com o Plano Plurianual (PPA) da Prefeitura, cujo resultado é a incorporação dos principais eixos definidos no PMS ao Plano Estratégico da Gestão Municipal (PEG).

A FORMULAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde se desenvolveu nos primeiros meses da nova gestão municipal sob a condução da Assessoria Técnica (ASTECH), que procurou articular as iniciativas produzidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o planejamento do conjunto do poder municipal.

Inicialmente, a ASTEC elaborou uma proposta de oficinas de planejamento e programação local em saúde nos Distritos Sanitários (DS), que dentre outros objetivos pretendia promover a aproximação da direção central da Secretaria Municipal de Saúde com as equipes dos DS e destas com a comunidade; caracterizar os DS quanto às condições socioeconômicas e demográficas; promover um espaço participativo de discussão dos problemas de saúde levantados em cada Distrito Sanitário; e identificar a importância do Planejamento e Programação Local em Saúde – PPLS (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2005), compreendendo-o como um instrumento de gestão no âmbito local e como prática cotidiana dos profissionais da equipe de coordenação dos distritos.

Nesse período foram realizadas as oficinas em todos os Distritos Sanitários, constituindo-se em momentos de grande mobilização das equipes distritais e lideranças comunitárias desses territórios. As oficinas representaram também a oportunidade para que os novos integrantes da gestão conhecessem os problemas de saúde e do sistema de serviços nos DS, além de possibilitar a

integração com as equipes do âmbito distrital. No entanto, apenas alguns técnicos e dirigentes do âmbito central participaram dos encontros, apesar da ASTEC ter discutido a proposta no colegiado de gestão do nível central, e pautado, em outras ocasiões, os resultados das primeiras oficinas.

Paralelo a este movimento junto aos Distritos Sanitários, a SMS vinha participando do chamado “planejamento estratégico” da Prefeitura desencadeado pela Secretaria Municipal de Administração (SEAD) no primeiro semestre daquele ano, e realizado com o apoio de consultoria externa. O Plano Estratégico de Gestão Municipal – PEG se propunha a viabilizar os objetivos estratégicos e programas definidos pelos dirigentes municipais e aprovados pelo Fórum Popular, utilizando a metodologia de planejamento definida pela Coordenadoria Central de Inovação da Gestão - CIG/SEAD. Como produtos desse processo, foram destacados o detalhamento da Missão, Visão, Análise Interna (Pontos Fortes e Pontos Fracos), Ações Específicas, Ações Estratégicas e Metas Globais dos Órgãos e Entidades da PMS – Prefeitura Municipal de Salvador, que comporiam o Plano Plurianual referente ao período de 2006 / 2009.

Portanto, a SMS tinha o desafio de construir o Plano de Saúde em consonância com todos esses instrumentos de planejamento municipal, assim como aqueles referentes ao próprio setor saúde nas outras esferas do SUS. Nesse sentido, a participação dos dirigentes e técnicos da Secretaria no processo de elaboração do Plano Plurianual (PPA) garantiu a compatibilização, do ponto de vista metodológico e orçamentário, com os módulos operacionais do PMS.

No segundo semestre, foi firmado contrato de cooperação técnica com o ISC\UFBA, e, desta forma, a SMS passou a contar com o apoio de pesquisadores da área de planejamento e gestão, que elaboraram a proposta metodológica do Plano Municipal de Saúde bem como o cronograma de trabalho, submetendo-os à discussão no Conselho Municipal de Saúde. Essa equipe trabalhou na sistematização das informações para construção da análise da situação de saúde (ASIS), resgatando os produtos elaborados nas Oficinas de Planejamento dos Distritos Sanitários, e fazendo a revisão da informação demográfica, epidemiológica e socioeconômica disponível para a cidade do Salvador e desagregada por Distrito Sanitário.

Após este trabalho, a versão preliminar da ASIS e o desenho dos módulos operacionais do plano, elaborados com base nos objetivos estratégicos para a saúde (seis programas de ação), definidos no PPA 2006-2009 e desagregados em função dos problemas e prioridades estabelecidas pela SMS, foram apresentados e aprovados no Conselho Municipal de Saúde.

A elaboração dos módulos operacionais requereu a definição e organização de grupos de trabalho da SMS, compostos por técnicos dos setores diretamente responsáveis por cada situação-objetivo desenhada. Após revisão técnica dos módulos operacionais recebidos, e considerando a dificuldade de algumas equipes na elaboração das propostas, a ASTEC promoveu a realização de oficinas de trabalho para conclusão da redação dos módulos operacionais do PMS. Este momento foi bastante interessante por permitir um espaço de reflexão sobre os desafios para a gestão diante dos problemas do estado de saúde e do sistema referidos na ASIS, além de ter possibilitado indiretamente a discussão das práticas de trabalho das equipes.

Foi elaborada nova versão do Plano após a inclusão das propostas destas oficinas, e, com a proximidade da VIII Conferência Municipal de Saúde (CMS), optou-se por adiar a finalização do documento a fim de submeter o capítulo dos módulos operacionais aos participantes da conferência. A ideia inicial era de que fossem formados sete grupos de discussão na VIII CMS, em concordância com os módulos do plano, mas como a comissão organizadora aderiu à outra formatação dos grupos, a opção foi incluir o capítulo nos documentos da conferência.

Finalmente, a equipe de planejamento procedeu à revisão final e editoração do Plano Municipal de Saúde, que foi aprovado por unanimidade na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, em agosto de 2006.

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009

O PMS 2006-2009 em sua formatação final está estruturado em sete capítulos assim distribuídos: 1. Introdução; 2. Aspectos demográficos e socioeconômicos 3. Análise da Situação de Saúde (ASIS); 4. Concepções, princípios e diretrizes; 5. Módulos Operacionais (MO); 6. Plano Plurianual; 7. Anexos.

O capítulo introdutório do Plano destaca o cuidado, do ponto de vista metodológico, de realização da análise de coerência entre os instrumentos de planejamento setorial, tais como, o Plano Nacional (2004-2007) e Estadual de Saúde (2004-2007), o Plano Municipal de Saúde (2002-2005), a Programação Pactuada Integrada/Pacto de Indicadores da Atenção Básica (2005), além das recém-aprovadas diretrizes do Pacto pela Saúde 2006. Ademais, incorporou outros instrumentos de planejamento sistêmico, a exemplo do PDDU.

Traz o caráter inovador do PMS 2006-2009, que buscou sincronizar o processo de formulação do Plano ao Ciclo Orçamentário no âmbito da Prefeitura, permitindo a compatibilização orçamentária dos programas, projetos e atividades do PPA com os Módulos Operacionais do Plano Municipal de Saúde. Ademais, reafirma o compromisso com o fortalecimento do controle social ao envolver o Conselho Municipal de Saúde desde o início do processo de formulação até a elaboração da sua versão final, que contou com a incorporação das propostas e recomendações emanadas na 8ª Conferência Municipal de Saúde.

O segundo capítulo contempla uma sistematização de dados gerais acerca das características demográficas e socioeconômicas da população, chamando atenção para as tendências mais recentes, quais sejam, a redução da taxa de crescimento populacional e o envelhecimento da população, o que indica a necessidade de preparação do sistema municipal de serviços de saúde para atender às demandas específicas deste grupo populacional. Ainda em termos demográficos, merece destaque a composição étnica da população do município, na qual 83% dos residentes na capital são afro-descendentes.

Neste cenário, cumpre registrar a iniciativa da administração pública municipal em criar o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GT-SPN), constituído por técnicos da SMS e representante da Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR). Como um dos desdobramentos mais significativos dos trabalhos desencadeados por este grupo, pode-se citar a elaboração do Diagnóstico de Saúde da População Negra que passou a orientar a elaboração das propostas de intervenção para este grupo populacional, as quais foram posteriormente reunidas num módulo operacional específico.

O terceiro capítulo do Plano é composto pela Análise da Situação de Saúde da população, orientada pelo enfoque sobre problemas, possibilitando a distinção entre os problemas do estado de saúde da população (danos e riscos) e problemas do sistema de serviços de saúde (infraestrutura, gestão, organização, financiamento, gestão e modelo de atenção). Ao assumir a opção pelo planejamento participativo, concretizado na realização de oficinas de trabalho em nível distrital, criou as condições que possibilitaram uma análise de situação de saúde mais próxima da realidade da população e dos trabalhadores da saúde.

Nessa perspectiva, o Plano procurou apresentar informações epidemiológicas desagregadas por distritos sanitários, procurando dar visibilidade às análises produzidas, ao longo do ano de 2005, nas oficinas de trabalho realizadas em cada um dos 12 DS de Salvador. Contempla, em primeiro lugar, a sistematização dos principais problemas de saúde da população apresentados em termos dos principais indicadores da tendência de mortalidade e de morbidade por causas e por grupos populacionais atingidos. Em seguida, apresentam-se os problemas do sistema municipal de serviços de saúde, chamando a atenção para a incipiência do processo de construção do SUS no município, naquela altura ainda habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica.

A decisão política de elevar o município à condição de gestão plena do sistema municipal de saúde (GPSMS), dificultada pela insuficiência estrutural de serviços municipais de saúde, gerou a necessidade de se fazer um balanço entre a disponibilidade de oferta de serviços próprios e contratados, de um lado, e as necessidades de serviços de saúde da população, de outro. Este balanço tomou como referência os parâmetros de cobertura assistencial adotados no SUS, em especial a Portaria 1101/02, utilizada na elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), contemplando a realização de estimativas em termos de: número de consultas e de procedimentos por especialidades, necessidades de internação e disponibilidade de leitos por especialidade, distribuição espacial da rede de serviços de saúde, classificação por tipo de estabelecimento e a situação dos equipamentos de diagnose e terapia.

De modo geral, o resultado das estimativas indica uma série de distorções, com expressivo desequilíbrio entre os DS, em grande medida, decorrentes da

baixa capacidade instalada, inclusive da rede básica, e da excessiva dependência do setor privado nos serviços de média e alta complexidade, fruto da política de terceirização das ações e serviços de saúde, levada a cabo pela gestão pública municipal no período anterior.

O quarto capítulo traz a explicitação das Concepções, Princípios e Diretrizes que nortearam a formulação da “Política Municipal de Saúde”, expressa nos Objetivos do Plano colocados no capítulo seguinte. Cabe ressaltar que este item do PMS 2006-2009 tem um significado estratégico no âmbito do debate acerca do modelo de atenção que se pretendia implementar no SUS municipal, vez que explicita claramente a opção pela proposta de Vigilância da Saúde (PAIM; TEIXEIRA; VILASBOAS, 1998) como “imagem-objetivo” a ser perseguida no âmbito do sistema municipal.

Essa decisão foi colocada inicialmente no PDDU, quando de sua revisão no início da gestão e trabalhada pela equipe dirigente da SMS por conta das Oficinas de preparação do Plano Municipal de Saúde, em 2006, sendo devidamente referendada pelo Conselho Municipal de Saúde. Nesse sentido, a opção pela proposta da Vigilância da Saúde apresenta um conjunto de implicações. *Em primeiro lugar, compromete-se com o controle de danos, riscos e determinantes sócio-ambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população, preocupando-se não apenas com a demanda por serviços, mas com as necessidades de saúde, individuais e coletivas.*

Em segundo lugar, a Vigilância da Saúde dialoga com outras combinações tecnológicas mais conhecidas, tais como: a assistência médico-hospitalar (inclusive os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT e os serviços de média e alta complexidade), a saúde bucal, a assistência farmacêutica, as vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental e nutricional) e as ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população. Em terceiro lugar, reconhece a estratégia da saúde da família como componente orgânico ao modelo, além de valorizar propostas alternativas como acolhimento, oferta organizada, ações programáticas de saúde e Cidades Saudáveis.

Em quarto lugar, ao anunciar a perspectiva da Vigilância da Saúde, o PDDU aponta, inicialmente, para a integração institucional e operacional das vigilâncias com os laboratórios de saúde pública, a saúde ambiental e ocupacional até alcançar, em uma etapa mais

avançada, as características fundamentais desse modelo: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização do conceito epidemiológico de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações” (SALVADOR, 2006).

Com referência à reorganização dos serviços de saúde, o Plano destaca a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como dispositivo estratégico para apoiar a mudança na organização da atenção básica de saúde no município, apontando ainda para a necessidade de aperfeiçoamento da organização espacial da distribuição da rede de saúde e a otimização da rede de referência, com prioridade para as áreas periféricas.

A síntese dos principais problemas do estado de saúde e do sistema municipal de serviços de saúde foi o ponto de partida para elaboração das propostas de intervenção consolidadas nos módulos operacionais reunidos no quinto capítulo. Os MO foram definidos em função das áreas-problema consideradas como eixos do processo de construção do SUS no município. Em cada um deles, tratou-se de estabelecer os objetivos gerais e específicos que conduzem à definição de linhas de ação voltadas para o enfrentamento dos problemas identificados no momento anterior. Desse modo, a versão final do PMS 2006-2009 contemplou os seguintes módulos operacionais:

● **Módulo Operacional I – Promoção e Vigilância da Saúde**

Considerando a incipiência histórica das ações de promoção da saúde e a fragilidade no desenvolvimento de propostas de intervenção nas áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador no município, optou-se pela agregação destes componentes num mesmo módulo. Assim, foram concebidas quatro linhas de ação: Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida, Comunicação e Educação em Saúde, Vigilância em Saúde, Vigilância à Saúde do Trabalhador. Em seu conjunto, tais linhas apontavam para a necessidade de promover articulações intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida da população, considerando três grupos de determinantes: a) determinantes

sócio-ambientais (educação, emprego, habitação, saneamento, renda, etc.); b) riscos (tabagismo, sedentarismo, alcoolismo e condutas inadequadas no trânsito, violências, sobrepeso, alimentação incorreta, sedentarismo, abuso de drogas, etc.); c) danos (Doenças Cardiovasculares, Hipertensão, Diabete, Obesidade, Neoplasias, Acidentes, Agressões e Homicídios, Cárie e doença periodontal, Doenças Infecciosas e Parasitárias, etc.).

Especificamente em relação à Vigilância em Saúde, propôs-se a organização do sistema com ênfase na descentralização para os distritos sanitários das ações de: controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, além daquelas de prevenção e controle das doenças imuno-preveníveis, da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, das doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DANTs) e dos agravos relacionados com a violência social em suas diversas formas.

● **Módulo Operacional II – Atenção Básica à Saúde**

Ao considerar a problemática da Atenção Básica, analisada no diagnóstico situacional (momento explicativo), sendo caracterizada pela baixa cobertura assistencial, e agravada pela política de terceirização na contratação dos profissionais de saúde, o segundo módulo indicou a necessidade de reorganização deste nível de atenção, com adoção da estratégia de saúde da família como eixo estruturante do processo.

Nesse sentido, investiu no aumento da cobertura da ESF com prioridade para as áreas menos privilegiadas da cidade, tendo como objetivos a ampliação do acesso, a melhoria na qualidade da atenção e a humanização do atendimento da população no sistema municipal de saúde em Salvador. A organização do processo de trabalho deveria privilegiar o desenvolvimento de ações integrais de acordo com eixos temáticos prioritários, a saber: Saúde da Criança e do Adolescente, da Mulher, do Homem, do Idoso, Saúde Mental e Saúde Bucal. Ademais, inovou ao ocupar-se com a garantia do atendimento integrado a determinados grupos tradicionalmente não contemplados na formulação de políticas públicas de saúde, tais como: os portadores de deficiências físicas, de albinismo, de lúpus e de anemia falciforme.

● **Módulo Operacional III – SADT, Ações de Média e Alta Complexidade e Atenção às Urgências e Emergências**

A elevação do município à condição de gestão plena do sistema municipal de saúde (GPSM), ainda em 2006, imprimiu a necessidade de se reorganizar os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o atendimento de urgência e emergência, bem como os serviços de média e alta complexidade ofertados pelos prestadores públicos e privados (contratados/conveniados). A proposta de reorganização da rede, também adotada no PDDU, indicava que esta deveria ocorrer de forma regionalizada e hierarquizada em articulação direta com a atenção básica. O balanço realizado no final do terceiro capítulo indicou a necessidade de redimensionamento da oferta de determinados serviços e da implantação de outros ainda não ofertados, com vistas a ampliar o acesso do usuário aos serviços de maior complexidade, garantindo a universalidade, equidade e integralidade do atendimento.

As dificuldades enfrentadas na relação com a esfera estadual em torno das negociações para assumir a gestão dos estabelecimentos públicos sediados no município evidenciaram a disputa entre projetos políticos diferentes na condução do SUS no estado. Por conta da negativa da gestão estadual em municipalizar a rede hospitalar, a formulação das propostas de ação se preocupou, fundamentalmente, com a melhoria da qualidade da assistência pré-hospitalar e com a qualificação dos serviços de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência da rede municipal.

● **Módulo Operacional IV – Fortalecimento da Capacidade de Gestão (Plena) do SUS Municipal**

Este módulo contempla a definição do conjunto de ações e atividades desenvolvidas para fortalecer a capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde, envolvendo a condução política, o planejamento, auditoria, controle e avaliação e a organização da rede de apoio gerencial aos serviços públicos de saúde. No plano político, apontou para a necessidade de consolidar e expandir a articulação da SMS com outros órgãos setoriais como o Ministério da Saúde e outras secretarias de saúde (estaduais e municipais), além de outras instâncias da PMS, numa perspectiva intersetorial.

Igualmente, considerou a implantação de uma política de comunicação visando estabelecer canal de comunicação permanente com a população usuária do SUS municipal, inclusive com a criação do serviço de Ouvidoria. No âmbito organizacional-gerencial, propôs a retomada do processo de descentralização da gestão em consonância com a proposta de redefinição do papel dos Distritos Sanitários. Este movimento apontava para a construção de um sistema municipal de planejamento descentralizado, organizado de forma ascendente (UBS-DS-SMS), estimulando o desenvolvimento de um processo de programação anual das ações e serviços de saúde em nível local.

Outro aspecto preocupante a ser enfrentado, constituía-se na incipiência da regulação dos contratos administrativos, sobretudo com os prestadores privados contratados que consumiam boa parte dos recursos públicos municipais. Nesse sentido, tratou-se de fortalecer o sistema municipal de Auditoria com a estruturação de um sistema de regulação, controle e avaliação das ações e serviços de saúde. Ademais, tratou-se de promover a autonomia e capacidade do Fundo Municipal de Saúde para gerir os recursos advindos das 3 esferas de governo, visando melhorar a alocação e distribuição das receitas.

Com relação à infraestrutura do sistema, a ideia era regularizar o abastecimento de materiais e medicamentos nas unidades de saúde, além de investir na ampliação da capacidade instalada (rede física e equipamentos) do SUS municipal. Como desdobramento deste módulo, devemos citar a elaboração do Plano Diretor da Secretaria Municipal de Saúde com vistas à implementação da reorganização administrativa da SMS.

● **Módulo Operacional V – Valorização dos Profissionais e Trabalhadores de Saúde**

Sabidamente identificado como um dos dois “nós críticos” mais importantes do sistema, ao lado do financiamento (TEIXEIRA, 2006), a problemática dos profissionais e trabalhadores de saúde no município de Salvador revelava-se de forma bastante peculiar. A terceirização na contratação de pessoal para atuação em áreas estratégicas, inclusive o PSF, ocorrida na gestão

anterior, dificultava a extensão de cobertura coerente com os princípios de universalidade e integralidade. Com isso, configurou-se a necessidade de se retomar o investimento na recomposição dos quadros e na valorização do servidor municipal de saúde.

