Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Texto para Fixação de Conteúdos e Seminário

Adolfo H. Chorny
Rosana Kuschnir
Maura Taveira

CIRCULAÇÃO INTERNA

Planejamento e Programação em Saúde

1 – Introdução

O que é o planejamento em saúde? Para que serve?

Muitas vezes, imagina-se que o planejamento é a simples elaboração de um plano, ou a definição de normas para serem seguidas por todos os que trabalham numa dada instituição, ou, ainda, o cálculo dos todos os recursos – materiais, humanos ou financeiros – necessários para que um determinado programa ou serviço funcione.

Embora todas as atividades citadas possam (e devam) formar parte do processo de planejamento, este é muito mais do que alguns de seus aspectos operacionais. Sucintamente, pode-se dizer que o planejamento parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser e permite definir que caminhos seguir para chegar até lá. Ou, dito de outra forma, planejar consiste em decidir com antecedência o que fazer para mudar as condições atuais, de modo a alcançar os objetivos que nos colocamos.

Fica claro, então, que a primeira questão a ser respondida ao iniciarmos o processo de planejamento é exatamente: Onde queremos chegar? Quais os objetivos a serem alcançados? Qual a situação que consideramos ideal?

Se os objetivos não estão claros, ainda que se possa alcançar algum controle sobre as atividades que são realizadas e o consumo de recursos e fazer com que as coisas “andem”, este é um processo sem planejamento, sem direção, sem que se saiba aonde se quer chegar e sem saber onde nos levarão os caminhos que estamos trilhando.

A falta de definição de onde se quer chegar também faz com que, na prática, muitas vezes nos esqueçamos algo que parece evidente: o propósito da gestão de serviços de saúde (assim como do próprio planejamento) é a saúde, ou seja, a melhoria das condições de saúde das populações ou grupos aos quais os programas e serviços se dirigem.

Sem planejamento, este objetivo é perdido de vista e passa-se a considerar a própria administração de recursos - materiais, humanos e principalmente financeiros – como o objetivo final. Ou seja, o que são os meios, passam a ser os fins.

No entanto, ainda que seja essencial a definição dos objetivos a serem alcançados, também é preciso evitar uma armadilha comum: que o processo de planejamento e o plano resultante fiquem restritos a simples declarações de como “o mundo deveria ser”. Um bom plano é testado na prática e, por definição, deve ser factível tecnicamente e viável politicamente, sob o risco de se transformar apenas num exercício para quem planeja. Para passar no teste da prática, o plano

deve estabelecer claramente de que forma operacionalizar as intervenções propostas e, se as condições para sua viabilização não estão completamente dadas, apontar as estratégias para criá-las.

Assim, não basta a um plano enunciar que as taxas de mortalidade infantil devem ser reduzidas. Até aí, esta é a expressão de um desejo. É necessário que o plano, em seu diagnóstico, identifique as razões de taxas altas de mortalidade e que sejam elaboradas estratégias para enfrentar estas causas.

Além disso, para que as estratégias sejam implementadas, é necessário definir as atividades a serem realizadas e os recursos necessários para que isto aconteça. Se estes recursos não existem no momento, poderão existir no futuro? Como isto se dará?

Tomemos o exemplo de um problema de saúde: o câncer de colo de útero. Sabemos que, como estratégia de prevenção e detecção precoce de casos, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer preconizam a realização do exame citopatológico em 100% da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos.

Portanto, para este problema de saúde, o objetivo dos gestores municipais e estaduais deve ser o de diminuir a incidência e mortalidade de câncer de colo de útero, utilizando como estratégia a prevenção e detecção precoce de casos, através da realização do exame e identificação, tratamento e acompanhamento de casos de acordo com os estágios da doença.

No entanto, não basta ao plano declarar que deseja realizar cobertura de 100% da população feminina de 25 a 39 anos, como comumente encontramos em planos de saúde municipais ou estaduais.
O plano deve identificar qual a cobertura realizada atualmente e se esta estiver longe de 100% (o que é muito comum), identificar as razões para a situação encontrada. Identificados os problemas, cabe elaborar as estratégias para enfrentá-los e quais e quantos recursos serão necessários para tal.

Assim, um bom plano não afirma que realizará 100% de cobertura, apenas como declaração de boa vontade. Um bom plano afirmaria que a cobertura atual é de 60% (por exemplo) e que para que se chegue aos 100% pretendidos, seriam necessárias tais e tais estratégias e tais e quais recursos físicos, materiais, humanos, financeiros. Se tais recursos não estiverem disponíveis de imediato (como geralmente não estão), estabelecerá metas intermediárias – por exemplo, um incremento inicial de 10% no próximo ano e de quanto será este incremento nos anos posteriores até atingir os 100% . Durante todo o processo de implementação do plano, seriam avaliadas suas estratégias e seus resultados, de modo a fazer os ajustes necessários ao alcance dos objetivos e metas.