As propostas de intervenção formuladas apontaram, inicialmente, para a definição do quadro básico de pessoal em função das necessidades de ações e serviços de saúde, na perspectiva da gestão plena, com expectativa de realização de concurso público para provimento das funções. Do mesmo modo, comprometeram-se com a reformulação e implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Coerente com a proposta do MS, este quinto módulo reafirmou o compromisso de fortalecimento dos processos de gestão do trabalho e de educação permanente em saúde, a partir da implantação da Política Municipal de Educação Permanente, com o objetivo de transformar o processo de trabalho em eixo definidor e configurador de demandas educacionais no sistema. Enquanto parte desta política, merece destaque a iniciativa da SMS em realizar um curso de especialização em gestão municipal com ênfase na Gestão de Sistemas de Saúde, em parceria com o ISC/UFBA, que envolveu grande parte dos dirigentes e técnicos, possibilitando uma maior difusão dos princípios e propostas definidos na Política Municipal de Saúde.

● **Módulo Operacional VI – Qualificação do Controle Social**

Não menos sensível à temática da participação e do controle social no município, que enfrentava um delicado processo de renovação da composição dos membros do CMS, o sexto módulo destacou os aspectos voltados à promoção da participação social em saúde e a efetivação de uma gestão participativa e democrática do sistema municipal.

Desse modo, definiram-se como estratégias prioritárias: a) ampliação da participação popular na gestão do SUS, visando ao aperfeiçoamento do processo de gestão participativa com ampliação do debate em torno da Política

Municipal de Saúde através do estímulo à implantação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde; b) desenvolvimento de um processo de educação permanente dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social do SUS municipal, tendo como principal objetivo qualificar a atuação do CMS; c) estabelecimento de uma rede de intercâmbio entre os diversos conselhos municipais de políticas públicas; e d) criação de instâncias de controle social da Saúde do Trabalhador no município.

● **Módulo Operacional VII – Política de Atenção à Saúde da População Negra**

O conjunto dos módulos é completado com um especificamente voltado a apresentar a Política de Atenção à Saúde da População Negra, cujas ações recortam tanto o processo de reorganização do modelo de atenção quanto o processo de gestão do sistema municipal de saúde. Assim, procura englobar uma diversidade de enfoques traduzidos nos seus quatro objetivos específicos, que variam desde a preocupação em garantir visibilidade aos agravos prevalentes na população negra, a exemplo da Anemia Falciforme e da violência contra a mulher, passando pela implantação de ações de Combate ao Racismo Institucional na Saúde.

Na prática, a incorporação destas propostas demanda a criação de distintos espaços como o Observatório da Saúde da População Negra de Salvador, responsável pelo monitoramento dos agravos mais prevalentes, além da criação do Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra, composto por pesquisadores, trabalhadores e gestores da saúde e representação da sociedade civil, visando à articulação de estratégias para o combate ao racismo institucional.

O reconhecimento das religiões de matriz africana também como espaço de promoção da saúde indica, por um lado, uma maior aproximação com estas comunidades visando à formação de uma rede municipal de centros religiosos que desenvolvem atividades de saúde. Por outro lado, resgata a necessidade de se preservar a cultura de saúde das áreas remanescentes de Quilombos Urbanos.

O MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Considerando a experiência anterior de ritualização do processo de planejamento na Secretaria Municipal de Saúde (CERQUEIRA, 2009), o movimento desencadeado na organização com a construção do PMS 2006-2009 exigiu a implantação de um processo permanente de monitoramento da implantação das ações previstas, assim como a avaliação do grau de cumprimento dos objetivos definidos em cada linha de ação dos módulos do Plano. Nesse sentido, a SMS, em cooperação técnica com o ISC/UFBA, elaborou uma proposta²⁵ que permitiu o acompanhamento do Plano.

A proposta estruturou-se a partir da identificação de três “polos” ou eixos, quais sejam: polo da intervenção, polo avaliativo/formativo e o polo de investigação. O eixo central da proposta se traduziu no polo da intervenção, sendo desenvolvido na perspectiva da análise da implantação do Plano Municipal de Saúde e a concomitante descrição das condições encontradas no âmbito da SMS em termos dos mecanismos que facilitaram ou inibiram este processo. Consistia na realização de entrevistas por profissional da equipe de cooperação técnica aos dirigentes e técnicos da SMS responsáveis pelas ações do PMS.

O polo avaliativo/formativo deu-se por meio de encontros coletivos com os coordenadores do nível central e dos distritos sanitários, previamente agendados, cuja função foi *favorecer uma regulação das aprendizagens requeridas pelo Plano*. O polo da investigação foi desenvolvido buscando responder quais os elementos que facilitaram ou dificultaram a incorporação do Plano Municipal de Saúde como meio de trabalho da organização.

Os primeiros passos no monitoramento da implantação do Plano foram dados com a apresentação e discussão da proposta no colegiado de gestão do nível central em setembro de 2006, seguido da formação de grupos de trabalho

²⁵ Paim, J. S.; Viana, S. V. Proposta de metodologia de apoio à implantação do Plano Municipal de Saúde (2006-2009), Salvador, 2006, 45p.

por afinidade de ações a fim de serem acompanhados durante a 1ª etapa de visitas. Em dezembro de 2006 foi realizada a primeira oficina prevista na metodologia de monitoramento do plano cujo tema principal foi o “desenvolvimento e fortalecimento de equipes”. A primeira construção coletiva apontava recomendações para a implantação do PMS, enquanto a segunda consistiu no desenho de estratégias para implementá-lo.

A segunda etapa de visitas foi realizada no período de abril e maio de 2007, sendo finalizada com a realização da segunda oficina no mês de junho. Esta oficina contou com a participação de dirigentes e técnicos da Secretaria, sendo programada também a discussão do plano diretor da SMS, documento também construído em cooperação técnica com a Universidade. Nesse encontro, foi possível traçar um panorama dos trabalhos de acompanhamento do plano, sendo discutidos os principais inibidores de sua implantação.

A terceira etapa ocorreu nos meses de novembro e dezembro, e o conteúdo da terceira oficina do Plano contemplou a apresentação dos resultados do monitoramento das ações do PMS, com a explicitação dos mecanismos facilitadores, assim como a construção de estratégias para superação dos mecanismos inibidores. A quarta etapa de acompanhamento ocorreu no período de maio e junho, e a última oficina abordou questões relacionadas à utilização do Plano enquanto ferramenta de gestão. O diferencial desta oficina em relação às anteriores foi a participação de representantes do Conselho Municipal de Saúde.

A metodologia desenvolvida neste processo possibilitou que a área de planejamento da SMS realizasse de alguma maneira a gestão do Plano (CECÍLIO, 1997), pautando nas reuniões do colegiado a discussão dos inibidores da implantação das ações, bem como o acompanhamento das estratégias pactuadas em grupo. A experiência da SMS de Salvador indica que a existência do processo sistemático de acompanhamento da implantação do Plano resultou em benefícios para o aprendizado organizacional (CERQUEIRA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, com duração de cerca de um ano e participação de diferentes autores e atores, mais do que uma oportunidade de se estabelecer um conjunto de proposições que contribuíssem na mudança de direcionalidade na política municipal de saúde, tanto em termos da gestão do sistema quanto, principalmente, em termos da reorganização do modelo de atenção, sinalizou a mudança na forma da organização se relacionar com seus trabalhadores e usuários de saúde.

A análise deste processo permite-nos destacar alguns aspectos importantes:

- a) O caráter participativo do processo, que envolveu gestores e trabalhadores de saúde dos diversos níveis da estrutura organizacional da SMS, bem como um conjunto heterogêneo de atores sociais, quer através dos debates ocorridos no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, quer através do esforço realizado no seio da Conferência Municipal de Saúde, evento que possibilitou a discussão dos Módulos Operacionais do PMS;
- b) A metodologia adotada tomou como referência o enfoque situacional, privilegiou a identificação, descrição e análise de problemas de saúde e do sistema de saúde, processo iniciado na base do sistema, os Distritos Sanitários, e completado no âmbito central da SMS e nas instâncias de gestão participativa do SUS municipal;
- c) O estabelecimento de cooperação técnica com a Universidade, permitindo que o processo de elaboração do PMS se beneficiasse do aporte conceitual e metodológico propiciado pela academia no momento da definição da metodologia de elaboração do Plano, bem como nas sucessivas revisões dos diversos capítulos, especialmente o relativo à análise da situação de saúde e os Módulos Operacionais;
- d) A busca de coerência externa e interna das propostas de ação do PMS com as prioridades definidas em níveis nacional e estadual (Pacto de Gestão e Agenda Estadual de Saúde), bem como o desdobramento do processo de elaboração do PMS no âmbito do planejamento municipal

como um todo, expressa na articulação do PMS com o Plano Plurianual (PPA), o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) e o Plano Estratégico de Gestão (PEG);

- e) A adequação das políticas adotadas no PMS à especificidade da situação demográfica e epidemiológica de Salvador, com ênfase na formulação da política de saúde para a população negra, o que representa também o reconhecimento da problemática da iniquidade social e a legitimação das demandas expressas, em níveis nacional e local, pelos representantes do movimento negro no município;
- f) A opção pelo desenvolvimento de metodologia para o acompanhamento da implantação do PMS 2006-2009 representa uma inovação do processo de planejamento da SMS que contribuiu para o desenvolvimento de um processo ainda incipiente de institucionalização do planejamento e da avaliação na instituição.

Em síntese, a elaboração do PMS 2006-2009 foi acrescentada à experiência anterior da SMS na elaboração de planos de saúde utilizando metodologias de planejamento de caráter participativo, inspiradas no enfoque estratégico-situacional. Ainda que isto não signifique garantia de incorporação dos mesmos enquanto ferramenta de gestão (PAIM, 2002), é possível concluir que, apesar das dificuldades enfrentadas no processo de formulação, implementação e avaliação do Plano, os resultados do acompanhamento do PMS indicam que a organização foi desenvolvendo um aprendizado que pode contribuir para a eventual superação de práticas burocráticas, clientelistas e ritualísticas que ainda prevalecem no cotidiano da gestão pública em saúde.

AGRADECIMENTOS

Este capítulo é fruto da sistematização de um processo de trabalho coletivo que envolveu um conjunto de sujeitos que participaram direta e indiretamente do processo de planejamento da SMS de Salvador no período 2005-2006. Os autores agradecem a contribuição de Jairnilson Paim e Cristian Leal (ISC/UFBA), e especialmente a Dulcelina Anjos do Carmo e a equipe da ASTEC.

REFERÊNCIAS

CARMO, D. A et al. Planejamento Municipal de Saúde: A Experiência de Salvador em 2005-2006. In: 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006, Rio de Janeiro. **Anais** do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006.

CECÍLIO, L. C. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Praxis en salud: un desafío para lo público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 151-167.

CERQUEIRA, S. C. C. **O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador**. 202fls. 2009. Salvador. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.

PAIM, J. S. Burocracia e aparato estatal: implicações para a planificação e implementação de políticas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. CEPS-ISC. Salvador, 2002. p. 447.

PAIM, J. S.; VIANA, S. V. **Proposta de metodologia de apoio à implantação do Plano Municipal de Saúde (2006-2009)**. Salvador, 2006. 45p.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Orientações metodológicas para o Planejamento e Programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-Bahia. In: BAHIA. SESAB/UFBA/ISC. **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família** (texto de apoio 6). Salvador, Bahia, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. Q. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, n. 7, Brasília, DF, 1998.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. Salvador, Bahia: EDUFBA, 2006. p. 19-584.

PLANEJAMENTO ESTADUAL NO SUS: O CASO DA SESAB-BAHIA

Washington Luiz Abreu de Jesus

Carmen Fontes Teixeira

INTRODUÇÃO

Na Bahia, a partir de janeiro de 2007, com a mudança do Governo estadual, a Secretaria de Saúde do Estado (SESAB) deu início a uma nova etapa no processo de construção do SUS, marcada pelo esforço de fortalecimento da gestão das políticas de saúde, nos âmbitos estadual e municipal. Nesse contexto, verifica-se o início de uma nova etapa no processo de institucionalização do planejamento, assinalada pelo esforço de articulação entre os vários momentos e instrumentos do planejamento governamental e em saúde em particular.

Nesse sentido, o planejamento vem se constituindo em um espaço de inovação metodológica e organizacional, contemplando a incorporação e experimentação de técnicas e instrumentos oriundos de diversas correntes de pensamento na área. Essa experiência vem sendo sistematizada pela equipe técnica de condução do processo e por parceiros institucionais envolvidos por meio de cooperação técnica²⁶, e constitui-se em rico material para a reflexão em torno dos limites e potencialidades no processo de implementação das políticas de saúde no âmbito estadual.

²⁶ Neste contexto inserem-se, principalmente, a Universidade Federal da Bahia e a Organização Pan-americana de Saúde.

O objetivo desse trabalho é descrever e analisar esse processo, buscando discutir algumas das limitações encontradas e as possibilidades de aperfeiçoamento da prática de planejamento identificadas ao longo do trabalho realizado no período de janeiro de 2007 a julho de 2009²⁷. Para isso, tratamos de descrever as atividades que vêm sendo desenvolvidas pela área de planejamento da SESAB na atual gestão, destacando o esforço de articulação de conteúdos e propostas dos diversos instrumentos de planejamento, especialmente a elaboração do Plano Estadual de Saúde – PES 2008-2011 e sua articulação com o Plano Plurianual (PPA) e a Agenda Estratégica da SESAB (2007-2010).

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2008-2011

O processo de planejamento que vem sendo desenvolvido na SESAB, entendida como uma organização “hipercomplexa”²⁸, busca aproximar teoria e prática, num movimento dialógico de construção, em que se utiliza o Enfoque Estratégico-situacional (MATUS, 1989; TEIXEIRA, 2001), articulado à perspectiva do Agir Comunicativo em Saúde (RIVERA, 1992, 2003), considerando a Participação Social²⁹ como princípio fundamental na construção das políticas públicas – característica importante de processos democráticos de governança.

O PES 2008-2011 foi construído a partir de um conjunto de processos articulados e interdependentes iniciados desde os primeiros dias da gestão atual e que podem ser sistematizados em sete movimentos³⁰: 1º) construção

²⁷ O recorte temporal adotado considera desde o momento da posse do Governo atual até a finalização do documento do Plano Estadual de Saúde 2008-2011, com seus desdobramentos na Agenda Estratégica 2009-2010.

²⁸ Conforme a caracterização feita por Testa (1995) e utilizada em estudos sobre o processo de gestão da Política de saúde na SESAB. Ver Coelho (2002).

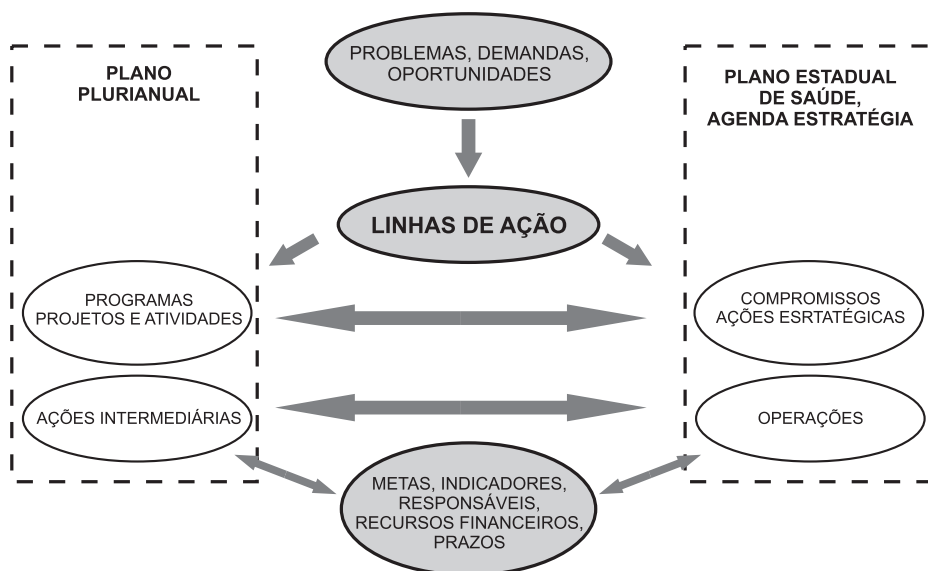
²⁹ “Participação social”, entendida como um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais e coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação e definição orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão (ESCOREL; MOREIRA, 2009).

³⁰ Utilizamos o termo “movimento” para caracterizar o processo de elaboração do PES 2008-2011 por compreendermos que este termo é o mais adequado para o caso em questão, tendo em vista que nele encontram-se implícitos a dinâmica, o processo e o desencadeamento de ações propulsoras. Movimento é entendido aqui como uma série de atividades organizadas por pessoas que trabalham em conjunto para alcançar determinado fim (HOUAISS, 2002).

da proposta do “planejamento integrado”; 2º) definição das “linhas de ação” da gestão e construção dos instrumentos estratégicos; 3º) análise da situação de saúde; 4º) consolidação das demandas e recomendações das conferências de saúde; 5º) realização de oficinas integradas para priorização de problemas de saúde e do sistema de serviços de saúde; 6º) avaliação de desempenho da SESAB e fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública; 7º) construção dos “compromissos” do plano – os módulos operacionais.

1º Movimento: Proposta do “planejamento integrado”

Um dos desafios colocados para o planejamento no contexto da nova gestão foi articular os diversos instrumentos de planejamento de modo a conferir maior coerência entre eles e a convergência de proposições, métodos e formas de organização dos processos de trabalho. Nessa perspectiva, em janeiro de 2007 foi feita uma reestruturação da área de planejamento, vinculando a Assessoria de Planejamento ao Gabinete do Secretário da Saúde (GASEC). Esta Assessoria, constituída por uma pequena equipe técnica, se encarregou de sistematizar um processo de planejamento integrado, articulando os diversos instrumentos de gestão do SUS-Bahia, conforme explicitado na Figura 1.



Fonte: SESAB/ASPLAN, 2007.

FIGURA 1: Conexões conceituais dos instrumentos de gestão do SUS-Bahia.

Observa-se que nessa proposta os diversos instrumentos de gestão se articulam por meio das conexões conceituais. Mantêm-se como elementos centrais dessa articulação os Problemas, Demandas e Oportunidades que, no desdobramento, são enfrentados pelas diversas linhas de ação que se constituem na espinha dorsal de todo o processo, como se demonstrará adiante.

Com essa perspectiva, a área de planejamento assumiu a responsabilidade, desde o período de transição do anterior para o atual governo, de desenvolver “eixos estratégicos”³¹ para orientar o enfrentamento dos problemas identificados nas várias dimensões – político-gerencial e técnico-operacional – do sistema, envolvendo os dirigentes e técnicos das Superintendências da instituição e órgãos de sua estrutura administrativa que compõem o Colegiado de Gestão da SESAB³².

2º Movimento: Definição das “linhas de ação” de governo e construção dos instrumentos estratégicos da gestão

No processo de planejamento institucional, o percurso incluiu a construção de um diagnóstico que subsidiou a definição das “linhas de ação”³³ para o alcance dos objetivos estabelecidos pelo Colegiado de Gestão, o que ocorreu entre os meses de janeiro e dezembro de 2007.

Essas “linhas de ação” da gestão do SUS-Bahia formaram substratos à composição dos programas de governo constantes do capítulo da Saúde do Plano Plurianual (PPA 2008-2011) e à elaboração da Agenda Estratégica da Saúde para os anos de 2007 e 2008³⁴, processos desenvolvidos com intensa participação institucional: 600 servidores do nível central e das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), mais de 30 (trinta) reuniões/oficinas de trabalho com grupos, 07 (sete) grandes

³¹ Os “eixos estratégicos” de governo para a área de saúde definidos no Planejamento Estratégico foram: fortalecimento do controle social na saúde; valorização do servidor público; fortalecimento da capacidade de gestão e da dimensão pública do SUS; descentralização e regionalização solidária das ações e serviços de saúde; e acesso às ações e serviços de atenção e vigilância da saúde com equidade e integralidade.

³² Este colegiado está regulamentado no regimento da instituição como um Comitê Gerencial vinculado ao Gabinete do Secretário da Saúde. (Lei Estadual nº 11.055 de 26 de Junho de 2008).

³³ As linhas de ação definidas são: Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS; Gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; Vigilância de riscos e agravos à saúde individual e coletiva; Atenção à saúde com equidade e integralidade; Expansão, intervenção e inovação tecnológica em saúde.

³⁴ O processo de elaboração desses instrumentos de gestão tomou como referência normativa o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

encontros para validação dos produtos parciais do processo de planejamento envolvendo todos os níveis decisórios da instituição. Adotou-se também, como referência normativa para essa construção, as diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS (BRASIL, 2006).

Entre abril e julho de 2007, a SESAB participou também de uma série de encontros com representantes da sociedade civil organizada em 26 regiões do Estado, denominadas Territórios de Identidade, com a finalidade de levantar as demandas que subsidiariam a elaboração do PPA e *a posteriori* subsidiaram a análise situacional.

Ainda no contexto de implementação das “linhas de ação” da gestão sob a coordenação da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional, da Superintendência de Gestão da Regulação da Atenção à Saúde (DIPRO/SUREGS), elaborou-se um novo Plano Diretor de Regionalização – PDR (BAHIA, 2008), numa parceria com os gestores municipais, através do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Com o novo PDR, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Estado passou a contar com 09 (nove) macrorregiões de saúde³⁵, territórios onde se promoveu a organização das microrregiões de saúde, espaços de implementação de redes assistenciais em áreas estratégicas.

Enquanto a ASPLAN conduziu, em conjunto com o FESBA – Fundo Estadual de Saúde da Bahia, o processo de elaboração do PPA 2008-2011, a DIPRO conduziu o processo de revisão do PDR. Esses dois instrumentos, normativo e organizacional, constituíram-se em dois grandes balizadores da gestão na construção do Plano Estadual de Saúde.

3º Movimento: Análise da situação de saúde (ASIS)

O processo de elaboração do PES 2008-2001 adotou a “Análise de Situação de Saúde” (CASTELLANOS, 1997) como componente prioritária à

³⁵ “Macrorregiões de saúde” do Estado da Bahia, segundo o PDR-2007: Leste (Salvador); Nordeste (Alagoinhas); Centro-Leste (Feira de Santana); Centro-Norte (Jacobina); Norte (Juazeiro); Oeste (Barreiras); Sudoeste (Vitória da Conquista); Sul (Itabuna/Ilhéus); Extremo Sul (Teixeira de Freitas).

elaboração de planos de saúde nos diversos níveis de gestão do SUS. Em função disso, a Diretoria de Informação em Saúde (DIS) tratou de atualizar e sistematizar informações relativas ao perfil epidemiológico da população baiana, enquanto a Superintendência de Gestão do Sistema e Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS) sistematizou a descrição da organização dos serviços de saúde no Estado. Essas duas análises foram construídas levando-se em conta a subdivisão do território do Estado nas 9 (nove) macrorregiões de saúde definidas no PDR.

O perfil epidemiológico foi construído com base na análise dos indicadores de morbi-mortalidade constantes nos sistemas de informação de base nacional. Evidencia-se o envelhecimento da população baiana e a morte prematura de jovens, bem como se revela a transição epidemiológica que vem ocorrendo no Estado, com a coexistência de doenças da modernidade, da pobreza e doenças reemergentes. A desagregação das informações epidemiológicas por macrorregião de saúde foi complementada pela análise da gestão do sistema e organização dos serviços de saúde de forma regionalizada, evidenciando-se a concentração de serviços em número e especialidade, particularmente no município de Salvador, para onde convergem usuários de todos os municípios do Estado.

4º Movimento: A consolidação das demandas e recomendações das conferências de saúde

Ainda em 2007, realizou-se a 7ª Conferência Estadual de Saúde, cujo tema central “Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento” foi previamente discutido nas 393 Conferências Municipais de Saúde, cujos relatórios possibilitaram a formação de um banco de dados com as mais de 5000 propostas da sociedade civil, que por sua vez foram consideradas na realização dos movimentos seguintes. Para isso, organizou-se o Observatório da Saúde – espaço que contou com a participação de todos os setores da SESAB e onde foram apresentados os problemas identificados no período e as principais estratégias desenvolvidas para seu enfrentamento, permitindo aos delegados uma maior clareza sobre a situação encontrada, subsidiando a definição de proposições apresentadas em plenária.

Em seguimento ao processo de realização das conferências de saúde, a ASPLAN organizou as demandas e recomendações emanadas desses fóruns segundo as linhas de ação estabelecidas no planejamento da SESAB³⁶. Cada demanda/recomendação foi inserida em uma área temática de planejamento (n=31), desenvolvida no contexto de cada linha de ação e macrorregião, considerando o desenho do novo PDR. Esse movimento foi importante pelo fato de auxiliar a análise dos problemas concretos do sistema e dos serviços de saúde a partir do olhar da sociedade civil.

Configurou-se, portanto, numa importante estratégia de escuta para orientar a elaboração do PES 2008-2011, sendo balizador dos problemas identificados na análise de situação de saúde e subsídio para as prioridades decorrentes das oficinas de construção do plano.

5º Movimento: Oficinas integradas de priorização de problemas de estado de saúde da população e sistema de serviços de saúde

A SESAB avançou, em 2008, para a realização de um conjunto de “oficinas integradas macrorregionais” com o propósito de reunir e articular os diversos elementos trabalhados até aquele momento. Nessa perspectiva, desenvolveram-se também processos de revisão das políticas setoriais que se constituíram nas referências normativas do processo, consolidadas posteriormente no capítulo do Plano que trata das políticas e diretrizes.

Os objetivos destas oficinas foram apresentar as análises de saúde desenvolvidas por técnicos do nível central (do estado de saúde da população e da organização de serviços de saúde); cancelar as informações com os demais atores responsáveis pela formulação de políticas de saúde (Conselheiros, Universidades, COSEMS, gestores municipais e técnicos do nível central e DIRES); e validar as análises obtidas a partir de bancos de dados das necessidades sentidas em cada macrorregião de saúde no Estado da Bahia.

³⁶ Banco de dados disponível: http://www.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/

6º Movimento: Avaliação de desempenho da SESAB e fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP/SUS)

Paralelamente à realização da Análise de situação e publicização desta nas Oficinas Integradas, desencadeou-se, ao final do ano de 2007, um processo de Avaliação de Desempenho Institucional que incluiu a análise do grau de cumprimento de metas acordadas na Agenda Estratégia da Saúde em 2007, bem como contemplou a construção de um conjunto de indicadores³⁷ que foram avaliados em cada setor (BAHIA, 2008).

Esse processo gerou um conjunto de informações que foram discutidas pelos representantes de todos os órgãos que compõem o Grupo Técnico de Planejamento e Avaliação³⁸.

Com base na Avaliação de Desempenho do ano de 2007 e na discussão ampliada sobre os resultados obtidos com a implementação das ações da Agenda em 2007, foi elaborada a Agenda Estratégia da Saúde para 2008, cujo formato representa um avanço metodológico em relação à anterior. Os objetivos estratégicos foram tomados como “compromissos” de cada órgão e traduzidos em “resultados” a serem alcançados em um prazo definido.

Dando seguimento ao processo de avaliação de desempenho institucional, optou-se por adotar a proposta de fortalecimento da SESAB elaborada como parte da Avaliação das “Funções Essenciais de Saúde Pública”, proposta pela Organização Pan-americana de Saúde – OPAS/OMS e adaptada para a Gestão Estadual do SUS pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS (CONASS, 2007), que se desenvolveu em duas etapas conduzidas pela SESAB em articulação com o Ministério da Saúde – MS, por meio do PlanejaSUS.

Esse processo constituiu-se como um marco para o processo avaliativo do SUS no Estado, pelo seu caráter coletivo e participativo, aproximando e

³⁷ O “elenco de indicadores” incluiu o conjunto dos indicadores definidos no termo de compromisso do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), além de outros indicadores construídos durante a elaboração do PPA 2008-2011 e da Agenda Estratégica da Saúde.

³⁸ O Grupo Técnico de Planejamento e Avaliação surgiu de uma proposta da ASPLAN visando ampliar o número de participantes do processo de elaboração do PES, ao tempo que se busca institucionalizar a prática de planejamento na SESAB, coerentemente com as diretrizes do PLANEJASUS.

integrando as instâncias corresponsáveis pela gestão do SUS Estadual: os dirigentes da SESAB, o Conselho Estadual de Saúde (CES), o Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA), o Ministério da Saúde (MS), os dirigentes de Hospitais Universitários, as Universidades Públicas e Privadas e Secretarias de Governo da Bahia.

O primeiro passo para a realização da oficina de autoavaliação no estado foi a adesão voluntária do Secretário de Saúde, por meio de ofício ao CONASS, ou seja, a adesão política e a garantia das condições propostas pela coordenação nacional para a realização da oficina, incluindo principalmente a logística adequada ao evento e a indicação da coordenação estadual para realização da autoavaliação. Após o aceite do gestor foi realizada a reunião preparatória como etapa de orientação da equipe local para a realização do evento.

A Bahia foi o décimo primeiro estado a realizar a autoavaliação das FESP/SUS. O Secretário de Estado de Saúde e a coordenação estadual conduziram a organização do evento com muita dedicação, incluindo a organização da logística, seleção e distribuição dos participantes por grupo e distribuição do material. O processo envolveu três grupos de trabalho, num total de 91 pessoas entre participantes (75) e observadores (16). Entre os participantes, contou-se com participantes externos à Secretaria Estadual, entre eles, dez (10) professores de universidades, seis (6) representantes do conselho estadual de saúde, quatro (4) representantes de municípios, além de representantes de outras secretarias de governo como SEPLAN e Casa Civil. Entre os observadores contou-se com a presença de dois (2) representantes do Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa e do Departamento de Apoio à Descentralização, um (1) técnico da OPAS além de técnicos da própria SES, em especial, do setor de planejamento (8).

A Oficina de Fortalecimento das FESP do SUS-Ba, segundo momento do processo de fortalecimento das FESP neste Estado, teve como propósito a construção de uma agenda de compromissos, a partir do resultado alcançado pela avaliação, visando fortalecer macrofunções da gestão estadual, considerando o referencial das FESP. Nela foram discutidos os pontos fracos identificados na avaliação e elaborado um plano de ação, também conjunto,

para melhorar o desempenho do sistema público de saúde no Estado, considerando o contexto atual e as iniciativas de implementação de processos que visam ao desenvolvimento institucional do SUS-Bahia (BAHIA, 2009).

7º Movimento: A construção dos “compromissos” do plano – módulos operacionais

A elaboração de Módulos Operações-Problemas, coerentemente com o referencial do planejamento estratégico-situacional (MATUS, 1993) adotado, tomou como ponto de partida a identificação dos Problemas, Demandas e Oportunidades sob responsabilidade direta dos gestores que ocupam postos estratégicos no sistema/instituição, conforme Figura 1 apresentada anteriormente.

Organizaram-se, portanto, oficinas por “linha de ação” conduzidas pelo GT de Planejamento, onde foram definidos objetivos específicos em cada compromisso de gestão, bem como redesenhadas as ações estratégicas para seu cumprimento. Identificaram-se também os resultados esperados para cada ação, assim como a sinalização orçamentária e de corresponsabilidade de cada uma delas, mantendo-se o caráter de responsabilização e articulação entre o PPA e o PES. Neste movimento, foram construídos treze módulos operacionais/compromissos³⁹.

O documento final do Plano Estadual de Saúde da Bahia 2008-2011

O PES 2008-2011, considerando o marco normativo SUS-Bahia, busca consolidar o conjunto das políticas públicas da área de saúde; identifica o usuário-

³⁹ Gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS; Regionalização viva e solidária; Regulação, controle e avaliação do acesso aos serviços de saúde do SUS; Política estadual de gestão do trabalho e da educação permanente em saúde, com ênfase na despreciação; Vigilância da saúde com integração das práticas nas esferas estadual e municipais do SUS-Bahia; Atenção básica com inclusão social e equidade – “Saúde da família de todos nós”; Atenção especializada regionalizada, resolutiva e qualificada, com base nas linhas de cuidado e considerando as necessidades de saúde da população; Atenção integral à saúde de populações de maior vulnerabilidade social e em situações especiais de agravamento, com vistas à redução de iniquidades; Assistência farmacêutica para todos os baianos; Assistência hematológica e hemoterápica descentralizada e regionalizada; Expansão e melhoria da infraestrutura administrativa e dos serviços de saúde do SUS-Bahia; Expansão da base científica e tecnológica do SUS-Bahia; Políticas transversais para a promoção da saúde, segurança alimentar e proteção da sociedade.

cidadão como centro das políticas públicas em saúde e destaca a necessidade de sua participação na construção do sistema de saúde; explicita a demanda por investimentos em gestão e atenção em saúde de modo descentralizado, sob a égide dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

As diretrizes que expressam a direcionalidade estratégica do sistema e também se constituem como elementos da agenda governamental para a construção do SUS no Estado que se encontram expressas nesse documento são: a) regionalização solidária da atenção à saúde; b) gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; c) intersetorialidade e transversalidade nas ações; d) valorização do trabalhador do SUS; e) comunicação e diálogo com os parceiros e sociedade; f) resolutividade e satisfação do usuário do SUS.

Para consolidar esses princípios e diretrizes o documento está ancorado, em âmbito estadual, no **Projeto Estratégico do Governo** (BAHIA, 2007) para a área de saúde, definida como prioritária; em âmbito federal, na Política Nacional de Saúde, explicitada por meio do **Plano Nacional de Saúde** (BRASIL, 2005) e de políticas específicas como o **Pacto pela Saúde** (BRASIL, 2006) e o **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**. E busca refletir, ainda, as prioridades estabelecidas no projeto **“Mais Saúde”** (BRASIL, 2007) do Governo Federal; preocupa-se com as prioridades estabelecidas na **Agenda de Saúde das Américas** (OPS/OMS, 2007); coaduna com a proposta das **Funções Essenciais de Saúde Pública – FESP** (BRASIL, 2007) e prioriza intervenções para garantir o alcance das metas estabelecidas nos **Objetivos do Milênio** (BRASIL, 2007) na área de saúde.

A estrutura do PES 2008-2011 constitui-se em um conjunto de capítulos que contemplam os diversos subprodutos de todo o processo de elaboração, como segue:

- **Política de Saúde na Bahia: princípios e diretrizes** – apresenta o escopo político-ideológico, princípios, diretrizes e marcos conceituais que sustentam as intervenções de Governo e organizam o cotidiano do componente estadual da gestão do SUS em articulação com o

Ministério da Saúde e se configuram numa possibilidade de pactuação com os gestores municipais.

- **Consolidado da Análise Situacional por macrorregião de saúde** – contendo um recorte do perfil epidemiológico do Estado da Bahia, apresenta uma breve discussão acerca da estrutura e organização dos serviços de saúde e uma síntese dos problemas prioritários de estado de saúde da população e do sistema de saúde, ancorados na priorização de problemas das Oficinas Integradas Macrorregionais e na análise das demandas e recomendações do PPA-Participativo e das Conferências municipais e da Conferência estadual de saúde.
- **Matriz Estratégica do Plano Estadual de Saúde** – apresenta uma síntese esquemática da organização das Linhas de Ação, compromissos, objetivos específicos, explicitando, ainda, a visão de futuro e o macro-objetivo do plano e sua necessária articulação com os princípios e diretrizes explicitados na política estadual de saúde.
- **Linhas de Ação** – apresenta as sete “linhas de ação” norteadoras da gestão do SUS-Bahia, construídas desde a elaboração do PPA 2008-2011, a partir da problematização da gestão e consolidação das demandas e necessidades explicitadas no movimento do PPA-Participativo. Revisa o conteúdo dessas “linhas de ação”, ampliando-as com a inclusão dos resultados da análise da situação de saúde, que aponta as prioridades de intervenção sobre o estado de saúde da população e sobre a organização do sistema em todo o Estado.
- **Viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Estadual de Saúde: conexão com o PPA 2008/2011** – demonstra em que medida os programas do PPA 2008-2011 se articulam com os compromissos explicitados no plano, isto é, onde estão alocados os recursos orçamentários que conferem suporte financeiro à execução das ações estratégicas propostas para o alcance das metas e resultados esperados para o período.

ANÁLISE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PES 2008-2011

A análise do processo de construção do PES 2008-2011 pode ser realizada sob dupla perspectiva: a) considerando a opção teórico-conceitual pelo enfoque estratégico-situacional, explicitada anteriormente, cabe analisar a coerência interna dos distintos movimentos e dos produtos parciais elaborados a cada passo, com os momentos do Planejamento estratégico-situacional (PES); b) considerando a posição ocupada por um dos autores no processo, enquanto dirigente responsável pela organização e condução do planejamento, cabe discutir os avanços e desafios a serem enfrentados com vistas à consolidação das práticas de planejamento na instituição. Nesse sentido, este item traz, inicialmente, a análise do processo de elaboração do PES e do produto resultante, para, em seguida, apresentar uma apreciação dos aspectos positivos e negativos da experiência ainda em processo.

3.1. Articulação dos tempos e movimentos

Buscando articular o conjunto desses processos com vistas à análise e compreensão abrangente da sua complexidade, foi construída uma “linha do tempo” (Figura 01) – diagrama que busca sintetizar os processos e produtos desenvolvidos ao longo do período de construção do PES 2008-2011. Esse diagrama toma como base teórica os momentos⁴⁰ do Planejamento Estratégico Situacional, que necessariamente não tem começo nem fim definidos, quais sejam: o *momento explicativo* onde ocorre a seleção e explicação dos problemas; o *momento normativo*, instância de desenho dos enfrentamentos aos problemas identificados, o *momento estratégico*, onde se discutem as possíveis restrições que pesam no cumprimento do desenho normativo considerando os recursos de poder político e econômico, bem como as capacidades organizacionais e institucionais; e o *momento tático-operacional* da ação propriamente dita (MATUS, 1993).