2 – Introdução ao Desenvolvimento do Planejamento na América Latina

Na medida em que o processo de planejamento consiste em definir objetivos a serem alcançados, "situações ideais" a nortearem a definição de estratégias a seguir, fica claro que a identificação dos problemas a serem enfrentados e os caminhos a seguir não são únicos nem universais. Dependendo da perspectiva e dos interesses em jogo, o que é problema para alguns pode ser solução para outros. Assim, é fundamental identificar o(s) ator(es) social(ais) que planeja(m) – indivíduos, grupos, instituições – do que dependerão os objetivos e metas definidos e as estratégias a serem adotadas.

Tradicionalmente, quando falamos de planejamento em saúde na América Latina, estamos nos referindo especificamente àquele feito por governos, e que tem por objeto o amplo campo das ações de saúde realizadas por um sistema público. Costuma-se considerar dois grandes momentos em seu desenvolvimento: o momento "normativo", representado pelo **método CENDES-OPAS** e um segundo momento que se identifica com o movimento conhecido como **Planejamento Estratégico**.

a) O método CENDES-OPAS

O primeiro momento é representado pela elaboração e utilização do método desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela - e que vai desde começos da década de 60 a meados da década de 70. Um segundo movimento, conhecido como planejamento estratégico, inicia-se em meados da década de 70 e chega com variantes aos dias de hoje.

O Método CENDES / OPAS[1], desenvolvido entre 1962 e 1963, surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961 - que reuniu os ministros da saúde dos países latino-americanos. Era necessária a formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos. Estes, na concepção desenvolvimentista, permitiriam que os países da região pudessem percorrer as diversas etapas que já haviam sido percorridas pelos países que haviam alcançado o desenvolvimento (ver UA de políticas).

Neste contexto, os planejadores em saúde eram basicamente os técnicos de nível central dos Ministérios da Saúde dos diversos países em questão que, com exceção do Brasil, possuíam e geriam a maior parte dos serviços de saúde em seus países. Assim, quase que naturalmente, ficava claro que o planejamento seria basicamente normativo, definindo o que deveria ser feito e

[1] O método CENDES/ OPAS foi publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em abril de 1965, sob o título "Programación de la salud. Problemas conceituais e metodológicos"Série Publicaciones Cientificas no. 111. Washington, DC.

como, no âmbito dos serviços de saúde. Ou seja, a condição aparente de dispor de poder dispensaria considerar o problema do "outro"- outros atores sociais envolvidos.

Na realidade, o poder dos técnicos era só aparente, já que, no melhor dos casos, se restringia ao âmbito do próprio processo de planejamento, enquanto que o mundo real seguia seu curso e neste mundo real, as decisões continuavam a ser tomadas pelos políticos (Chorny, 1993).

Para enfrentar a "irracionalidade dos políticos", consideravam-se duas estratégias básicas: uma consistia em mostrar que a racionalidade do planejamento era superior à da decisão política, em termos dos benefícios que seriam alcançados pela utilização do método e a outra, a postura de, uma vez elaborada a proposta técnica, deixar ao nível político a eleição do curso a seguir.

Com relação ao método utilizado, este tinha por fundamento o fato de que existiam relações de causalidade simples entre variáveis e estados de saúde, e entre ações e resultados. Assim, o problema básico seria de quantidade e disponibilidade de recursos que deveriam ser traduzidos pelo planejador tanto na opção mais adequada para maximizar os resultados (o que fazer para que se obtivesse maior benefício em termos de saúde) como na de minimizar os recursos necessários para alcançar um determinado resultado pré-definido (qual a melhor maneira, do ponto de vista do uso dos recursos financeiros, de fazer algo que já se havia definido que traria benefícios à população).

Para isto, o método CENDES propunha uma metodologia para eleição de prioridades que estabelecia uma série de critérios que orientassem as intervenções, com o objetivo de otimizar os recursos existentes. Basicamente, eram seguidos quatro critérios que determinavam a ordem em que os problemas de saúde deveriam ser atacados. Destes, três eram diretamente proporcionais à prioridade que se dava ao problema, e o quarto agia de modo inversamente proporcional[2]:

Critérios diretos:

- A magnitude do dano (doença ou problema), expresso pelo número de mortes causadas;
- A vulnerabilidade - função do impacto que as técnicas disponíveis poderiam exercer sobre a doença;
- A transcendência – que pretendia medir a relevância que teria para uma determinada sociedade o grupo social mais afetado pela enfermidade em questão.

Considerando a magnitude, as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas, por exemplo, que são as responsáveis pela maior parte dos óbitos no país e nas diversas regiões brasileiras, seriam consideradas prioritárias.

Com relação à vulnerabilidade, entre as neoplasias, por exemplo, o câncer de colo de útero, que pode ser evitado através do diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras e, mesmo

[2] Se diz que um critério é diretamente proporcional quando quanto maior for o valor do mesmo, maior a prioridade para a intervenção; já no caso dos critérios inversamente proporcionais, quanto maior o valor, menor a prioridade.

quando já instalado, pode ser curado ou controlado, tem maior vulnerabilidade que o câncer de bexiga, cujos fatores de risco são menos conhecidos, é silencioso e dificilmente diagnosticado precocemente e de tratamento de pior prognóstico.

Ou, considerando o caso das doenças infecciosas, o sarampo, para o qual a vacina está disponível e é comprovadamente eficaz, tem maior vulnerabilidade que a AIDS, cuja prevenção envolve uma complexa gama de fatores relacionados à questões sociais e culturais.

Critério inverso:

- O custo da técnica mais eficaz disponível para evitar uma morte provocada pelo dano em consideração.

Aliado aos critérios diretos, deveria ser considerado o custo de evitar o dano. Assim, o custo de evitar uma morte por câncer de colo de útero – realização do exame citopatológico e tratamento das lesões precursoras encontradas - é mais baixo do que evitar uma morte por câncer de bexiga, que, em geral, envolve exames para estadiamento, quimioterapia e radioterapia.

No processo de eleição de prioridades, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor o custo das intervenções propostas, mais elevada a prioridade de determinado dano.

O papel do planejador era o de encontrar as técnicas mais eficientes para enfrentar as doenças ou problemas de saúde, de acordo com as prioridades determinadas. Esta definição de prioridades, baseada em critérios “objetivos”, dava ao método uma aparência científica que permitia postular, pelo menos teoricamente, que seria possível definir prioridades e planejar de forma “racional”, independentemente de quem o fazia.

O método CENDES/ OPAS constituiu-se na referência central do planejamento em saúde por quase uma década e muitíssimos profissionais foram formados para implementá-lo.

b) Planejamento Estratégico

No entanto, a partir da década de 70, as condições políticas na América Latina já eram outras, a partir do golpe em 1964 no Brasil, no Chile em 1973, e o advento de regimes autoritários em outros países latino-americanos nos anos seguintes.

Os técnicos que na década anterior haviam participado da formulação de planos de saúde no âmbito do governo, por esta época, muitas vezes exilados de seus países, passaram a rever profundamente o processo de planejamento e seus determinantes. A partir de fins da década de 70 e início dos anos 80, surge uma nova forma de encarar o planejamento em saúde, que nasceu, entre outras causas, das críticas e fracassos que acompanhavam a visão normativa adotada até

então.

Esta nova concepção é o planejamento estratégico. Uma questão central que a informa é o papel do planejador. Na formulação do planejamento normativo, o planejador é um agente externo ao sistema, não existem "outros", assim como não existem conflitos. O enfoque estratégico, no entanto, pressupõe que o planejador é um ator social, ou seja, é parte de um jogo onde existem outros atores, com interesses e força distintos. Uma conseqüência desta primeira admissão é que não existe apenas um diagnóstico de quais são os problemas nem apenas uma explicação acerca de suas causas.

As três vertentes básicas do enfoque estratégico são o pensamento estratégico de Mário Testa, o planejamento situacional de Carlos Matus e o enfoque estratégico da Escola de Medellín.

Mário Testa (1995), que havia participado da formulação do método CENDES, desenvolve toda uma linha de formulação e discussão voltada à discussão do poder, à organização como o espaço onde se materializa o poder social e à articulação entre poder técnico – a capacidade de gerar, acessar e manejar informações de diferentes características -, o poder administrativo – capacidade de designar e alocar recursos - e o poder político.

Carlos Matus, economista que havia sido ministro no governo de Allende no Chile, identificou os fracassos experimentados pelo planejamento na América Latina com o fundamento básico do planejamento normativo - no qual quem planeja está fora da – ou sobre a – realidade planejada e não coexiste nesta realidade com outros atores que também planejam, o que conduziria a uma prática economicista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política. Ao substituir este pressuposto por seu correspondente estratégico - o ator que planeja está dentro da realidade e ali coexiste com outros atores que também planejam. Matus formula o método de Planejamento Estratégico Situacional, aplicável aos casos de governos democráticos, nos quais existem diversos atores sociais, em situações de poder compartilhado. A preocupação central que orienta o pensamento de Matus surge de sua constatação da crise de governabilidade que assolava os governos latino-americanos. Portanto, sua reflexão e conseqüente proposta para a ação, centram-se na necessidade de aumentar a capacidade de governar.