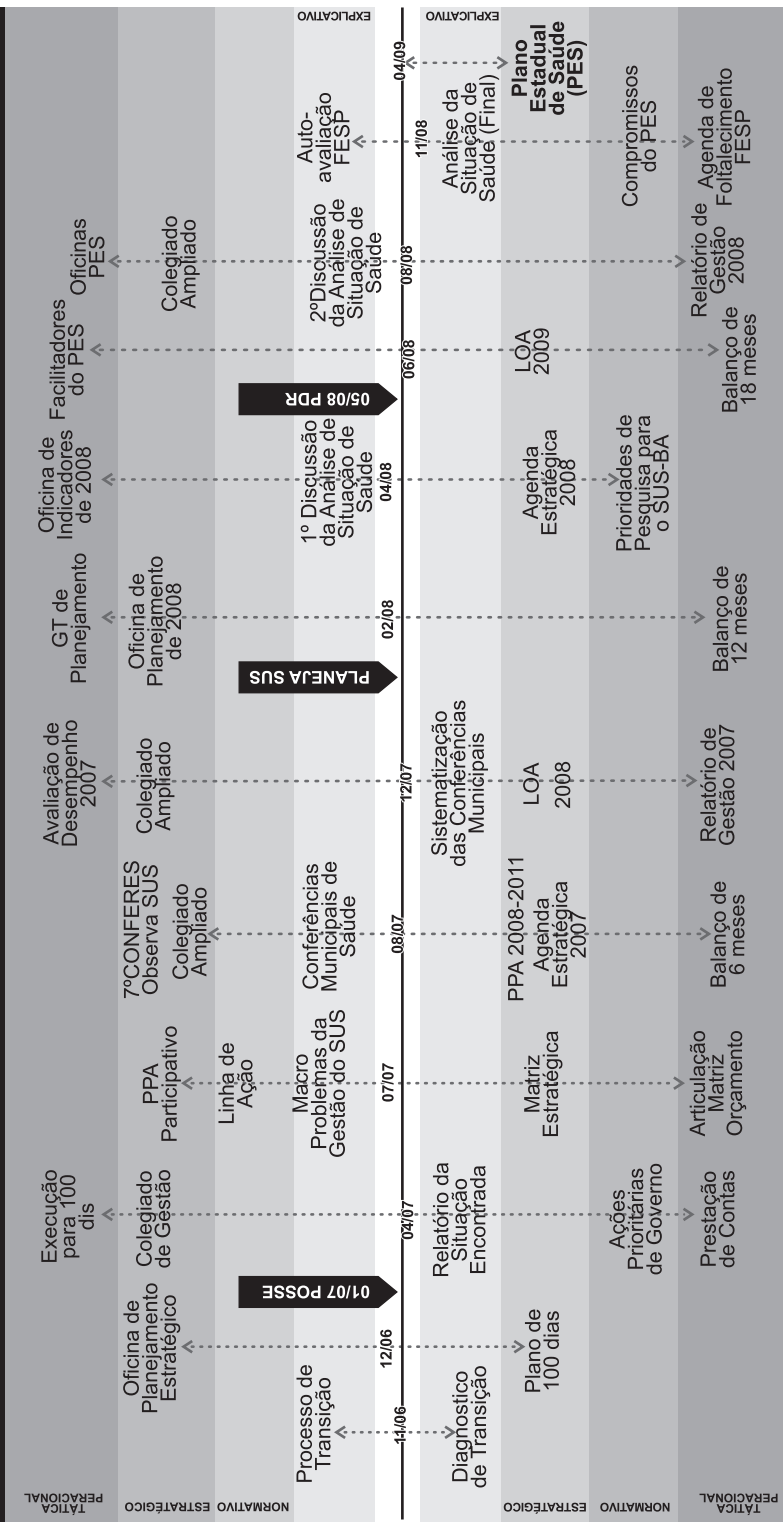
⁴⁰ De acordo com o autor, portanto, os “momentos” podem apresentar-se com as seguintes peculiares: não seguem uma sequência linear; formam uma cadeia contínua sem começo nem fim definidos; repetem-se constantemente, mas com distintos conteúdos, propósitos, datas, ênfases e contextos situacionais; cada momento, quando dominante, contém todos os outros momentos, nos quais apoia seu cálculo; os problemas e oportunidades enfrentados podem constituir-se dominantes em diferentes momentos; para cada momento existem instrumentos metodológicos que lhe são mais pertinentes, embora nenhum instrumento destine-se ao uso exclusivo de um momento específico (MATUS, 1993).

O *momento explicativo* se estende desde o processo de elaboração do diagnóstico da transição, em novembro de 2006, até a finalização da análise de situação de saúde que subsidiou a construção do PES 2008-2011, em novembro de 2008. Como produtos parciais desse momento, podem-se identificar a definição dos macroproblemas da gestão do SUS no Estado, a sistematização das demandas oriundas das Conferências Municipais de Saúde e a definição do escopo dos problemas de saúde explicitados por meio da análise situacional elaborada ao longo do período. Por fim, pode ser incluído também o movimento da autoavaliação das FESP, cujo relatório final subsidiou o processo de priorização, por parte do Colegiado de Gestão da SESAB, dos principais problemas a serem enfrentados no âmbito da gestão do sistema estadual de saúde.

⁴¹ Esta linha do tempo foi construída pelos autores na disciplina “Planejamento em Saúde” do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFBA, apresentada e validada pelo Colegiado de Gestão da SESAB e reconstruída pela equipe da Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário da Saúde (atual Coordenação de Projetos Especiais) com o apoio e dedicação dos residentes de Saúde da Família da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

PLANEJAMENTO NA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - LINHA DO TEMPO

(NOVEMBRO/2006 A ABRIL/2009)



Fonte: SESAB/ASPLAN, 2009

Figura 02: Linha do Tempo do Processo de Planejamento da SESAB (2007-2009) 41

O *momento normativo* revela-se na construção do “programa direcional”⁴² e, a partir daí, em todos os documentos dele decorrentes. Pode-se dizer que a concretização do referido programa direcional se dá através da definição da “Matriz Estratégica do SUS-Bahia”, que explicita, por meio das linhas de ação, a direcionalidade do Governo na área de saúde. Essa matriz direciona a elaboração do Plano Plurianual de Governo, o PPA 2008-2011, as Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais, bem como as Agendas Estratégicas para os anos de 2007, 2008, 2009 e 2010. O documento que consolida o momento normativo é o próprio Plano Estadual de Saúde, cuja construção, no caso, se deu de modo estritamente modular como propõe Matus.

O *momento estratégico* se explicita no processo através das decisões tomadas pela Gestão Colegiada e que vêm por conformar os caminhos da implementação das proposições do Plano de Saúde. Tem-se aí o Colegiado de Gestão da SESAB e o Colegiado Ampliado da instituição, que vão definir o escopo das ações prioritárias de governo e os compromissos da gestão para o período, identificando os pontos críticos de intervenção, as contingências, e, quando necessário, redesenhando a agenda político-gerencial. Também é parte desse processo a atuação dos gestores junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e ao Conselho Estadual de Saúde (CES), estabelecendo os pactos necessários para o desenvolvimento das políticas contidas no plano, bem como a articulação da SESAB com a sociedade civil para definição de prioridades no PPA-participativo e nas Conferências de Saúde e com a comunidade acadêmica na definição das prioridades de pesquisa para o SUS na Bahia, segundo as linhas de ação definidas na Matriz Estratégica.

O *momento tático-operacional*, como o próprio termo sugere, traz consigo o fazer cotidiano da instituição, cuja materialização se dá desde o momento da execução do Plano de 100 dias, que marca o início na gestão a partir de janeiro de 2007, até a definição do Plano de Fortalecimento da Gestão da SESAB (produto das FESP) incorporada à Agenda Estratégica da Saúde (2009-2010). O ator fundamental desse momento foi o GT de Planejamento

⁴² O termo “programa direcional” é definido como sendo um instrumento metodológico no qual toda a operação que o plano deseje materializar para que se alcance a situação-objetivo decorra da identificação de situação inicial (MATUS, 1993).

e Avaliação, e o trabalho implicou no redesenhar contínuo das intervenções ao longo do período. Como parte dos movimentos desenvolvidos no âmbito do momento tático-operacional, está toda a sistemática desenvolvida para “prestar contas” da execução do projeto de governo, bem como os movimentos que se desenvolveram para a conformação do próprio documento do Plano, como, por exemplo, o trabalho conjunto entre a SESAB e o ISC-UFBA para construir as Oficinas Integradas para seleção e priorização dos problemas de saúde que subsidiaram a consolidação do PES 2008-2011.

Facilidades e Dificuldades, Avanços e Desafios

Todos os movimentos até então explicitados implicam, portanto, em construir a mudança e consolidar o compromisso dos sujeitos participantes que planejam, articulam e integram a sociedade em busca da transformação do sistema estadual de saúde, e se propõem a orientar as ações da gestão nas formulações e execuções das políticas e práticas de saúde.

Destacam-se como *facilidades*: a vontade política do gestor estadual (Governador e Secretário da Saúde) e dos diversos atores políticos em construir uma proposta participativa de planejamento para o sistema de saúde; a definição de um eixo condutor pautado no enfoque estratégico-situacional para o desencadeamento dos movimentos adotados no processo de construção do Plano Estadual de Saúde e o impulso dado pela institucionalização do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) a esse processo, na medida em que viabilizou a capacitação de pessoal e o estabelecimento de parcerias interinstitucionais que contemplam a execução de consultorias e o desenvolvimento de estudos e pesquisas com a finalidade de subsidiar o aperfeiçoamento da prática de planejamento em saúde no Estado.

Como *avanços* destacam-se: o reconhecimento da importância da participação dos diversos atores sociais na formulação das políticas públicas em saúde; a adoção do enfoque sobre problemas; o reconhecimento de que o planejamento só se completa na “ação”, configurando-se como movimento processual de construção, capaz de impulsionar e redirecionar a elaboração do plano a todo momento; a articulação entre elementos de planejamento e avaliação; e o reconhecimento pela própria instituição da importância do processo para

sua reorganização interna, tendo em vista que a direcionalidade dada pelas “linhas de ação” produziu rearranjos institucionais formais e informais, além da identificação dos limites da própria instituição para agir, produzindo, assim, uma ambiência de aprendizagem organizacional que aproxima a SESAB da perspectiva da *learning organization* defendida por Senge (2008)⁴³.

No tocante às *dificuldades*, podem-se identificar: a complexidade de processos participativos na prática; o tempo político de uma gestão, restrito a quatro anos, o que reduz a capacidade de implementação das propostas construídas, cujos resultados almejados vão para além do período de vigência do Plano; a limitação dos recursos para intervir sobre a totalidade dos problemas; as dificuldades de entendimento quanto às diferentes concepções sobre planejamento e sua apreensão pelos diversos atores institucionais e a convivência entre o “velho” e o “novo” no cenário político-institucional – velhas concepções e novas roupagens.

Por fim, quanto aos *desafios*, cabe destacar que o processo de aprendizagem institucional demanda da instituição e daqueles que a compõem novas posturas. Apreende-se, dessa experiência, que a implementação de processos participativos de construção de políticas requer, dos sujeitos envolvidos, maior conscientização quanto à necessidade de escuta, perseverança, respeito ao pensamento e à construção coletiva, o que, em última análise, nos permite afirmar que esses processos respondem aos ideários estabelecidos no próprio SUS, onde o usuário-cidadão deve ser o centro das políticas públicas.

COMENTÁRIOS FINAIS

O processo de planejamento para a elaboração do PES (2008-2011) na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia se deu por meio da combinação de diversos tempos e movimentos. O referencial teórico adotado, na perspectiva do enfoque situacional, permitiu maior flexibilidade metodológica,

⁴³ Peter Senge, no seu livro *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*, apresenta os postulados e disciplinas essenciais ao desenvolvimento de uma nova e revolucionária concepção de liderança e gerenciamento. Segundo ele, essa nova postura está aliada ao pensamento sistêmico, ao domínio pessoal, ao desenvolvimento de uma visão compartilhada, ao reconhecimento dos processos e modelos mentais e ao processo de aprendizagem em equipe (SENGE, 2008).

proporcionando, aos condutores do processo, articular diferentes métodos e construir, de forma sistemática, o Plano com intrínseca relação ao Plano Plurianual (PPA). Além disso, possibilitou coordenar, na sequência, a elaboração de uma Agenda Estratégica para os anos de 2009 e 2010.

Desde a proposta do planejamento integrado até a construção dos módulos operacionais ocorreu, de certo modo, um amadurecimento na equipe dirigente, na medida em que exercitou a construção de consensos e pactos em torno de compromissos, resultados esperados, ações estratégicas e metas correspondentes em cada setor da instituição. É possível supor que isso tenha implicado em uma maior responsabilização político-gerencial dos sujeitos envolvidos, e desencadeado também movimentos de aprendizagem institucional.

A descrição e análise desse processo revelam a potência do planejamento, numa perspectiva situacional, e demonstra que, mesmo diante da pluralidade e multiplicidade de abordagens da área, é possível conduzir as instituições a movimentos de construção coletiva de uma “visão de futuro”, articulando movimentos de explicação, normatização, definição de estratégias e execução – essência da proposta de Matus (1993), que identifica o “plano” como uma aposta na qualificação das ações de um Governo.

AGRADECIMENTOS

Este capítulo é fruto da sistematização de um processo de trabalho coletivo que envolveu um conjunto de sujeitos que participaram direta e indiretamente do processo de planejamento da SESAB no período 2007-2009, especialmente o Colegiado de Gestão da SESAB, a equipe da Assessoria de Planejamento/Coordenação de Projetos Especiais e o Grupo Técnico de Planejamento e Avaliação em Saúde. Os autores agradecem as contribuições prestadas por Washington Couto, Claudia Canabrava, Nanci Salles, Chaider Andrade, Jussara Pitanga, Fátima Valverde, Sisse Figueiredo e Madalena Passos. Agradecimentos também aos doutorandos da área de Políticas, planejamento e gestão do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA, pelas contribuições críticas ao longo da construção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

OPAS/OMS. **Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017**. Organização Pan-americana de Saúde, Panamá, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Subcoordenação de planejamento e orçamento. Sistema de planejamento do SUS: organização e funcionamento. In: **Cadernos de planejamento**. Brasília, 2006. Vol. 1, 68p.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto Pela Saúde**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Saúde – PAC Saúde**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2003-2007**. Brasília, 2007.

_____. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: IPEA, MP/SPI, 2007.

_____. **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Plano Plurianual de Governo, PPA 2008-2011**. Salvador: SESAB, 2007.

_____. Secretaria da Saúde. **Planejamento Estratégico Setorial da Saúde**. Salvador: SESAB, 2007. (mimeo)

_____. Secretaria da Saúde. **Agenda Estratégica da Saúde 2007**. Salvador: SESAB, 2007.

_____. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR**. Salvador: SESAB, 2007.

_____. Secretaria da Saúde. **Agenda Estratégica da Saúde 2008**. Salvador: SESAB, 2008.

_____. Secretaria da Saúde. **Relatório de Avaliação de Desempenho Institucional da SESAB 2007**. Salvador: SESAB, 2008.

_____. Secretaria da Saúde. **Relatório de Avaliação de Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública**. Salvador: SESAB, 2008.

_____. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Salvador: SESAB, 2009.

_____. Secretaria da Saúde. **Agenda Estratégica da Saúde 2009/2010**. Salvador: SESAB, 2009.

_____. Secretaria da Saúde. **Relatório de Avaliação da Oficina de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS nas Funções Essenciais de Saúde Pública**. Salvador: SESAB, 2009.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. (org). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 31-75.

COELHO, T. C. B. **O processo de gestão em uma organização hipercomplexa do Sistema Único de Saúde**. 233fls. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA, 2002.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. vol. 14, n. 3, 2009. p. 795-806.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992. P. 7-89.

RIVERA, J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 309p.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. Tradução OP Traduções; consultoria Zumble Aprendizagem Organizacional. 24. ed. Rio de Janeiro: Bestseller, 2008.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2001.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995. 306p.

GLOSSÁRIO: TERMOS E EXPRESSÕES MAIS COMUNS EM POLÍTICA, PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE⁴⁴

Carmen Fontes Teixeira

Ação intersetorial: ação desenvolvida em conjunto por vários setores da atividade governamental, em função da seleção de problemas complexos que exigem a intervenção coordenada de várias áreas, como objeto de políticas públicas.

Ações legais e/ou ação pública em defesa e proteção das pessoas e de seus direitos em saúde: ações desenvolvidas por pessoas, organizações comunitárias, sindicais ou outras, geralmente junto ao Ministério Público, em função da busca de efetivação dos direitos em saúde. Ver Direitos dos usuários.

Acesso aos serviços de saúde: o mesmo que acessibilidade, diz respeito à forma de aproximação e entrada dos usuários ao sistema de serviços de saúde e remete à identificação de barreiras legais, territoriais, socioeconômicas ou culturais que dificultam a relação da população com os serviços. No caso do SUS, o acesso aos serviços é universal, garantido por lei, e o debate atual sobre o tema enfatiza a conveniência ou não de se estabelecer “portas de entrada”, como seria o caso das unidades de atenção primária e dos serviços de atenção à urgência e emergência, a partir dos quais os pacientes são encaminhados a serviços de maior complexidade tecnológica e organizacional.

⁴⁴ Extraído dos Glossários de Termos elaborados como apoio conceitual e metodológico da Avaliação e Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Ver: BRASIL. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais, Brasília: CONASS/OPS, 2007, p. 225-262.

Administração de pessoal: o mesmo que administração de recursos humanos, área da administração que se ocupa dos procedimentos, métodos, técnicas e instrumentos relativos à contratação, distribuição, gerenciamento do processo de trabalho e avaliação do desempenho dos trabalhadores envolvidos em determinadas atividades.

Agenda: instrumento de planejamento que contém a relação dos problemas identificados, as prioridades definidas e os objetivos e atividades a serem desenvolvidos para o seu enfrentamento. Resulta do processo de análise de situação e corresponde ao primeiro momento da formulação de uma política, ponto de partida para a definição, posterior, do Plano de ação, ou Plano operativo. A elaboração da Agenda de Saúde corresponde, atualmente, à primeira etapa do processo de planejamento da gestão do SUS, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. A Agenda de Saúde “estabelece, justifica e detalha as prioridades e estratégias de política de saúde em cada esfera de governo e para cada exercício” (MS, 2001).

Agenda de saúde: instrumento de gestão do SUS que contempla, em cada esfera de governo, a seleção de problemas a serem enfrentados e o estabelecimento de prioridades e estratégias de política em cada período de gestão.

Aliança: acordo entre dois ou mais atores ou organizações que compartilham e perseguem objetivos comuns e metas específicas definidas em função da negociação que gera a aliança. O mesmo que pacto, acordo, compromisso.

Alianças intersetoriais: pactos firmados entre atores que se inserem em setores específicos, agregando a tomada de decisões e a implementação de ações em função de interesses comuns.

Análise da situação de saúde: processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações. O mesmo que avaliação da situação de saúde.

Análise das proposições: existem vários tipos de análise das propostas de ação elaboradas no âmbito de um processo de planejamento. Destaca-se a

análise de **coerência** (externa e interna) das proposições políticas; análise de **direcionalidade** (com relação à I-O da política geral); análise de **viabilidade** econômica, política e técnica das propostas de ação, levando em conta as características do ator que conduz o processo de planejamento, isto é, sua **capacidade de governo** e a **governabilidade** da situação onde se está atuando (CPPS, 1975; MATUS, 1993).