A terceira vertente do planejamento estratégico foi desenvolvida, fundamentalmente, pela Faculdade Nacional de Saúde Pública de Antioquia, Colômbia, com sede em Medellín. Esta escola, que tem em Barrenechea e Trujillo Uribe seus nomes mais destacados, representa a continuidade de um pensamento no interior do campo da saúde, cujas origens remontam ao começo dos anos 60 e que, ao longo de quase vinte anos, condicionou o agir da área de planejamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Adotando uma vertente mais operacional, define como objeto do processo de planejamento, os "espaços-população", entendidos não só como área geográfica, mas também como um espaço complexo, histórico e multidimensional, - físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político - no qual habitam grupos humanos suficientemente

homogêneos quanto às condições de vida e, em decorrência, quanto às suas necessidades básicas, dentre as quais as de saúde.

Estes "espaços-população" estão inseridos num sistema social que se caracteriza por ser histórico, complexo, fragmentado, incerto e em conflito, características que justificam a adoção do enfoque estratégico não apenas do planejamento, mas também da gestão.

3 - Os Processos de Planejamento e Programação

A partir do desenvolvimento das várias vertentes do planejamento estratégico e de suas sucessivas releituras e reelaborações foram se desenvolvendo uma série de abordagens e métodos de planejamento em saúde e uma vasta literatura, na qual são utilizadas diferentes terminologias.

Existem diversos métodos e teorias de planejamento e que variam de acordo com os objetivos que se perseguem, desde uma simples projeção de tendências a modelos complexos com base em diferentes marcos teóricos e conceituais. Em geral, ao realizar o planejamento, utilizam-se diferentes procedimentos e metodologias advindas dos vários modelos. Neste sentido, não existe "o" método de planejamento, a ser utilizado em todas as instâncias, capaz de dar conta de todos os casos e de todos os momentos do processo. Na realidade, dependendo de quem planeja, dos objetivos e do momento em que se esteja no processo são utilizados elementos dos diferentes métodos. Um exemplo é apresentado no sub-ítem b (1 e 2), em que são sumarizados conceitos de momentos e dimensões do planejamento.

a) O Processo de Planejamento

O planejamento pode ser definido como o processo pelo qual determinamos que caminhos tomar para que cheguemos à situação que se deseja. Significa, portanto, definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais para que se chegue à condição definida como desejável.

A definição acerca de aonde chegar e dos objetivos a serem alcançados não são únicas nem universais e variam de acordo com quem planeja.

Propósitos e objetivos diferenciados levam a modalidades distintas de planejamento. Este, por exemplo, é o caso, no setor governamental, dos níveis federal, estadual e municipal, com suas distintas competências.

Em linhas gerais, o processo de planejamento consiste em:

- identificar problemas – atuais e futuros;

- identificar os fatores que contribuem para a situação observada;
- identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções;
- definir estratégias/ cursos de ação que podem ser seguidos para solucionar os problemas
- definir os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações
- definir os procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que se propôs realmente está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados

Antes de discutir o processo de planejamento, caberia esclarecer algumas premissas, alguns pontos de partida:

O primeiro é que **o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde** e que seu propósito é contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e recursos disponíveis. Embora isto possa parecer evidente, muitas vezes as estratégias de intervenção propostas estão dirigidas centralmente à gestão operacional dos serviços ou ao controle da utilização de recursos, especialmente de recursos financeiros, sem que se tenha claro de que forma estas atividades contribuirão para que a população seja mais adequadamente tratada – e assim a gestão dos meios passa a ser um fim em si mesmo.

Assim, por exemplo, é comum encontrarmos "planos" que propõem a realização de um determinado número de consultas e outros procedimentos (em geral, propostas de aumento significativo) ou novos investimentos em recursos – físicos, humanos ou financeiros – sem que em nenhum momento seja considerado de que forma as ações propostas modificarão a situação atual – e menos ainda que impacto terão sobre as condições de saúde da população ou grupos a que se destinam.

Outro é que **o plano é um instrumento flexível**. Embora o plano vá expressar os resultados de todo o processo de diagnóstico, análise e elaboração técnica e política - expressando acordos e pactos, sua utilidade é a de servir como bússola para nortear as atividades que são realizadas, é apenas um instrumento, um meio para que orientações que buscam concretizar as mudanças desejadas.

No processo de planejamento, o plano é um instrumento flexível, que deve ser avaliado continuamente, e readaptado de acordo com as dificuldades encontradas na prática. Portanto, não só pode como deve ser modificado e atualizado, à medida que se realiza o processo de avaliação de sua implantação. Quando o plano é assumido de forma inflexível, não permite que o próprio processo de mudança ocorra, ao ignorar os limites que a realidade impõe e as adequações que se fazem necessárias.

Finalmente, **o plano não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem planeja**, simplesmente uma declaração de como o mundo "deveria ser". Os objetivos e estratégias expressos no plano devem ser factíveis do ponto de vista técnico e viáveis do ponto de vista político, guardando, portanto, relação com a realidade. Se é diagnosticado que não estão dadas as condições para que mudanças consideradas essenciais sejam realizadas, faz parte do processo de planejamento - e deve constar do plano -, o desenho de estratégias que ajudem a criar estas condições num futuro próximo.