Análise de viabilidade (1): tipo de análise das propostas de ação que implica uma avaliação da capacidade do ator e das condições de implementação de uma determinada estratégia. O documento do CPPS esquematiza alguns dos possíveis passos para uma **análise de viabilidade de uma política de saúde**: 1) Identificação dos elementos que na IO ou nas proposições políticas tenham conteúdos significativamente ideológicos e afetem a estrutura de valores e estilo de vida de grupos sociais; 2) Identificação daqueles elementos das proposições que se referem a coisas valoradas e que afetam ou favorecem interesses de grupos de pressão; 3) Reconhecimento dos grupos sociais em que podem repercutir - favorável ou desfavoravelmente - os elementos antes mencionados, com o correspondente apoio ou rejeição; 4) Identificação dos canais de comunicação e das formas de acesso ao sistema político de ditos grupos, assim como o grau de controle institucional que detenham; 5) Previsão sobre a magnitude da capacidade de apoio ou rejeição às proposições e ações e dos meios possíveis de expressão por parte dos grupos sociais envolvidos; 6) revisão das margens de transação do poder institucional para conciliar os antagonismos que possam despertar as políticas de saúde; 7) Disponibilidade de compulsão efetiva para submeter grupos antagônicos, se for necessário; 8) Reconhecimento dos grupos sociais neutros e passivos e busca de formas para obter seu apoio. Matus, por sua vez, distingue, na análise de viabilidade de um determinado plano de ação, dois aspectos, o primeiro, relativo aos momentos de desenvolvimento do plano, decisão, implementação, manutenção; e o segundo, relativo aos requisitos necessários para garantir a execução das ações propostas, ou seja, os recursos econômicos, a capacidade técnico-operacional e a vontade política. Cabe destacar que, na perspectiva situacional, caso a análise de viabilidade das propostas de ação seja desfavorável, o ator pode (e deve) elaborar projetos dinamizadores capazes de desfazer os “nós críticos”, superando os obstáculos que restringem a viabilidade do Plano (MATUS, 1993).

Análise de viabilidade (2): a análise de viabilidade das estratégias formuladas pode ser feita em três planos: **viabilidade financeira, viabilidade político-institucional e viabilidade técnico-operacional**. Cada uma delas diz respeito à disponibilidade de determinados tipos de recursos que se utilizam para o desencadeamento e continuidade das ações. A viabilidade financeira remete à disponibilidade de recursos financeiros, incluindo não apenas o dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, a realização de investimentos em recursos físicos, a aquisição de material permanente e de consumo, a contratação e pagamento de pessoal, etc. A viabilidade político-institucional diz respeito à disponibilidade de recursos de poder, isto é, a vontade política de implementar (ou não) o que está disposto no plano. Esta “vontade política” não se refere apenas às opções dos dirigentes do sistema local, mas também inclui a decisão dos profissionais e trabalhadores de saúde, das organizações sociais e comunitárias, enfim, refere-se a todos aqueles envolvidos com o processo de planejamento e execução das intervenções. Embora quase sempre disfarçados, ocorrem os mais variados tipos de resistência - ativa ou passiva - dos sujeitos envolvidos com relação aos objetivos e propostas de ação. Esta resistência é política, no sentido pleno da palavra, e deve ser levada em conta no processo de identificação dos aliados (reais e potenciais), dos oponentes e dos “indiferentes” às propostas de ação. Finalmente, a viabilidade técnico-operacional diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, isto é, conhecimentos e habilidades técnicas para a execução das ações propostas, bem como de recursos administrativos, ou seja, capacidade de organização e gerenciamento para a execução eficiente e efetiva das ações. A não disponibilidade de qualquer destes “recursos estratégicos” não significa a inviabilização das propostas de ação. Pelo contrário, sua identificação é sumamente importante para impulsionar a elaboração de “projetos dinamizadores”, isto é, projetos que, sendo desenvolvidos paralelamente à execução do Plano de Ação, permitam a superação das dificuldades existentes, tanto no plano financeiro quanto político e técnico-operacional (MATUS, 1993).

Análise de viabilidade (3): a análise de viabilidade deve confluir para a identificação das “facilidades” e das “dificuldades” que cada proposta terá em

seu curso de execução, o que supõe a identificação dos limites e possibilidades existentes tanto no ambiente interno quanto no ambiente externo à organização onde está sendo desenvolvido o processo de planejamento. Nesse sentido, uma das técnicas para análise de viabilidade, bastante difundida no contexto latino-americano, é o DOFA (ou FOFA⁴⁵), que inclui a identificação das Dificuldades e Facilidades (no ambiente interno) e Oportunidades e Ameaças (no ambiente externo). A identificação das Dificuldades (ou Fragilidades) conduz à elaboração de projetos dinamizadores, voltados à **construção da viabilidade** no processo de implementação do plano, quer seja pela obtenção de recursos financeiros adicionais, quer pelo envolvimento e participação de possíveis oponentes, visando à sua colaboração e compromisso, quer seja pela superação das deficiências técnicas e operacionais identificadas, através de cursos e outras formas de capacitação de pessoal (OPS, 1994).

Análise de viabilidade (4): uma outra forma de se fazer análise de viabilidade, proposta por Matus, leva em conta distintos momentos do processo decisório, ou seja, a tomada de decisão, a execução das decisões e a permanência dos efeitos das decisões e ações executadas. Considerando-se que cada um desses momentos implica aspectos políticos, técnicos e administrativos, é possível realizar uma análise de viabilidade muito mais detalhada, identificando os obstáculos e as oportunidades de ação em cada momento do processo decisório (MATUS, 1993).

Árvore de Problemas: é um diagrama simples cujo objetivo é organizar a explicação do problema identificado durante o processo de análise da situação, momento inicial de um processo de planejamento. Utiliza o formato de uma árvore, onde o problema central é colocado no “tronco”, e as “raízes” correspondem aos determinantes e condicionantes do problema (causas) e os “galhos”, “folhas” e “frutos” correspondem às “consequências” do problema registrado no meio da “árvore” (SÁ; ARTMANN, 1994; VILASBOAS; TEIXEIRA, 1999).

Assistência de média e alta complexidade: conjunto de estabelecimentos que compõem a rede assistencial onde se realiza a prestação de serviços de

⁴⁵Tradução brasileira da sigla que remete à identificação das Facilidades e Oportunidades, Fragilidades e Ameaças.

média e alta complexidade tecnológica, os quais incluem ambulatorios e clínicas de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros que integram redes específicas de atendimento a determinadas patologias, como é o caso dos serviços de reabilitação, psiquiátricos e outros.

Atenção Primária de Saúde: primeiro nível de atenção em um sistema de serviços de saúde, responsável pela oferta de ações de baixa complexidade tecnológica, voltadas ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção de riscos específicos e atenção aos problemas mais frequentes apresentados por indivíduos e grupos populacionais. O debate internacional sobre o tema a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, contempla a crítica à compreensão que muitos países têm da APS como um “programa”, ou mesmo um “nível de atenção”, chamando a atenção para a possibilidade da **Atenção Primária à Saúde** ser considerada uma estratégia de mudança da organização do conjunto dos serviços de saúde de um determinado sistema, na medida em que adota uma base territorial, a identificação das necessidades de saúde da população, a programação local das ações e serviços, o trabalho em equipe e a articulação intersetorial das intervenções sobre determinantes dos problemas de saúde. No Brasil, a APS começou a ser desenvolvida no âmbito dos Programas de Extensão de Cobertura dos anos 70 e, no contexto de construção do SUS, nos últimos 15 anos, tem sido nomeada de Atenção Básica, objeto de implantação/reorganização através do Programa de Saúde da Família (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Atores-chave: a noção de ator provém das ciências sociais e refere-se à lideranças, partidos políticos, organizações sindicais, associações de classe, entidades religiosas, organizações comunitárias e quaisquer outras formas de organização e representação de interesses que se apresentem na cena política, seja no âmbito político mais geral, seja no âmbito mais específico, como é o caso do cenário político em saúde.

Atores setoriais: atores políticos identificados no âmbito do setor saúde, como por exemplo os gestores do sistema, os prestadores de serviços, os

trabalhadores e os usuários do sistema, geralmente representados por suas entidades e organizações específicas.

Atores extrasetoriais: atores políticos identificados em outros setores distintos do setor saúde e que podem ter importância, quer pela possibilidade de se tornarem aliados em um processo de articulação de ações conjuntas, de caráter intersetorial, quer por se constituírem em adversários políticos no debate e tomada de decisões em relação a questões de interesse para a saúde.

Auditoria em saúde: o termo auditoria foi incorporado à saúde, inicialmente, como uma forma de avaliação da atenção com base na observação direta, nos registros e na história clínica do paciente, sendo entendida como “auditoria médica”, desenvolvida especialmente no ambiente hospitalar. A partir do final dos anos 80 o campo de ação da auditoria na saúde se ampliou, passando a incluir a avaliação do uso dos recursos e dos resultados obtidos no tratamento. Mais recentemente passou a abarcar, além do monitoramento das práticas clínicas, a avaliação da organização dos serviços e as funções gerenciais.

Avaliação da situação de saúde: o mesmo que análise da situação de saúde.

Avaliação das tecnologias em saúde: conceito bastante amplo que difere de um país para outro, podendo abarcar uma avaliação técnica de um dispositivo médico com o propósito regulador, um estudo farmacoepidemiológico do efeito de uma droga, um estudo acadêmico para prevenir as consequências de uma prática de saúde específica nas condições de saúde da população ou, ainda, uma revisão sistemática de qualquer ou de todos os aspectos de uma prática de saúde em particular. Esse tipo de avaliação permite apresentar alternativas de tratamento de doenças ou agravos à saúde e frequentemente proporciona elementos que orientam a tomada de decisões estratégicas relacionadas à cobertura dos serviços ou à alocação de recursos, incluindo a aquisição de equipamentos e de medicamentos.

Avaliação de qualidade dos serviços de saúde: tipo de avaliação que se ocupa da medição sistemática dos atributos das ações de saúde que integram o conceito de qualidade, e que sejam relacionados aos efeitos do cuidado

médico (eficácia, efetividade, impacto), aos custos, (eficiência) à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade).

Avaliação dos riscos de saúde: avaliação dos riscos potenciais ou atuais com relação à exposição a determinados ambientes nocivos à saúde e/ou à utilização de determinados produtos e serviços que podem produzir doenças ou agravos.

Avaliação de determinantes de saúde: ver análise da situação de saúde.

Avaliação em saúde: análise sistemática da pertinência (de uma política com relação às necessidades e problemas de saúde), suficiência em volume de ações proporcional às necessidades e demandas, progresso (grau de cumprimento dos objetivos e metas fixados no tempo previsto), eficiência (uso racional dos recursos empregados na operacionalização das ações), eficácia (obtenção dos resultados esperados com relação à utilização de uma determinada tecnologia ou à prestação de um serviço de saúde) e efetividade (alcance dos resultados pretendidos por um programa ou serviço em termos do impacto sobre o problema e as necessidades de saúde que o geraram) (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Banco de dados: conjunto de dados quantitativos ou qualitativos armazenados sob diferentes formas que podem ser utilizados como matéria-prima no processo de análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, políticas, programas e serviços. Ver Sistemas de Informação.

Barreiras de acesso: refere-se a barreiras geográficas, econômicas, sociais, culturais ou sanitárias que dificultam o acesso dos usuários ao sistema de serviços de saúde.

Capacidade institucional: termo genérico que diz respeito ao potencial que uma determinada instituição tem em função do volume de recursos que maneja, da sua organização e da sua gestão. Em saúde, é comum o uso do termo como sinônimo de “capacidade instalada”, relativa à disponibilidade de infraestrutura de serviços (instalações físicas, recursos humanos, materiais e financeiros), mas também pode se usar o termo para se referir à “capacidade de gestão, ou “capacidade de governo”, no caso em que diz respeito à

capacidade do gestor (líder) e de sua equipe conduzir com eficiência a instituição em direção ao cumprimento de sua missão, isto é, ao alcance dos seus objetivos estratégicos (políticas) através do uso de métodos modernos de gestão, entre os quais o planejamento estratégico, o orçamento-programa, a avaliação de desempenho, etc.

Cenário: cenário é uma projeção hipotética do futuro, isto é, a antecipação, pelo pensamento, das configurações possíveis de elementos variáveis (variantes), que podem situar-se no plano político mais geral, no plano político-institucional, econômico, demográfico, epidemiológico, etc. (OPS, 1992). No âmbito do processo de planejamento, a construção de cenários permite um cálculo antecipado dos limites e possibilidades de ação no futuro próximo, orientando a formulação de objetivos factíveis de serem alcançados. Por exemplo, se há evidências que indicam a possibilidade de um colapso econômico-financeiro no sistema de saúde, pode-se ser cauteloso na formulação de objetivos que exijam grandes investimentos financeiros. Por outro lado, se há perspectivas de incremento dos recursos disponíveis, pode-se projetar a realização de construções, reformas de unidades, ampliação de instalações, etc. O desenho de cenários supõe a identificação de duas ou mais variáveis que não estão sob controle do estado, município ou Distrito Sanitário onde está sendo desenvolvido o processo de planejamento, variáveis de cuja evolução dependerão as condições em que a atuação se dará. Assim, o desenho dos cenários prováveis implica na seleção destas variáveis e no estabelecimento de hipóteses para sua evolução, atribuindo-se juízos de valor a estas hipóteses, por exemplo, evolução positiva, indiferente ou negativa. Pela conjugação das hipóteses estabelecidas para cada variável, chega-se a estabelecer os cenários tendencialmente “favorável”, “desfavorável” e “central”. No cenário “favorável”, como se pode imaginar, predominam as hipóteses de evolução que incidem positivamente sobre os planos de ação elaborados, ocorrendo o contrário no caso do cenário “desfavorável”. O cenário “central” será aquele onde os elementos positivos e negativos se equilibram.

Condições de saúde da população: diz-se do conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias apresentadas por uma determinada população em um determinado momento.

Condições do trabalho: conjunto de aspectos vinculados ao ambiente onde se desenvolve um determinado processo de trabalho, e ao processo de trabalho em si, do ponto de vista das relações técnicas e das relações sociais do trabalho, isto é, ao uso de tecnologias e às formas de gerenciamento e remuneração.

Conferências de saúde: eventos que reúnem representantes dos vários segmentos sociais direta ou indiretamente interessados na avaliação do sistema de saúde e na formulação de políticas para o seu desenvolvimento. No processo de construção do SUS, as Conferências de Saúde foram regulamentadas através da Lei 8142, que estabelece a realização desses eventos em todas as esferas de gestão do SUS – nacional, estadual e municipal – com periodicidade compatível com os períodos de governo.

Conselhos de Saúde: instâncias de gestão participativa do SUS instituídas formalmente através da Lei 8142/90, que rege sua criação em todas as esferas de gestão do SUS nacional, estadual e municipal. Sua composição deve ser paritária, com 50% de representantes dos usuários do sistema e seu funcionamento regular assegura o cumprimento da sua missão, que envolve o monitoramento das condições de saúde, a formulação e o acompanhamento da execução das políticas de saúde, inclusive do gerenciamento dos Fundos de Saúde, entre outras atribuições e competências.

Controle social: ver “Participação e controle social”.

Controle de qualidade de processos e produtos de saúde: o conceito de controle da qualidade foi elaborado nos anos 50 e baseia-se na aplicação de técnicas para a determinação do momento em que os erros na produção de um determinado bem ou serviço começam a ultrapassar os limites da tolerância, gerando a necessidade de uma ação corretiva. Aplicado à saúde, o conceito de controle de qualidade abarca desde a adequação das ações e serviços prestados ao conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico existente (expresso em normas técnicas que regem a prestação dos serviços) até as chamadas “amenidades”, condições em que os serviços são oferecidos e prestados aos usuários, incluindo presteza, comodidade, conforto, aceitabilidade e satisfação com o mesmo.

Cooperação técnica/ assessoria/ apoio: processo que envolve, geralmente, duas instituições, que estabelecem acordos de cooperação para o desenvolvimento de atividades voltadas à transferência de conhecimentos e desenvolvimento de tecnologias entre uma e outra, mediante a realização de cursos, oficinas de trabalho, seminários, consultorias e assessorias a setores específicos. No âmbito do SUS, o processo de descentralização da gestão, com a redefinição de funções e competências entre as três esferas de governo, vem colocando o desafio de se estabelecer programas e atividades de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, bem como destas com as Secretarias Municipais de Saúde.

Cuidados de saúde: ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, bem como o diagnóstico e tratamento de doenças e ações de reabilitação das capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes. Corresponde ao original inglês *health care*.

Cuidado integral à saúde: A expressão enfatiza a busca de integralidade que caracteriza o debate contemporâneo sobre a organização dos serviços e ações de saúde. Ver Integralidade.

Cultura organizacional: conjunto de comportamentos, rituais, normas, costumes de uma organização ou entidade. No processo de construção do SUS, o termo ganha importância pelo fato de que a unificação do sistema implica na integração de instituições que têm diversas culturas organizacionais, como é o caso da integração das estruturas nacionais e regionais do antigo INAMPS ao MS e às SES, à incorporação da FSESP à FUNASA, e esta ao MS, etc.

Cultura e práticas saudáveis de saúde: conjunto de conhecimentos e valores compartilhados por um determinado grupo ou uma população, voltado para a promoção de condições de vida saudáveis, aí incluídas a participação em processos de formulação e implementação de políticas públicas que tenham como objetivo a preservação de condições ambientais, a melhoria das condições de reprodução econômica e social e o estímulo à adoção de comportamentos compatíveis com a preservação da saúde individual e coletiva

Definição dos objetivos: processo de construção de uma “Imagem-Objetivo” em cada área, ou ao menos a definição da “Situação-Objetivo”, tomando como base os problemas considerados prioritários. Cabe registrar a importância de que os objetivos (políticas) sejam definidos em função dos resultados que se pretende alcançar com relação aos problemas selecionados levando em conta o período de governo.

Demanda por serviços de saúde: procura da população por serviços de saúde, em busca de resposta a necessidades e solução para problemas. Pode-se distinguir a demanda potencial da efetiva, em função do afluxo da população aos serviços e ainda a demanda reprimida (no caso dos estabelecimentos de saúde não terem capacidade de oferta compatível com o atendimento ao volume e tipo de serviço demandado) da demanda atendida, distinção necessária em processos de avaliação da acessibilidade, cobertura e capacidade resolutiva (resolutividade) dos serviços de saúde.

Descentralização: processo de transferência de poder e responsabilidades do nível central aos níveis periféricos de um sistema. No caso do sistema de serviços de saúde brasileiro, trata-se da redefinição de funções e responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, paralelamente à transferência de recursos (financeiros, humanos e materiais) que passam do controle federal para o controle estadual e municipal.

Desenvolvimento organizacional: técnica das ciências do comportamento utilizada no âmbito da administração pública ou privada, visando ao aumento da capacidade de uma organização adaptar-se às mudanças no ambiente externo, redefinindo sua missão, estruturas e práticas, com a finalidade de melhorar seu desempenho.

Desigualdades em saúde: termo genérico que pode conotar um conjunto heterogêneo de desigualdades entre indivíduos e grupos sociais com relação a diferentes aspectos do processo saúde-doença-cuidado, como por exemplo as desigualdades entre grupos sociais no que diz respeito à exposição a determinados riscos, em função das suas condições e modos de vida, as desigualdades entre grupos no que diz respeito à ocorrência de determinados agravos à saúde (doenças e acidentes) e, ainda, a desigualdade entre grupos

sociais no que diz respeito ao acesso e consumo de serviços de saúde, em quantidade e qualidade (BARATA, 1997).

Determinantes de saúde: noção que abarca um conjunto de elementos estruturais e históricos que determinam e condicionam a ocorrência e distribuição de fenômenos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado em indivíduos, grupos e populações. Incluem fatores de ordem genético-hereditária (determinação biológica) ambientais (determinação ecológica), econômicos (determinação econômica), comportamentais (determinação cultural) e sócio-sanitários (relacionados com o acesso a serviços de saúde, em quantidade e qualidade compatíveis com a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva).

Doenças emergentes: diz-se de enfermidades que não faziam parte do quadro epidemiológico da população brasileira até há pouco tempo atrás e que, mais recentemente, surgiram e ganharam importância do ponto de vista da saúde pública, a exemplo da Dengue, Cólera, AIDS e outras.

Doenças de notificação compulsória: conjunto de doenças transmissíveis que, por lei, são de notificação obrigatória face ao risco de ocorrência de surtos epidêmicos. No Brasil, a relação dessas doenças inclui uma lista de doenças cuja notificação é obrigatória em todo o território nacional, sendo que cada Estado adaptou esta relação à sua própria situação epidemiológica. Segundo a Portaria 993/2000 do MS, as principais doenças de notificação compulsória são: Cólera, Coqueluche, Difteria, Doença de Chagas, Doenças meningocócicas e outras como meningites, febre amarela, Febre tifóide, Hanseníase, Hantavirose, Hepatite B, hepatite C, Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical (de mãe para filho), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Leishmaniose visceral, peste, poliomielite, Paralisia flácida aguda, Raiva humana, Rubéola, Síndrome da rubéola congênita, Sarampo, Sífilis congênita, Tétano e Tuberculose.

Efetividade: refere-se ao nível de contribuição de um programa ou serviço de saúde na consecução de metas e objetivos fixados a fim de reduzir as dimensões de um problema ou melhorar uma situação de saúde considerada insatisfatória.

Emergências de saúde pública: trata-se de situações que exigem intervenção imediata das autoridades responsáveis pela saúde pública, no sentido de controlar os danos causados por algum desastre natural ou provocado pela ação humana, como é o caso das inundações, terremotos, furacões, ou guerras ou acidentes com material nocivo à saúde, no sentido de evitar epidemias e garantir a assistência às populações atingidas.

Enfoque sistêmico: abordagem a respeito do estudo das organizações, baseada na teoria dos sistemas, desenvolvida originalmente na biologia e posteriormente nos estudos sobre cibernética e teoria da informação. O enfoque sistêmico foi incorporado aos estudos na área de administração e planejamento em saúde a partir dos anos 60 do século passado e ganhou proeminência com o debate acerca da reorientação de sistemas de saúde desencadeado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978. De um modo geral, define-se um sistema de saúde como o conjunto coerente de partes componentes relacionadas entre si, cujo objetivo comum deve ser produzir um efeito combinado na saúde da população de uma determinada área. Ver Sistema de serviços de saúde.

Equidade: diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. A construção da equidade em saúde implica na identificação das necessidades sociais e das necessidades de serviços de saúde dos diversos grupos da população e na reorganização dos serviços e redistribuição dos recursos de modo a atender, de forma diferenciada, os diversos grupos da população.

Estilos de vida: noção utilizada no âmbito do movimento pela Promoção da Saúde, que incorpora o modelo do “campo da saúde” como referencial para a compreensão dos fatores envolvidos na determinação do processo saúde-doença em populações. O modelo do “campo da saúde” se apresenta como um espaço quadripolar onde interagem fatores genético-hereditários, fatores ambientais, comportamentais (estilos de vida) e fatores relacionados com o acesso a serviços de saúde. A noção de estilos de vida ganhou importância no debate sobre prevenção e controle de doenças não

transmissíveis, mas, no âmbito da Epidemiologia contemporânea, é criticada por vários autores que apontam o viés subjetivista que a noção encerra, argumentando que os “estilos de vida” devem fazer parte de uma noção mais ampla de “modo de vida”, que inclui também as condições (objetivas) de vida dos indivíduos e grupos da população (CZRESNIA, 2005).

Estratégia: de um modo geral, defini-se estratégia como a forma de implementação de uma política. Ou seja, é o conjunto das ações realizadas com o intuito de se alcançar o objetivo proposto e, com isso, se produzir o efeito desejado sobre uma dada situação. Na definição de Beaufre (*apud* Testa, 1993), “a estratégia é uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação”. Para Testa (1993, p. 15) “a estratégia não é uma maneira de alcançar a meta, mas uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao nosso próprio desempenho [...]” Considerando que uma política é sempre uma forma de distribuição de poder (político, técnico e administrativo) entre atores e organizações (instituições públicas, empresas, sindicatos, partidos, etc.), pode-se entender a estratégia como um processo que implica a acumulação ou desacumulação de poder por parte dos atores sociais envolvidos em sua formulação e implementação.

Estrutura organizacional: diagrama, esquema ou representação gráfica da organização de uma instituição, uma empresa ou das etapas sucessivas de um processo, a exemplo do processo de planejamento. O desenho de um organograma que representa a estrutura organizacional geralmente expressa o poder formal em uma instituição, mas não necessariamente o poder real, que pode estar estruturado de outra forma, em função da articulação política de alianças entre grupos de trabalhadores da organização, gestores, fornecedores e clientes/usuários.

Fatores de risco: conjunto de fatores que podem estar envolvidos na determinação de um problema de saúde ou uma enfermidade específica. Conforme o modelo da História Natural das Doenças (HND), são fatores identificados no período da pré-patogênese, e, de acordo com sua natureza, podem ser Genéticos, Ambientais e Sociais, sendo que estes últimos podem ser subdivididos em socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais.

Fluxograma situacional: é uma matriz que organiza as informações obtidas em níveis de determinação, partindo da explicitação dos “descritores” (indicadores, variáveis e dados) que permitem a caracterização do Problema que está sendo analisado, dispondo ordenadamente as informações referentes aos Fatos (fenômenos), Processos (condicionantes históricos) e Estruturas (determinantes estruturais) que explicam a existência do Problema (MATUS, 1987, 1989; TEIXEIRA, 1993).

Força de trabalho em saúde: contingente de pessoal formalmente empregado no setor saúde, podendo-se distinguir o pessoal próprio da área que recebeu algum tipo de formação ou treinamento para o exercício de atividades de saúde e o pessoal comum, que trabalha no setor sem qualificação específica. No primeiro grupo encontram-se os profissionais de saúde, os técnicos e auxiliares, bem como o pessoal administrativo que recebeu algum tipo de qualificação em cursos de especialização ou outros. Já o grupo de pessoal comum inclui trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio, como limpeza, segurança, transporte, ou de apoio técnico-administrativo e gerencial.

Fundo Estadual de Saúde: conta bancária na qual são depositados os recursos provenientes das transferências federais para o SUS estadual, e onde devem ser depositados os recursos provenientes do Tesouro estadual e outras fontes utilizadas, no âmbito estadual, para custeio das ações e serviços de saúde sob responsabilidade do gestor estadual. A execução do Fundo Estadual de Saúde está submetida à fiscalização do Conselho Estadual de Saúde, devendo a prestação de contas ser feita periodicamente a esta instância.

Formação de consensos: mecanismos através do qual o dirigente ou a equipe dirigente de uma determinada organização promovem a construção de uma vontade coletiva em torno de uma determinada decisão referente à adoção de uma política, programa ou projeto de intervenção. No caso da gestão do SUS, trata-se de por em marcha o processo de negociação, pactuação, enfim, formação de acordos e alianças em torno de uma determinada proposta de ação no âmbito do sistema, como vem ocorrendo, por exemplo, nas Comissões Intergestores, a CIT e a CIBE. Também pode ocorrer esse processo em um espaço institucional, como é o caso de uma SES, quando o gestor promove a formação de consenso

em torno da adoção de uma determinada política ou estratégia, como é o caso, por exemplo, da proposta de reorganização da Atenção Básica, através da implantação do Programa de Saúde da Família.

Formulação de políticas de saúde: processo que consiste na fixação de objetivos e metas a alcançar com relação a um determinado sistema ou a um problema de saúde, incluindo a análise da situação inicial, o desenho da Imagem-Objetivo em um prazo determinado, a formulação de proposições de ação, embasadas em princípios e diretrizes, a análise de coerência (interna e externa) dessas proposições, a análise de viabilidade de execução das ações propostas e a formalização das políticas em leis, normas, planos, programas e projetos (CPPS, 1975).

Fóruns de opinião pública: instâncias presenciais ou virtuais de ausculta à opinião pública com relação a uma determinada política ou ação governamental. No caso da saúde, o processo de institucionalização da Gestão participativa do SUS tem gerado a criação dos Conselhos e Conferências de saúde, que podem ser entendidos como fóruns de opinião pública com relação às políticas de saúde, porém, também vêm se desenvolvendo mecanismos de consulta pública, via internet, para ausculta da opinião de especialistas e leigos com relação a propostas de ação do MS e de outras instâncias de governo do SUS.

Gerência: termo utilizado no âmbito do setor saúde e especificamente no SUS para designar a função de administração de unidades de prestação de serviços, programas, projetos e atividades específicas realizadas nas instituições que compõem o sistema.

Gestão: termo utilizado contemporaneamente em substituição à administração, cujo significado busca enfatizar que o processo administrativo, incluindo as funções de direção, planejamento, organização, coordenação, avaliação e controle, tem uma conotação política e estratégica, envolvendo o estabelecimento de visões de futuro, o gerenciamento de conflitos, a introdução de inovações organizacionais tendo em vista a flexibilidade necessária a uma adaptação permanente das organizações (públicas e privadas) a contextos cambiantes (MOTA, 2003).

Gestão em saúde: termo que reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades. No âmbito do SUS, convencionou-se distinguir Gestão (de sistemas) de gerência (de unidades de saúde, programas e projetos), como uma forma de enfatizar o caráter mais propriamente político da primeira, em oposição ao caráter técnico-administrativo da segunda, embora em cada uma dessas dimensões esteja em jogo o exercício do poder, em suas várias dimensões (política, técnico e administrativo).

Gestão colegiada: forma de gestão na qual se estabelecem coletivos para a tomada de decisões, reunindo representantes dos atores interessados direta ou indiretamente no processo e nos resultados da organização. No âmbito do SUS, os Conselhos de Saúde constituem órgãos colegiados, com representação dos gestores, profissionais de saúde e trabalhadores, bem como dos usuários dos serviços.

Gestão sustentável: o adjetivo “sustentável” pode ser compreendido em vários sentidos, principalmente com relação à sustentabilidade econômico-financeira de uma determinada política ou programa ou com relação à sustentabilidade política. No primeiro caso, trata-se de garantir que a implementação de uma determinada política, programa ou projeto conte com os recursos necessários, o que demanda, por vezes, a iniciativa do gestor em captar tais recursos nas fontes disponíveis. No segundo caso, sustentabilidade política, trata-se de garantir que o processo de implementação conte com o apoio dos atores direta e/ou indiretamente envolvidos, sejam os profissionais e trabalhadores de saúde, sejam os usuários do sistema.

Gestor Estadual do SUS: o mesmo que autoridade sanitária estadual, o secretário estadual de saúde, responsável pela gestão do SUS no âmbito estadual.

Grupos focais: técnica de pesquisa que consiste na organização de um grupo de pessoas que, por sua competência e/ou experiência com um determinado tema, são convidadas a opinar sobre um determinado problema.

Grupos com riscos e necessidades especiais de saúde e de serviços: grupos sociais que apresentam situações particulares com relação à exposição ao risco de adquirir determinadas enfermidades ou apresentar determinados problemas de saúde, em função das suas condições e modos de vida, constituindo, portanto, do ponto de vista da equidade, grupos a serem priorizados no âmbito das intervenções destinadas a reduzir ou eliminar esses riscos e prevenir a ocorrência de agravos ou, no limite, atuar na redução dos danos.

Grupos de pressão externos à política do SUS: grupos politicamente organizados em torno de demandas com relação à política de saúde, que não fazem parte do conjunto de atores envolvidos diretamente na organização e operação do sistema, como é o caso dos gestores, técnicos, profissionais de saúde, trabalhadores e usuários.

Hábitos de vida: o mesmo que “estilos de vida”. Diz-se dos comportamentos adotados por indivíduos e grupos com relação ao atendimento das necessidades relacionadas com a reprodução/transformação das condições de existência e o alcance de objetivos definidos em função dos seus projetos de vida

Imagem-objetivo (IO): a imagem-objetivo é uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada. Para o documento do CPPS, “qualquer pessoa ou grupo social pode definir uma situação de saúde futura que considera desejável”; entretanto, acrescenta: “somente a autoridade política que detém o conhecimento de uma situação que vai acontecer e considera o futuro total ou parcialmente dominável, pode desejar uma situação de saúde e atuar para alcançá-la, ou seja, formular uma IO” (CPPS, 1975, p. 38). A ideologia e o conhecimento da situação de saúde são elementos básicos para a formação da imagem-objetivo, os quais permitem identificar as áreas-problema que devem ser consideradas. Desta forma, a etapa da caracterização da ‘situação inicial ou diagnóstico de situação’ pode ser considerada uma etapa anterior à formulação da IO. De acordo com o documento, “a IO não é uma exposição de problemas nem de soluções. Ela oferece unicamente uma concepção de situações que – de acordo com a ideologia que a alimenta - se considera desejável e orienta a ação para alcançar esta situação, diferente da atual” (CPPS, 1975, p. 39).

Indicadores de desempenho: conjunto de indicadores que podem ser utilizados em processos de avaliação do desempenho de um determinado sistema ou serviço de saúde. Podem ser relativos ao desenvolvimento dos processos, produtos e resultados alcançados pela instituição ou sistema, de acordo com as políticas, os objetivos e metas definidos em um determinado período.

Indicadores de resultados: diz-se de indicadores que apontam os resultados alcançados com o processo de implementação de uma determinada política, plano, programa ou projeto. Definidos geralmente no curso de um processo de monitoramento e avaliação das políticas, planos, programas e projetos, os indicadores de resultados podem também ser elaborados no âmbito de uma pesquisa avaliativa, cujo objetivo seja determinar o alcance do processo de implementação de uma política, plano, programa ou projeto.

Infraestrutura: conjunto de recursos físicos, materiais e humanos de uma determinada organização ou sistema. No caso do sistema de saúde, diz respeito à capacidade instalada (em termos de estabelecimentos de saúde), incluindo as instalações físicas, os equipamentos e o material de consumo, e o pessoal de saúde (profissionais e trabalhadores) alocado nos diversos postos de trabalho para o desenvolvimento das atividades gerenciais e assistenciais.

Iniquidades em saúde: desigualdades entre grupos sociais, consideradas inaceitáveis, configurando injustiças a serem corrigidas através de políticas públicas. Podem ser identificadas iniquidades nas condições de saúde, bem como no acesso e no grau de utilização dos serviços de saúde.

Integralidade: diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde dos diversos grupos da população (PAIM, 1994; PINHEIRO; MATOS, 2001, 2003).

Instrumento de gestão: visando à racionalização do processo de gestão do Sistema Único de Saúde, vêm sendo propostos, nos últimos anos, vários instrumentos de gestão, cuja base conceitual e metodológica assenta nos conhecimentos acumulados

na área de planejamento e gestão de sistemas de saúde. Nesse sentido, os instrumentos de gestão do SUS incluem a Agenda da Saúde, a PPI – programação pactuada integrada, o Relatório de Gestão, os indicadores propostos no Pacto da Atenção Básica, e outros previstos nas normas e portarias elaboradas no âmbito da Gestão nacional do SUS nos últimos anos (MS, 2001).

Instrumento de planejamento estratégico: o enfoque estratégico surgiu, na área do planejamento em saúde, em meados dos anos 70, contemplando, posteriormente, vários desdobramentos, cada um dos quais propõe instrumentos específicos para a análise da situação, o desenho da situação-objetivo, a análise da coerência, factibilidade e viabilidade das intervenções propostas, e formas de monitoramento, acompanhamento e avaliação dos planos e programas de ação.

Investigação de surtos epidêmicos: atividade da área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis que consiste na identificação do caso índice, na busca de contatos e na adoção de medidas adequadas para a interrupção da transmissão da doença.

Investigação epidemiológica: o mesmo que “pesquisa epidemiológica”, pode contemplar desde análise de situações de saúde de uma população em geral ou de determinados grupos, até investigações etiológicas, voltadas a determinar as causas ou determinantes de um determinado problema ou agravo de saúde. Pode contemplar, também, a pesquisa dos efeitos de uma determinada tecnologia, programa ou serviço sobre o comportamento de uma determinada doença ou agravo de saúde em uma população.

Liderança: capacidade de condução, de direção, materializada na figura de um chefe, cujo conhecimento, experiência e qualidades de relacionamento interpessoal favorecem que este encarne os objetivos e valores de um determinado grupo ou instituição. A literatura contemporânea sobre liderança destaca a influência que um determinado líder exerce sobre os membros de um grupo, em função de qualidades pessoais, como conhecimento de si mesmo, iniciativa, coragem, persistência e integridade, chamando a atenção, porém, que estas não são necessariamente características inatas e podem ser adquiridas através do treinamento e experiência.

Lideranças comunitárias: pessoas que exercem atividades de condução e direção de grupos da população, geralmente organizados em função do enfrentamento de uma problemática comum, como é o caso da dificuldade de acesso a serviços de saúde. O líder comunitário se destaca por sua competência em comunicar-se com as pessoas, traduzindo seus anseios e expectativas, formulando suas propostas em termos claros e precisos, facilitando o estabelecimento de confiança recíproca e a delegação de autoridade para que o líder exerça um papel de representação dos interesses do grupo.

Mapeamento dos atores envolvidos na formulação e implementação das políticas. Trata-se de constituir o “sujeito” do processo de formulação da política, tomando como ponto de partida a identificação dos atores governamentais e não governamentais que desenvolvem ações concernentes aos problemas em foco.

Marco legal: conjunto de leis e normas que regem o processo de formulação e implementação de uma determinada política, estabelecendo os limites do que pode e deve ser feito por parte das autoridades governamentais, nas diversas esferas de governo.

Marco regulatório: conjunto de leis e normas que regem a organização e o funcionamento de um determinado sistema ou instituição. No caso da saúde, trata-se das leis e normas que regem a organização e o funcionamento do sistema de saúde em sua totalidade ou em suas partes componentes.

Marketing social: refere-se ao desenvolvimento de atividades de comunicação social em saúde que contemplam mensagens publicitárias dirigidas à mudança de comportamentos e estilos de vida consentâneos com a promoção da saúde e a prevenção da exposição a riscos por parte da população em geral ou a grupos específicos da população.

Monitoramento: o mesmo que acompanhamento, processo de supervisão continuada do processo de implementação de uma determinada política, plano ou programa.

Modelo de atenção à saúde: forma de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde. Pode-se identificar a existência de vários modelos, de acordo com a concepção adotada acerca da finalidade do trabalho (prevenir e/ou curar), à natureza do objeto (processo saúde-doença no plano individual ou coletivo) de trabalho, às características do sujeito (profissionais e trabalhadores de saúde) e da tecnologia empregada, configurando-se distintas relações técnicas e sociais de acordo com a forma de organização do processo de produção de serviços nas diversas sociedades. No Brasil predomina o modelo “médico-assistencial privatista” e o “modelo sanitaria”, ponto de partida do processo de reforma que pretende construir um “modelo de atenção integral à saúde” que contemple as distintas práticas (promoção, prevenção e assistência) em diversos níveis de complexidade organizacional dos serviços (atenção básica e atenção de média e alta complexidade) (PAIM, 1994; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Municipalização das ações e serviços de saúde: forma de descentralização político-administrativa do sistema de saúde adotada no Brasil nos anos 90. Contempla a transferência de poder de decisão e de recursos aos municípios de acordo com determinados estágios equivalentes ao grau de responsabilidade assumido pelo município com relação ao sistema de serviços de saúde.