O planejamento está necessariamente relacionado à ação e é na prática que o plano se justifica. Um "plano" com um diagnóstico muito bem elaborado e com estratégias e propostas de intervenção muito bem apresentadas, mas que são infactíveis e inviáveis, que esbarram nos limites da realidade, no "poder da política", pode ser um bem elaborado exercício, mas não é um plano.

Assim, o planejamento realizado a nível de um serviço de saúde - um hospital ou centro de saúde, por exemplo -, dificilmente se poderia propor a modificar as condições de saúde de uma cidade ou de um estado e se o fizesse, não teria a menor possibilidade de implementar ações que tivessem esse nível de impacto.

b.1) PES: Momentos do planejamento

Para Matus, o Planejamento Situacional refere-se à arte de "governar" em situação de poder compartilhado, porque quem conduz, necessariamente, deve fazer um cálculo permanente dos múltiplos fatores e recursos que o afetam; o Planejamento Situacional é, por definição, político porque um dos recursos que restringem nossas capacidades de ação são as restrições de poder.

Deste ponto de vista, para identificar seu objeto, o Planejamento exige uma categoria mais ampla, que lhe permita representar a complexidade da realidade que cerca o ator que planeja, dentro da qual ele deve lutar para alterá-la, advindo daí o conceito de Situação.

Segundo Matus, planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir, considerando a limitação de recursos que atravessam as diferentes dimensões da realidade; por esta razão, para além do cálculo econômico, é preciso fazer um cálculo situacional considerando, simultaneamente, os múltiplos recursos escassos.

Matus nos lembra também que planeja quem gerencia, porque a única forma do planejamento funcionar é respondendo às necessidades da gestão; nesta medida, planejar é uma forma de se organizar para a ação. Isto implica saber que o planejamento refere-se ao presente. É claro que é impossível se tomar uma decisão racional hoje sem explorar o futuro, mas essa exploração perde toda sua importância se não orientar as ações de hoje. Planejar não é adivinhar o futuro, é

trabalhar considerando a incerteza das variáveis que escapam à nossa vontade e poder. Por isso, planejar obriga à elaboração de um plano e uma estratégia para distintos cenários previsíveis.

Matus configurou o Planejamento Situacional em quatro momentos básicos:

O primeiro momento do Planejamento Situacional é o "explicativo"; ou seja, o ator que planeja está permanentemente indagando sobre as oportunidades e os problemas que enfrenta e tenta explicar as causas que os geram.

O "momento explicativo" equivale ao "diagnóstico" do Planejamento Normativo; entretanto, aplica-se o termo "momento", ao invés de "etapa", porque representa instâncias que se repetem constantemente e em ordem variável, durante todo o processo de planejamento porque o momento explicativo se move no plano do como é, como tende a ser a realidade e como chegamos a ela. Por isso, é também um momento dinâmico

É claro que o conceito de "problema" tem relação com o ator que "explica"; assim como com a "norma" ou padrão de comparação.

O momento normativo aponta ao que é o desenho do "deve ser". Porque só planejamos a mudança das tendências situacionais quando estamos insatisfeitos com elas e para atuarmos sobre a realidade, precisamos ter a capacidade de opor às tendências reais um projeto normativo.

Nesta medida, o "momento normativo" constitui-se na própria essência do planejamento. Aqui a pergunta central é: onde queremos chegar? A primeira pergunta, no plano da realidade que deve ser acentuada é: no econômico? no político? no cultural?, etc. e depois analisar as relações entre essas dimensões.

No momento estratégico, o ator que planeja se pergunta: como posso construir viabilidade para meu desenho normativo? que obstáculos preciso vencer e como posso vencê-los para que meu desenho do "deve ser" transforme-se em realidade? Poderão aparecer obstáculos políticos, econômicos, culturais, organizacionais, cognitivos, legais, etc. É preciso considerar ao menos três tipos de restrições: as de recursos de poder político, de recursos econômicos e/ou as capacidades organizativas e institucionais.

Quem planeja, para além do desenho do "deve ser", precisa fazer cálculos para superar os obstáculos que se opõem à realização desse desenho. O momento estratégico refere-se à superação dos obstáculos apresentados em relação aos diferentes recursos escassos, não só aos econômicos.

Então, surgem as perguntas: como construir viabilidade; como agrupar as operações no tempo; como articular forma e conteúdo de cada operação; quais são as relações de interesse e força sobre as operações? Nesta hora, será necessário um processo interativo entre a busca para construir viabilidade política, econômica e organizativa para o desenho normativo e a necessidade

de ajustar ou restringir o desenho ao que seja viável. Em qualquer caso, a solução deve ser coerente e viável.

O momento tático-operacional é decisivo no Planejamento Situacional porque os três anteriores só têm uma utilidade: constituir-se em cálculo para a ação. O planejamento será julgado em relação à forma como esse cálculo foi capaz de alterar, conduzir e orientar cada passo dado no dia-a-dia e será avaliado em relação à aproximação do objetivo final.

Os três momentos anteriores constituem-se em cálculos, análises, desenhos e simulações que não perturbam a vida real. É chegado o momento em que toda aquela análise acumulada precisa se converter em ação concreta, numa alavanca para a mudança. O único sentido dos momentos anteriores está em sua conexão com a ação.

Enfim, Matus dizia que o momento tático-operacional poderia ser comparado à condução de um automóvel: quem dirige precisa estar atento, simultaneamente, ao que existe a quinze metros de distância, imediatamente à sua frente, aos espelhos retro-visores, além de monitorar os sinalizadores de desempenho do veículo.

b.2) Dimensões do Planejamento

A atividade de planejamento pode ser dividida em três dimensões: estratégica, tática e operacional. A habilidade do planejador e/ou da equipe de planejamento é medida por sua capacidade de articular as diversas abordagens que caracterizam cada um desses momentos. Na verdade, o planejador deve tratar ao mesmo tempo questões que se referem tanto ao curto como ao longo prazo, questões que se referem ao presente e ao futuro.

A dimensão estratégica se refere à definição da condução do processo de planejamento, à sua determinação no espaço da política. Contempla os processos que se relacionam com as mudanças estruturais ou organizacionais de médio e longo prazo. À medida que o horizonte temporal se distancia do presente, aumenta o grau de incerteza, as metas perdem precisão e os objetivos são mais qualitativos do que quantitativos.

Para determinar quais as ações estratégicas, é necessário que exista um diagnóstico acerca da situação a ser enfrentada; que sejam identificados um conjunto de problemas relevantes sobre os quais a organização que planifica tenha capacidade de intervenção; determinar prioridades; monitorar e avaliar a condução do processo, de modo a introduzir mudanças, se necessário.

A dimensão tática se refere ao planejamento de curto prazo, ou seja, o que habitualmente se compreende por programação. O horizonte temporal da programação é mais estreito e o objetivo é o de determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos fixados no momento estratégico, ou criar as condições necessárias para que esses objetivos sejam viáveis no futuro. O

objetivo principal da programação é determinar as ações que maximizem o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos estratégicos.

Se por um lado, no momento estratégico os objetivos que se quer alcançar (imagem-objetivo) são mais difusos e indefinidos, no momento da programação devem ser bem definidos e quantificados, ou seja, expressos em metas, para que seja possível verificar seu cumprimento no prazo proposto.

Outra diferença entre os dois momentos é que enquanto no momento estratégico podem ser exploradas possibilidades mais amplas, a programação é mais limitada por contornos legais e normativos. Nesta medida, enquanto o plano estratégico delineia as linhas gerais norteadoras da intervenção, a programação trabalha com maior grau de detalhamento de modo a orientar a implementação.

O momento **operacional** se refere à execução propriamente dita, em essência no âmbito da gestão. Os prazos com que se trabalha a este nível são muito mais curtos, da ordem de meses, semanas ou mesmo de dias. As decisões são tomadas com base nos problemas cotidianos e geralmente sob muita pressão. Exatamente por isto, há a necessidade de que as direções mais gerais ligadas à definição estratégica e tática estejam discutidas, clareadas e incorporadas, de modo a orientar e dar direcionalidade ao trabalho do dia a dia.

Existe algum grau de correspondência entre os momentos do planejamento e os níveis institucionais que correspondem a diferentes níveis de decisão ao longo do processo. De acordo com Testa (1995), a lógica da programação não depende apenas dos objetos, mas depende também dos processos a que os objetos estão submetidos, os quais por sua vez dependem do nível no qual são processados.

Para ilustrar esta formulação, Testa toma como exemplo os diversos entendimentos e percepções associados a um recurso amplamente empregado nos serviços de saúde: o algodão.

Para o médico, ou para a enfermeira que trabalha em um consultório, trata-se de um produto que deve estar diariamente disponível. Para o administrador do hospital, trata-se de um item de consumo que deve ser distribuído de maneira conveniente ao longo do ano. Já para o nível central, o algodão desaparece dentro de uma rubrica do orçamento “material de consumo”, que é o agregado com o qual trabalham os responsáveis pelo orçamento e o planejamento a esse nível. Para a área econômica, o algodão é um dos produtos primários sobre o qual se podem definir políticas específicas para o incentivo ou não de sua produção, fazendo uso dos elementos de que se dispõem. Este exemplo mostra também que o planejamento e a programação são realizados em diferentes níveis de uma organização e que o mesmo objeto será tratado por diferentes abordagens.