Módulo Operacional: na perspectiva estratégico-situacional do planejamento, o plano deve ser modular, isto é, constituído de Módulos Operações-Problemas, matriz onde são sistematizados os Objetivos (gerais e específicos), as atividades e tarefas a serem realizadas, com seus respectivos responsáveis, prazos de execução e indicadores de acompanhamento e avaliação.

Momentos o processo de planejamento: segundo o enfoque situacional, o processo de planejamento é constituído de “momentos” – o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional – cada um deles trazendo em si mesmo os demais, diferenciando-se apenas por uma questão de ênfase, seja no conhecer, no dever ser, no pode ser ou no fazer. A noção de “momento” não se refere a etapas sequencialmente rígidas, de modo que, na prática, pode-se desencadear o processo em qualquer momento (MATUS, 1993).

Necessidades de saúde da população: podem ser definidas como carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população. Incluem, assim, os efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas de alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos ou de assistência em caso de doença, acidente ou padecimento de qualquer natureza.

Organizações comunitárias: entidades criadas por iniciativa de grupos específicos da população, geralmente para o desenvolvimento de ações de caráter reivindicatório junto às organizações estatais e/ou para a execução de ações voltadas à solução de problemas específicos, incluindo problemas de saúde, a exemplo de associações comunitárias que se responsabilizam pela implantação e manutenção de creches, escolas, centros de saúde e hospitais.

Organizações governamentais: instituições e órgãos que compõem o aparato de Estado, incluindo os órgãos do poder Executivo, legislativo e Judiciário. No âmbito do Executivo, encontram-se as instituições estatais responsáveis pela política e gestão do sistema público de saúde, como é o caso do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais e os órgãos a elas vinculados.

Organizações não governamentais: diz-se de entidades organizadas por particulares ou associações civis que se dedicam a determinadas causas sociais, inclusive a prestação de serviços de saúde para grupos populacionais específicos ou para a população em geral.

Organizações sem fins lucrativos: entidades de caráter filantrópico mantidas por associações civis ou instituições religiosas e que executam ações em diversas áreas de assistência social, inclusive na área de saúde.

Organismos de cooperação internacional: instituições cuja missão dirige-se à promoção do desenvolvimento econômico e social no âmbito internacional no

âmbito global ou em determinadas regiões do globo. No caso da Saúde, destaca-se a organização Mundial de Saúde, criada em 1948, bem como a Organização Pan-americana da Saúde, criada em 1902, integrada à primeira como organismo regional, responsável pela cooperação entre os países das Américas.

Planejamento estratégico-situacional: o enfoque estratégico-situacional foi originalmente proposto por Carlos Matus (1993) como uma teoria geral da planificação, passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Nos últimos 25 anos, esse enfoque foi difundido na América Latina, inicialmente no âmbito acadêmico, através de cursos realizados na área de Planejamento & Gestão em saúde, e posteriormente através de seminários, consultorias e oficinas de trabalho promovidas por organismos internacionais e nacionais. As principais características desse enfoque são: a) a compreensão do objeto do planejamento como sendo os problemas e oportunidades reais de intervenção, em uma perspectiva que supera a fragmentação reducionista da realidade operada pelas disciplinas científicas e materializada nos “setores” nos quais se organiza a intervenção estatal; b) a concepção do processo de planejamento como sendo constituído de “momentos” que se interpenetram, sem seguirem uma lógica sequencial rígida, o que possibilita uma articulação das experiências acumuladas nas distintas práticas institucionais dos vários “setores”; c) a proposta de “modularização” do produto do planejamento, isto é, o entendimento do plano como “modular”, composto de módulos operacionais que sintetizam os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos, atividades, produtos e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), flexibilizando a organização e facilitando a participação de distintos sujeitos sociais, bem como um ordenamento espaço-temporal em função do desenho estratégico; d) as noções envolvidas na proposta de gestão do plano e gerência de operações trazem embutida uma “teoria de governo” que abre espaços à mudança das práticas institucionais prevalentes nas organizações estatais, articulando-se com as propostas de reforma do Estado e de reorientação do desenho institucional e da prática administrativa na esfera pública, potencialmente em direção a uma democratização das relações e uma intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

Pacto de Gestão: termo de compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde, em razão de seus princípios e diretrizes e em função dos objetivos estabelecidos pelo Pacto Nacional pela Saúde.

Padrões de qualidade: conjunto de aspectos que são tomados como parâmetros para a avaliação da qualidade de um determinado bem ou serviço. No caso da saúde, implica o estabelecimento de critérios para medição do grau de adequação do serviço prestado às normas técnico-científicas e às “amenidades” que cercam o processo de prestação de serviços, relativas à adequação do mesmo às expectativas dos usuários com relação a presteza, conforto, respeito, cortesia e outros elementos que garantem a aceitação social do serviço.

Parceria interinstitucional: refere-se aos estabelecimentos de acordos de cooperação entre instituições diversas, com o objetivo comum de enfrentar determinados problemas e/ou potencializar o uso de recursos para o desenvolvimento de ações conjuntas ou coordenadas.

Participação e controle social em saúde: envolvimento ativo da população organizada no processo de decisão e no controle social sobre as políticas e o sistema de saúde. A participação social em saúde no SUS é garantida mediante a atuação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis – nacional, estadual, municipal – bem como através das Conferências de Saúde realizadas periodicamente. Consulte a Lei 8142/90.

Participação da comunidade e do cidadão: refere-se, de modo geral, ao processo de mobilização de vontades coletivas que se expressam sob diversas formas de participação no processo político, seja através da ação direta, seja através dos diversos mecanismos de representação constituídos nas sociedades contemporâneas, inclusive no Brasil. No caso da saúde, a “participação da comunidade” vem sendo proposta desde a década de 60 do século passado e ocorre sob diversas formas, desde o envolvimento ativo da população em ações de saúde até a forma de participação política no processo decisório no setor. No âmbito do SUS, a participação organizada da sociedade vem se institucionalizando nos Conselhos e nas Conferências de Saúde,

instrumentos da chamada gestão participativa, cujo respaldo jurídico encontra-se na Lei 8142, de novembro de 1990.

Perfil de saúde da população: diz respeito ao “perfil epidemiológico” da população, isto é, à configuração dos indicadores de morbi-mortalidade em determinados lugar e tempo, com a especificação dos principais problemas de saúde e suas tendências em termos de comportamento ao longo do tempo e distribuição territorial e social.

Planejamento situacional em saúde: a adaptação do enfoque situacional ao planejamento das ações e serviços de saúde vem sendo desenvolvida por vários autores. Uma perspectiva que privilegia o planejamento e programação de saúde em nível local (municipal, distrital), foi realizada por Teixeira (1993, 2001), que assim sistematiza os momentos do processo: a) **Análise da Situação de Saúde**, que inclui a identificação, priorização e análise dos problemas de saúde em um território determinado (DS, município); b) **Desenho da Situação-Objetivo**, que implica a identificação da “Imagem-Objetivo” que se pretende alcançar no médio e longo prazo, a definição dos cenários prováveis nos quais se estará atuando no curto prazo e a formulação dos Objetivos propriamente ditos, em função dos problemas priorizados; c) **Desenho das Estratégias**, que inclui a definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das ações propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade das ações propostas em um tempo definido; d) **Programação, Acompanhamento e Avaliação**, que correspondem à programação detalhada das ações a serem realizadas, concomitante ao estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação periódica dos resultados alcançados com a execução das ações propostas.

Plano Operativo: ou Plano de ação, documento que contém a análise da situação realizada e o conjunto dos Módulos operacionais (P-O), com a definição dos respectivos responsáveis pela execução. É, portanto, um guia para a implementação das ações propostas e para o monitoramento e avaliação do andamento do processo de implementação e de seus resultados.

Plano de saúde: produto de um processo de planejamento que, geralmente, inclui a realização de uma análise da situação de saúde da população de uma

determinada área, o estabelecimento de objetivos e metas a alcançar com relação ao enfrentamento dos problemas prioritizados, a especificação das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos e os recursos que serão empregados neste processo.

Plano estadual de saúde: documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema estadual de saúde, realizado de 4 em 4 anos, contendo a análise da situação de saúde da população, as políticas e diretrizes do sistema, as ações prioritárias e as estratégias de implantação, bem como o orçamento previsto para a execução das ações propostas no âmbito do SUS estadual.

Plano municipal de saúde: documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema municipal de saúde, realizado de 4 em 4 anos, contendo a análise da situação de saúde da população, as políticas e diretrizes do sistema, as ações prioritárias e as estratégias de implantação, bem como o orçamento previsto para a execução das ações propostas no âmbito do SUS municipal.

Plano Municipal de Regulação do Acesso às ações e serviços de saúde: instrumento de política que especifica os objetivos e metas do gestor municipal do SUS com relação aos critérios que regem o acesso da população aos serviços do SUS, seja da rede própria, seja da rede contratada e conveniada.

Plano Operativo Anual: ou programação operativa, documento que contém o detalhamento das ações a serem realizadas no período de um ano, seja no âmbito federal, estadual ou municipal do SUS.

Política: o termo “política” possui muitos significados, incluindo desde a “arte” de governar até a “ciência”, o estudo dos fenômenos ligados ao Estado, ao governo, aos negócios públicos. Refere-se, portanto, tanto a uma “prática” social, cuja finalidade diz respeito à condução de pessoas, grupos, instituições, partidos, visando ao alcance de determinados objetivos, quanto aos “saberes” relativos a estas atividades, aí incluídos os princípios e valores que fundamentam as posições de indivíduos, grupos e instituições diante de problemas e necessidades sociais que demandam respostas coletivas, as quais podem ser baseadas ou não em conhecimentos produzidos a partir de

investigações científicas. Estudos da área de Administração Pública e Ciência Política têm trabalhado, também, com uma noção mais circunscrita de “política”, definindo-a como “o conjunto de objetivos que informam determinado programa de ação governamental e condicionam a sua execução”. Nesse sentido, o termo “política” se refere às escolhas, às decisões tomadas por uma determinada autoridade política, decisões estas que conformam “o que fazer” diante de um determinado problema, necessidades ou demandas sociais, podendo ter sido, ou não, fruto de um processo político participativo. Encontramos aí os dois significados mais comuns do termo “política”, distinguidos, em inglês, pelos termos *policy* e *politics*, o primeiro referindo-se ao conteúdo da decisão, à proposta de ação, ao objetivo a ser alcançado, e o segundo referindo-se ao processo de decisão, ao processo político, de análise do problema e escolha da solução, que implica a seleção de alternativas, o que pode resultar em conflito de interesses e, portanto, na necessidade de construção de consensos em torno dos objetivos a serem perseguidos e dos meios a serem utilizados para isso (SONIS; LANZA, 1978). No contexto latino-americano, a preocupação com a elaboração de métodos e técnicas que subsidiassem o processo de decisão no âmbito das organizações governamentais (Estado) e a formulação de políticas de saúde datadas de meados dos anos 70 do século passado geraram a constituição de um processo que tem se desdobrado no âmbito acadêmico com a conformação de uma área de produção de conhecimentos e desenvolvimento tecnológico que resultam na existência, hoje, de um conjunto de estudos e propostas metodológicas para a formulação e implementação de políticas nesta área. Em um trabalho que se propôs a realizar um balanço do estado da arte da produção científica da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Paim e Teixeira (2006) sistematizaram um conceito abrangente que abarca essa dupla determinação, definindo *Política de Saúde* como sendo “a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam à saúde, inclusive o ambiente. Abrange as questões relativas ao *poder* em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas*

de saúde. Ou seja, contempla tanto os planos de ação (*Policy*) quanto o poder em saúde (*Politics*)”.

Políticas ambientais: conjunto de políticas voltadas à intervenção sobre o meio ambiente, seja no sentido da preservação e proteção dos recursos naturais, seja no sentido da recuperação dos efeitos da ocupação do território e exploração inadequada destes recursos.

Política de incentivos: refere-se ao estabelecimento de estímulos financeiros ou de outra natureza, como forma de induzir comportamentos desejados nos gestores e trabalhadores de uma determinada área, inclusive no âmbito da saúde.

Políticas econômicas: conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados com o desenvolvimento econômico de um determinado país, estado ou município. Inclui propostas relativas ao fomento e regulação da produção, distribuição e consumo de bens e serviços, bem como a política monetária e financeira e a política de emprego e renda que afetam o conjunto das atividades econômicas.

Políticas públicas saudáveis: diz-se de políticas voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, isto é, políticas dirigidas à melhoria das condições de vida da população em geral ou de grupos específicos expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em função da exposição a riscos decorrentes de condições ambientais, sociais, comportamentais ou em função da insuficiência do acesso a ações e serviços que promovam e protejam suas condições de saúde.

Políticas sociais: conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados com o desenvolvimento social de um determinado país, estado ou município, incluindo as políticas de educação, saúde, habitação, transporte, cultura, esporte e lazer.

Problema: qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de normalidade para quem está analisando uma determinada situação. O entendimento sobre o que é um problema varia de acordo com o referencial social, cultural, político e técnico do “ator” que está explicando a situação, isto é, dos sujeitos que participam do processo de planejamento. Isso exige, por um

lado, um esforço de identificação dos referenciais adotados pelos distintos atores e, por outro, indica a necessidade de se estabelecer um processo de diálogo e negociação entre os atores para se chegar a uma definição clara e consensual acerca do problema ou dos problemas que serão objetos do planejamento.

Postos de Trabalho: corresponde aos lugares na estrutura organizacional de uma determinada organização, pública ou privada, onde os trabalhadores são alocados para o desempenho de funções gerenciais ou de produção de bens e serviços. No caso do sistema de saúde, trata-se dos postos de trabalho definidos em função de uma determinada estrutura organizacional, podendo-se identificar desde os mais “periféricos”, como é o caso dos agentes comunitários de saúde, até os mais “centrais”, como são os postos de trabalho da equipe dirigente do sistema.

Prestadores privados: entidades privadas de prestação de serviços de saúde, de caráter lucrativo (empresas) ou não lucrativo (filantrópicas).

Prestadores públicos: entidades estatais de prestação de serviços de saúde, incluindo instituições sob gestão federal, estadual ou municipal. Considerando a distinção entre “estatal” e “público”, podem-se considerar como prestadores públicos as instituições e estabelecimento privados que fazem parte do sistema público de saúde, através de convênios e contratos de prestação de serviços.

Prevalência de fatores de risco: o termo prevalência é utilizado em Epidemiologia para designar o número de casos novos e antigos de uma determinada doença ou agravo, em uma população, em um determinado período de tempo. A prevalência de fatores de risco refere-se à quantificação do número de expostos a um determinado risco – ambiental socioeconômico ou comportamental – presentes em uma população determinada.

Problema de Saúde: é a representação social de necessidades de saúde, derivadas de condições de vida e formuladas por um determinado ator social a partir da percepção da discrepância entre a realidade vivida e a desejada ou idealizada. Assim, pode ser uma doença, um agravo, uma insuficiência de recursos ou uma ausência de um determinado serviço de saúde, ou até fatos

que, na verdade, explicam uma doença (por exemplo, falta de saneamento básico, fome, etc.). Há uma tendência das lideranças comunitárias em identificar condicionantes e determinantes como problemas de saúde, por exemplo, desemprego, falta de saneamento básico, etc. Os profissionais de saúde tendem a identificar doenças e agravos, e, principalmente, questões relacionadas com a infraestrutura e a organização de serviços.

Problema do sistema de serviços de saúde: é a expressão de limitações, dificuldades, fragilidades existentes na organização e funcionamento do sistema de serviços de saúde. Considerando-se os componentes de um sistema de saúde – infraestrutura de recursos, organização dos serviços, gestão, financiamento, processo de produção de serviços e produtos oferecidos à população usuária, podem-se identificar problemas de distinta natureza, magnitude e abrangência. Problemas de infraestrutura geralmente se apresentam como limitações no volume de recursos disponíveis (físicos, materiais, humanos e/ou financeiros), bem como na inadequação da forma de distribuição e utilização desses recursos. Problemas organizativos podem se apresentar como inadequação na forma de organização do processo de trabalho (práticas de saúde), ou inadequação da forma de organização dos serviços (estabelecimentos, como centros de saúde, hospitais, etc.) ou na inadequação na forma de organização do sistema de serviços (de acordo com princípios organizativos adotados, como é o caso, no âmbito do SUS, dos princípios de hierarquização e regionalização dos serviços). Problemas de Gestão e Financiamento se expressam como debilidades na condução política (tomada de decisões), no planejamento, programação, orçamentação e avaliação dos sistemas e serviços de saúde, na articulação intersetorial e interinstitucional necessária ao desenvolvimento das ações de saúde, na garantia e consolidação da participação e controle social, etc. Tudo isso de acordo com o grau de aproximação ou não da realidade observada aos princípios e diretrizes definidas em lei, fruto de processos histórico de luta e definição da direcionalidade do sistema. Finalmente, problemas na prestação de serviços podem se apresentar por seus “efeitos”, isto é, problemas no alcance da cobertura necessária, na garantia da acessibilidade, qualidade, equidade, integralidade e humanização do atendimento, ou por limitações e dificuldades identificadas no processo de prestação de serviços em si mesmo, casos em que

se analisa a observância ou não de normas técnico-científicas definidas em função do avanço do conhecimento científico e tecnológico na área e do grau de apropriação desse conhecimento pelos sujeitos das práticas, através de atividades de capacitação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde.

Programação Pactuada e Integrada (PPI): processo de programação de atividades realizado pelas equipes gestoras do SUS no âmbito municipal e estadual, anualmente, com o objetivo de racionalizar a oferta das ações básicas e dos serviços de média e alta complexidade, de acordo com a forma de gestão na qual esteja habilitado o município ou o estado.

Promoção do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde: esforços desenvolvidos pelos gestores do SUS no sentido de garantir a expansão e reorganização da oferta de serviços de saúde de modo a atingir parcelas da população que tenham dificuldade de acesso aos serviços. Indica que estes esforços devem estar orientados para a promoção da equidade, isto é, a distribuição das ações e serviços de acordo com o perfil de necessidades da população, tratando desigualmente os desiguais. Ver Universalidade e Equidade.

Promoção da saúde: originalmente entendida como uma das funções da Medicina, e posteriormente definida como o conjunto de ações de prevenção primária a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde com a finalidade de melhorar a saúde dos indivíduos e grupos da população, a “Promoção da Saúde” tornou-se, a partir de 1974, um movimento internacional que propõe o desenvolvimento de ações intersetoriais (emprego, geração de renda, saneamento, habitação, educação, transporte, saúde e lazer) e a mobilização social em torno da melhoria da qualidade de vida dos diversos grupos sociais e da população em geral (CZRESNIA; FREITAS, 2003).

Processos democráticos e participativos em saúde: ver “Participação da comunidade e do cidadão” e “Participação e controle social em saúde”.

Protocolos clínicos: conjunto de normas e orientações técnicas acerca de como deve se conduzir o profissional de saúde diante de um problema

específico, representando, assim, uma sistematização de procedimentos embasados na produção científica da área, que, ademais, permite a racionalização dos recursos empregados na prestação de serviços e a programação em escala dos mesmos.

Qualidade dos serviços de saúde: a noção de qualidade foi desenvolvida no campo da saúde nos anos 50, e abarca um conjunto de atributos relacionados aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto), aos custos (eficiência), à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade).

Registros vitais: o mesmo que estatísticas vitais. Inclui o registro dos nascimentos e óbitos, base para a construção dos indicadores de morbi-mortalidade.

Regulação: a atividade de regulação foi entendida inicialmente como a interferência do Direito na vida social e nos comportamentos individuais, porém, com o surgimento dos Estados modernos, passou a ser entendida, também, como a interferência do Estado nos sistemas sociais. A regulação em saúde significa, portanto, a intervenção do Estado para garantir a produção, distribuição e o consumo de serviços de saúde, e implica no estabelecimento de leis, normas e procedimentos a serem adotados pelos diversos entes que operam no âmbito do sistema. No Brasil, a atividade de regulação estatal no setor saúde é entendida de forma diversa, conforme a natureza do objeto a ser regulado. No âmbito do próprio sistema público, o SUS, as instâncias gestoras (CIT, CIBs) tratam de estabelecer as regras das relações entre os níveis de governo e as relações com os prestadores privados. Já na regulação do mercado da assistência médica suplementar ou o mercado farmacêutico, o Estado atua como conciliador dos conflitos entre consumidores e operadoras dos planos (através da ANS) e entre consumidores, distribuidores e produtores de medicamentos (papel exercido pela ANVISA).

Satisfação dos usuários: diz-se da satisfação dos consumidores de um determinado serviço com o mesmo. No caso dos serviços de saúde, a satisfação dos usuários geralmente está mais vinculada às condições gerais da prestação do serviço do que propriamente à qualidade e efetividade do

mesmo, devido à dificuldade que os usuários em geral têm em avaliar a adequação do serviço prestado ao conhecimento científico disponível e às normas técnicas existentes.

Seleção de prioridades: refere-se aos problemas e ações a serem desenvolvidas em cada área específica. Com base na análise da situação atual e suas tendências, bem como na avaliação dos efeitos das ações desenvolvidas em cada área e suas eventuais limitações, o processo de seleção de prioridades pode vir a ser realizado a partir da definição de vários critérios, como por exemplo a magnitude do problema, relevância política (transcendência) atribuída a ele, vulnerabilidade e custo da intervenção. A “magnitude” se refere ao “tamanho” do problema e pode ser dimensionada em função do volume da população atingida pelo mesmo. Geralmente, a magnitude de um problema é definida em função dos indicadores epidemiológicos, ou seja, a morbi-mortalidade atribuída ao problema. A “valorização social”, por sua vez, diz respeito ao impacto do problema na percepção dos diversos grupos da população considerada. Assim, um problema pode ter baixa magnitude e ser altamente valorizado por seu impacto social. O terceiro critério, “disponibilidade de tecnologia” para intervir sobre o problema, diz respeito à capacidade operacional do sistema de atenção à saúde do grupo considerado, no caso, envolvendo os serviços próprios da empresa e os serviços contratados ou o próprio sistema público de saúde (SUS). Ainda que um problema seja considerado de alta magnitude e valorizado socialmente, se o sistema de saúde não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-lo prioridade. Finalmente, um critério de priorização importante é o “custo estimado” da intervenção sobre o problema, uma vez que, quanto mais barata for a intervenção, mais facilmente um problema pode ser considerado prioridade, sendo que, quanto mais cara a intervenção, mais difícil fica garantir o enfrentamento e superação do mesmo (OPS, 1965).

Serviços de saúde: termo genérico que permite três acepções: a) serviços de saúde como sinônimo de ações de saúde, a exemplo de consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares, vacinação, etc.; b) serviços de saúde como sinônimo de estabelecimentos de saúde, como centros de saúde,

ambulatoriais, hospitais, etc. e c) serviços de saúde como sinônimo de instituições ou sistemas, uso que se verifica quando se fala de “serviços públicos” ou “serviços privados”.

Sistema de informação: conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos de produção de dados, processamento e análise de informações, visando à sua difusão e utilização no processo de tomada de decisões e de operacionalização de ações. No caso da Saúde, contamos com um conjunto de sistemas de informação de base epidemiológica ou gerencial, que subsidiam ou podem subsidiar o aperfeiçoamento das práticas de saúde em todos os âmbitos do sistema.

Sistema de serviços de saúde: conjunto de instituições envolvidas direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde a uma dada população em um território específico (país, estado, município). A análise de um sistema de saúde pode ser feita distinguindo-se seus componentes, quais sejam, sua infraestrutura (recursos físicos, humanos e materiais), a forma de organização (unidades, redes), o financiamento (fontes, volume e forma de distribuição e utilização dos recursos financeiros), a gestão (pública, privada ou “mista”, centralizada ou descentralizada, autoritária/democrática, tecnocrática/participativa) e o perfil de prestação de serviços à população (relação oferta/demanda/necessidades de saúde) (KLEKOWSKY, 1977).

Sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador: conjunto de instituições e práticas envolvidas na realização de ações de vigilância em saúde, podendo-se distinguir sistemas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, vigilância sanitária de alimentos, produtos e serviços de saúde, vigilância ambiental da qualidade da água, solo e ar e vigilância de ambientes e condições de trabalho.

Situação: conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Essa tomada de posição diante do processo de conhecimento tem como uma das consequências a admissão da pluralidade de “planejamentos”, isto é, o reconhecimento de que todos

os atores sociais planejam (mesmo que não escrevam planos), isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução dos seus objetivos. A concepção situacional do objeto de conhecimento e intervenção por parte das instituições envolvidas implicam a incorporação do “enfoque por problema”, isto é, a identificação e seleção de problemas sociais que podem ser analisados de distintos ângulos, contribuindo para a identificação da contribuição possível de cada instituição envolvida no seu enfrentamento e solução. A base teórico-metodológica dessa concepção reside no “fluxograma situacional”, instrumento de análise de problemas fundamentado na teoria da produção social. O fluxograma situacional permite que se sistematizem as informações disponíveis acerca dos problemas, seja das suas formas de expressão enquanto fatos ou fenômenos que se oferecem à percepção mais ou menos imediata ou enquanto condicionantes e determinantes histórico-estruturais (MATUS, 1993).

Situação-Objetivo: a definição dos objetivos é um processo que leva em conta a análise da situação de saúde efetuada, podendo-se considerar que, em linhas gerais, um objetivo é a imagem invertida do problema ou de uma de suas causas ou conseqüências. Nessa perspectiva, os Objetivos podem ser de três tipos: a) Objetivos relativos aos “resultados” que se pretenda alcançar em termos da situação tomada como ponto de partida para processo de planejamento; b) Objetivos relativos aos “produtos” das ações que serão realizadas para intervir sobre os problemas identificados e priorizados na análise da situação; c) Objetivos relativos às mudanças que se pretenda introduzir no “processo” de produção dessas ações. A sistematização dos Objetivos definidos é o ponto de partida para a definição das estratégias de ação e, conseqüentemente, para a programação operativa, a execução e o acompanhamento e avaliação das ações. Se a explicação dos problemas foi feita utilizando-se o fluxograma situacional, a sistematização dos Objetivos pode corresponder a uma imagem invertida do fluxograma. Quando se utiliza a técnica de “árvore de problemas”, a sistematização dos objetivos pode ser feita através da construção de uma “árvore de objetivos” (SÁ; ARTMANN, 1994; VILASBOAS; TEIXEIRA, 1999).

Situação de saúde: ver Análise da Situação de Saúde.

Situação de risco: diz-se de uma situação onde ocorre a exposição a determinados riscos à saúde, sejam decorrentes de condições ambientais, sociais, econômicas ou comportamentais.

Sociedade civil: conceito proveniente da ciência política, diz respeito às organizações constituídas no espaço extra Estado, incluindo econômicas (empresas), políticas (sindicatos, associações, partidos políticos), culturais (clubes, associações desportivas, literárias), religiosas (igrejas) e outras. Mais recentemente, a tipologia de organizações que vem sendo mais utilizada faz referência ao Estado, ao setor privado e ao chamado “terceiro setor”, constituído de organizações não governamentais que conjugam não apenas a defesa de interesses políticos de grupos, mas também a prestação de serviços, ainda que sem se constituir propriamente em uma empresa privada, na medida em que atuam em áreas de interesse público.

Tecnologias de saúde: A noção de “tecnologia em saúde” inclui desde equipamentos incorporados ao processo de produção de serviços a procedimentos, normas e rotinas que regem a prática dos profissionais e trabalhadores de saúde no âmbito gerencial ou operativo do sistema.

Tomadores de decisão: tradução livre do termo *policy makers*, refere-se a atores sociais que participam do processo decisório em uma determinada arena, como é o caso da Saúde, e, especificamente, do SUS, onde se pode incluir como tomadores de decisão, além dos gestores federal, estaduais e municipais, os representantes de diversas organizações de profissionais e trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e representantes dos usuários.

Tomadores de decisão chaves do estado: diz respeito aos atores sociais diretamente envolvidos no processo de tomada de decisões com relação à política e à gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito estadual, geralmente representados no Conselho Estadual de Saúde, porém eventualmente sem representação nessa instância, ainda que apareçam na cena política e defendam posições com relação aos temas da agenda política do setor.

Trabalhadores de saúde: termo genérico que se refere a toda e qualquer pessoa que exerce atividade remunerada na área de saúde, seja como

profissional autônomo, seja como trabalhador assalariado ao sistema público ou privado. A expressão “trabalhadores do SUS”, portanto, refere-se ao conjunto dos profissionais, técnicos e auxiliares que trabalham em instituições e unidades de saúde do SUS

Triângulo de governo: conceito central da contribuição teórica de Carlos Matus. Para ele, (1987, p. 73) governar é “algo muito complexo que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar se requer cada vez mais certo domínio teórico sobre os sistemas sociais”. Para o autor, governar exige articular constantemente três variáveis: “projeto de governo”, “capacidade de governo” e “governabilidade do sistema”, cuja articulação compõe o triângulo de governo. O projeto de governo se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo este produto não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, como também da sua capacidade de governo. A capacidade de governo diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. Quanto à governabilidade do sistema, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema (MATUS, 1987).

Trilogia matusiana: conjunto de propostas metodológicas para a execução de processos de planejamento que tomem como referencial o enfoque estratégico-situacional proposto por Carlos Matus. Inclui o Planejamento Estratégico-Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e o Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOO) (SÁ; ARTMANN, 1994).

Usuário do Sistema de informação: profissional ou trabalhador de saúde, usuário ou gestor que acesse os bancos de dados do SUS, em qualquer nível, em busca de informação necessária ao seu trabalho cotidiano ou meramente para manter-se atualizado com relação aos problemas de saúde e/ou às políticas, programas e ações desenvolvidas no SUS.

Usuário do SUS: todo e qualquer cidadão que procure os serviços do SUS, em qualquer nível de complexidade.

Universalidade: um dos princípios finalísticos do Sistema Único de Saúde, a universalidade pode ser entendida como um ideal a ser alcançado, qual seja, o de que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do seu direito à saúde, aí incluído o acesso às ações e serviços necessários para sua promoção, proteção e recuperação.

Vigilância em/da saúde: em uma acepção mais restrita, a Vigilância da Saúde pode ser entendida como sinônimo de Análise da Situação de Saúde; no Brasil, o debate em torno da noção de Vigilância da/em Saúde tem gerado duas concepções: uma mais restrita, que entende a vigilância em saúde como o conjunto composto pelas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, incluindo, em algumas SES, a vigilância à saúde do trabalhador e as práticas de vigilância nutricional e outra mais ampliada, que entende a Vigilância da Saúde como uma proposta de reorganização das práticas de saúde que leve em conta, por um lado, a busca de integralidade do cuidado à saúde e, por outro, a necessidade de adequar as ações e serviços à situação concreta da população de cada área territorial definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, seja um Distrito sanitário, um Município ou uma Microrregião de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; COSTA, 2008).

REFERÊNCIAS⁴⁶

ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a Epidemiologia**. Salvador/ Rio de Janeiro/ São Paulo: APCE/ABRASCO, 1997. 205p.

BARATA, R. B. (org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. 276p.

COSTA, E. A. (org.). **Vigilância sanitária: desvendando o enigma**. Salvador, Bahia: EDUFBA, 2008. 180p.

⁴⁶ As referências bibliográficas indicadas em alguns verbetes fazem jus ao autor/autores que enunciaram as definições constantes do texto e são aqui elencadas como sugestão para a leitura complementar. Muitas definições, entretanto, não se ancoram em textos específicos e foram construídas a partir do conhecimento acumulado pelo grupo técnico do CONASS, sistematizado pela autora dos Glossários.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 176p.

CONASS. **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. CONASS/OPS, Brasília, 2007. p. 225-262.

KLEKOWSKI, B. et all. El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud. **Cuadernos de Salud Pública**. n. 80, OMS, Ginebra, 1984. 126p.

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Ministério da Saúde. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Brasília, 2003. 65p.

MATUS, C. Fundamentos da Planificação situacional. In: Rivera, F.J.U. (org.). **Planejamento e programação em saúde**: em enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Cortez/ ABRASCO, 1989. p. 107-123.

_____. **Política, planificação e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554p.

_____. **Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma**. Caracas: Fundación ALTADIR, 1997. 261p.

_____. **O líder sem estado maior**. São Paulo: Edições FUNDAP, 2000. 206p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. (2 tomos). Salvador, Bahia: Casa da Qualidade, 2001.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89p.

MOTTA, P. R. **La ciência y el arte de ser dirigente**. Santafé de Bogotá, Colômbia: TM Editores, Ediciones Uniandes, 2003. 241p.

MS Secretaria Executiva. **Instrumentos de gestão**. Manual de consulta rápida. Brasília, DF, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD /OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. **Publicación Científica** n. 111, 1965.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD /OMS/ 1994 OPAS. **La Administración estratégica en SILOS**. Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales. ANEXOS. Mapas políticos, Red de eslabonamiento estratégico, MAAN, DOFA e Diagrama de causa y efecto.1994.

OPAS/OMS. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 1997. 293p.

OPAS/OMS. **Glossário de Terminologia**. Iniciativa “A Saúde Pública nas Américas”. (Para uso com o instrumento de medição do desempenho das FESP). 2001. 10p.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-466.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. ISC/UFBA. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

PAIM, J. S. **Saúde: Política e Reforma Sanitária**. Salvador, Bahia: CEPS/ISC, 2002. Bahia. 447p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, número especial, São Paulo, SP, 2006. p. 73-78.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. (dois volumes). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001-2003.

RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 309p.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia e Saúde**, n. 6. Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 2003. 728p.

SÁ, M. C.; ARTMANN, E. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: **OPS/OMS**, n. 13, Brasília, 1994. p. 19-44. (Serie Desenvolvimento de serviços de saúde).

SONIS, A.; LANZA, A. Política de saúde. In: SONIS, A. (org.). **Medicina Sanitária y administración de la salud**. (Tomo II). Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo, 1978. p. 34-55.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde. UNESCO, Brasília, 2002. 726p.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MATO GROSSO. **Guia do usuário**. Secretaria do Estado de Saúde, Cuiabá, 2002. 96p.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993. p. 237-265.

_____. Epidemiologia e Planejamento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 2, 1999. 287-303.

_____. TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador, Bahia: CEPS/ ISC, 2001. 80p.

_____. **O futuro da prevenção**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade, 2001. 105p.

TEIXEIRA, C. F. (org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador, Bahia: CEPS/ ISC, 2002. 128p.

_____. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 65, 2003. p. 257-277.

_____. Saúde da Família, promoção e Vigilância da Saúde: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Edição especial. Brasília, 2004. p. 10-23.

_____; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da saúde. **Informe epidemiológico do SUS**, vol VII, n. 2. CENEPI, MS, Brasília, 1998. p. 7-28

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. FGV. Rio de Janeiro, RJ, vol. 34 9, n. 6, nov/dez. 2000. p. 63-80.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2006. 237p.

TESTA, M. **Pensar em Salud**. Porto Alegre: Artes Médicas/ ABRASCO, 1992. 226p.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Cadernos de pesquisa**, vol. 5, Nov. 1992. NEPP.

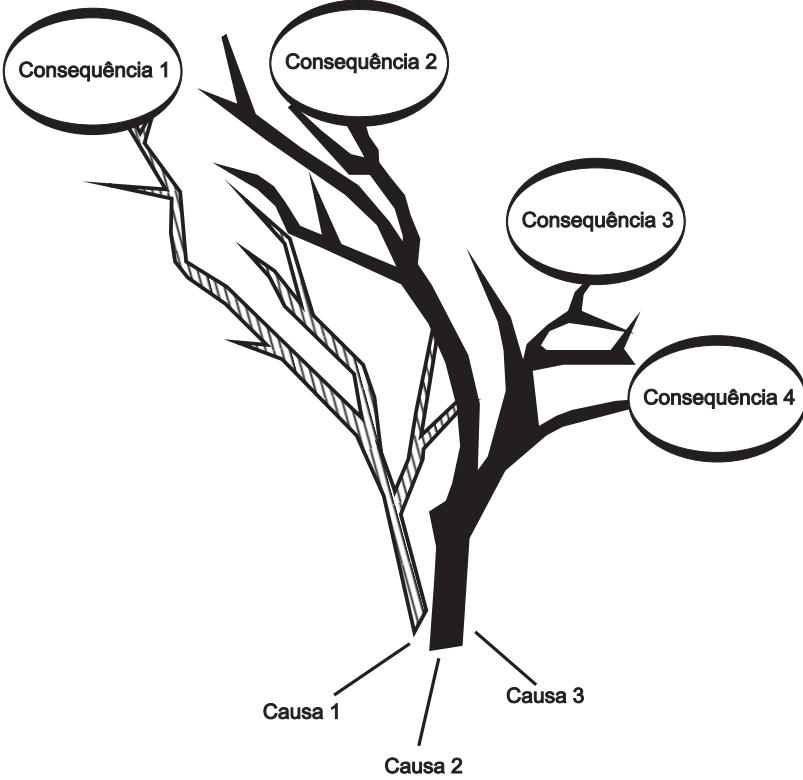
VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em Saúde:**

dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA /FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. **Orientações metodológicas para o planejamento e programação local da vigilância à saúde nas áreas de abrangência do PACS-BA.** (quarta versão). Salvador: ISC-UFBA, 1999. 15p.

Anexo

MODELO DE ARVORE DE PROBLEMAS



Formato	17x24 cm
Tipologia	Garamond e Verdana
Papel	Alta Alvura 75g/m ² (miolo) Cartão Supremo 250 g/m ² (capa)
Impressão e acabamento	Cian Gráfica
Tiragem	2000 exemplares

A construção do Sistema Único de Saúde configura um grande “laboratório” onde estão sendo testadas, validadas ou rejeitadas propostas conceituais e metodológicas de planejamento, programação, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde. Este livro resulta do envolvimento de docentes e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA com a capacitação em larga escala dos dirigentes e técnicos em vários estados e municípios do país. Contempla a revisão dos enfoques teóricos de planejamento em saúde e a sistematização de uma proposta metodológica que incorpora contribuições de distintas correntes de pensamento na área, tomando como eixo o enfoque estratégico-situacional. Traz também, o relato de duas experiências em que tais referenciais, métodos e instrumentos foram utilizados no planejamento de saúde estadual (SESAB-BAHIA) e municipal (SMS-SALVADOR), problematizando os limites e possibilidades de institucionalização do planejamento como parte do aperfeiçoamento da capacidade de governo das instituições gestoras do SUS no momento atual.

ISBN 978-85-232-0707-6



9 788523 207076