4 . O processo diagnóstico

Como descrito, o processo de planejamento inicia-se pela identificação de problemas – atuais e futuros, e os fatores que contribuem para a situação observada – e, a partir dessa identificação, definem-se estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias.

O processo de planejamento se inicia, portanto, com a identificação de quais as condições que devem ser mudadas. – o diagnóstico da situação. Este julgamento pode (e deve) ser realizado através de diferentes abordagens, como, por exemplo, uma análise muito profunda da informação disponível assim como utilizar a experiência e o conhecimento acerca da realidade em questão que tem a equipe que planeja.

No entanto, para que o processo de diagnóstico possa resultar num plano que efetivamente cumpra os objetivos propostos, não é suficiente que se trabalhe a partir apenas da descrição de determinada situação ou apenas da identificação de problemas. Na realidade, o que pode informar a eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou fatores que condicionam a realidade observada.

Assim, é possível identificar em que âmbito é possível intervir de forma mais eficaz sobre as causas de um determinado problema e não sobre suas manifestações superficiais.

Para que esse processo de intervenção seja possível, é preciso também escolher os problemas sobre os quais se possa intervir, ou seja, que estão no âmbito de decisão de quem planeja.

Existe uma tendência de que o diagnóstico seja visto como uma tarefa muito ampla, em que se buscam informações acerca de todos os aspectos possivelmente relacionados. Por exemplo, no caso de uma área ou região, todos os dados demográficos, epidemiológicos, informações acerca de todos os recursos existentes – físicos, materiais, humanos, financeiros -, etc. No entanto, na medida em que estes dados não são trabalhados, não é possível efetivamente realizar o diagnóstico que informe a decisão.

O processo de diagnóstico é essencialmente um processo de avaliação. Assim, não é verdade que quando se inicia o diagnóstico – seja ele dirigido a uma área definida, a um serviço de saúde, a um grupo populacional –, inicia-se um processo em que se “escreverá sobre uma folha em branco”, ou seja, em que não se sabe nada sobre a situação e que apenas as informações que serão colhidas “objetivamente” informarão o diagnóstico.

Na realidade, o processo de diagnóstico é precedido e informado permanentemente por algum modelo que está presente na cabeça de quem o realiza, esteja este modelo explícito ou não. Assim, por exemplo, é usual que, ao realizar o diagnóstico de saúde de uma área, busquem-se informações acerca do número de gestantes ou de mulheres em idade fértil. Mas, comumente não

se busca informações acerca do número de deficientes visuais, por exemplo. Evidentemente, nada nos diz que deficiência visual não é um problema de saúde.

A razão pela qual não se busca esta informação é porque, ao contrário dos programas de pré-natal e de atenção à mulher em idade fértil, sempre presentes em qualquer modelo de intervenção, não temos proposta dirigida aos deficientes visuais. Por isso, não se busca a informação e não se considera que seja um problema.

Portanto, recorrendo ao enfoque estratégico, percebe-se claramente que não há diagnóstico neutro, que há tantos diagnósticos quanto observadores. E mais, que tanto uma idéia do que se considera uma situação ideal em cada caso – **a imagem-objetivo** – como, até certo ponto, os modelos de intervenção, estão dados. E, para que possam ser avaliados e mesmo checados pela realidade, é necessário que sejam explicitados.

Como mencionado antes, mas nunca é demais ressaltar, a definição e explicitação da imagem-objetivo é central ao planejamento, em todos os seus momentos. É a imagem-objetivo – a situação ideal a ser alcançada – que guia o processo de planejamento.

Outra questão é que o diagnóstico, como parte do processo de planejamento, cumpre basicamente o papel de um instrumento que permite a identificação de problemas e as estratégias de intervenção. Neste sentido, é uma ferramenta, que serve de base à tomada de decisão. Certamente que muito raramente se dispõe de todas as informações que se considerariam necessárias ao planejamento. No entanto, mesmo a partir apenas das informações rotineiramente disponíveis, é possível construir hipóteses iniciais sobre as quais iniciar o trabalho. Na medida em que se implementem as propostas, o próprio processo de monitoramento da implementação poderá apontar as lacunas de conhecimento existentes e direcionar a instituição de sistemas de informação que possam supri-las.

Muitas vezes perde-se de vista esta função instrumental do diagnóstico com vistas à ação e se produzem estudos e análises muito extensas que dão origem a diagnósticos muito detalhados, mas são tantos os problemas detectados, de tão variadas causas, que não permitem a definição de estratégias de intervenção. Não é incomum que o processo de planejamento restrinja-se quase que exclusivamente ao diagnóstico e que o plano seja muito mais uma apresentação de problemas do que de estratégias de ação para enfrentá-los.

Exercício 1:

O seguinte trecho foi extraído do artigo "Planejamento em saúde: velhas idéias em novas roupagens", que consta da bibliografia ao final do texto

"...Historicamente o diagnóstico era uma enorme tarefa, mediante a qual se pretendia compilar todo e qualquer material relacionado com a saúde. Assim, dados demográficos, epidemiológicos,

administrativos (acerca dos recursos disponíveis), legais, financeiros e outros tantos eram coletados e apresentados...porém, com total ausência de uma teoria prévia que permitisse associar e interpretar os ditos dados, pouca ou nenhuma informação se obteria com eles. Deste modo, se conseguia acumular grande quantidade de dados que permaneciam virgens de contato com ao menos um neurônio pensante.

...Mais ainda, quando quem tomava as decisões precisava determinar um curso de ação deveria recorrer a levantamentos especiais ou fazer uso de sua intuição.

...Hoje, é um fato estabelecido que não há sentido em acumular dados com a esperança de que em algum momento tome forma o conhecimento. Isto equivaleria a juntar ladrilhos esperando que, se os acumulamos em número suficiente, teremos uma casa. Para se ter uma casa, os ladrilhos são necessários, mas também, entre outras coisas, é preciso contar com um plano de obra, um programa para sua execução, pessoal idôneo e outros materiais que permitam "unir" esses ladrilhos para transformá-los na casa sonhada" (Chorny, 1993, pg 38)

A partir do texto acima, responda:

1. Como você relacionaria as afirmações do trecho acima com os conceitos de imagem objetivo?
2. E com a função do diagnóstico no processo de planejamento?
3. O autor afirma que hoje é fato estabelecido que não há sentido em acumular dados com a esperança de que em algum momento tome forma o conhecimento. Como você interpreta esta afirmação?
4. Baseado em sua experiência, você concordaria que esta concepção de diagnóstico, apresentada no primeiro parágrafo, está de fato superada?

5. Desenhando o plano

A definição das estratégias de intervenção é a escolha dos caminhos pelos quais se partirá da situação identificada pelo diagnóstico como insatisfatória ou problemática para a situação a que se quer chegar – a imagem objetivo.

Certamente que as estratégias de intervenção são várias e dirigidas aos diferentes problemas identificados e às prioridades definidas. Como referido, se os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, da mesma forma, as estratégias de intervenção devem ser viáveis do ponto de vista da implementação do plano.

As estratégias de intervenção devem também guardar coerência com os problemas identificados. Para tal, quanto mais se possa ter aprofundado na etapa diagnóstica as causas subjacentes, mais eficazes poderão ser as estratégias definidas. Assim, por exemplo, se foi diagnosticado como problema uma taxa alta de mortalidade infantil, o diagnóstico deve ser aprofundado de modo a

identificar as causas dos óbitos: se estão relacionados a causas que podem ser evitadas pela atenção pré-natal ou se são relacionados à assistência ao parto - ou a ambas-, de modo a definir as linhas de intervenção condizentes. A indicação, tão usual, de que o pré-natal seja intensificado ou modificado, dificilmente reduzirá os óbitos relacionados à má assistência ao parto.

As estratégias de intervenção devem ser traduzidas em atividades e metas a serem atingidas de modo a alcançar o objetivo proposto. Esta definição está no campo do que classicamente é o planejamento normativo. Definir o que deve ser feito e como deverá ser feito.

Para que seja possível a definição do "como fazer", é necessária a utilização de normas. As normas são definidas de diversas formas.

Podem ser definidas a partir de séries históricas de utilização de serviços. Neste caso, devem ser utilizadas com particular cuidado, na medida em que expressam os resultados de uma determinada configuração de oferta e ao serem adotadas acriticamente acabam por perpetuar esta dada oferta de serviços, que muitas vezes nem sequer se conhece e menos ainda se sabe se atende às necessidades da população em questão.

Um exemplo disso é a utilização da produção de consultas especializadas realizadas ao longo de um período de tempo como base para a elaboração das normas. Se, numa determinada área, foram realizadas 1000 consultas, sendo 100 de oftalmologia e 50 de urologia, por exemplo, não quer dizer que 10% das consultas a serem oferecidas no futuro devam ser de oftalmologia e 5% em urologia. Esta produção observada muito provavelmente atende à parte das necessidades de saúde, mas também reflete a oferta. Se forem oferecidos mais serviços de oftalmologia, serão realizadas mais consultas. Se não são ofertadas consultas em endocrinologia, por exemplo, naturalmente não haverá produção, mas isto não expressa ausência de necessidade e que estas não devam ser ofertadas no futuro.

As normas podem também ser definidas por especialistas, derivadas a partir de diversos métodos. E podem ainda ser definidas pelas próprias equipes que operam os serviços ou os programas. Muitas vezes, as normas aplicadas em outros países, que são fruto de condições muito próprias e específicas, são utilizadas como expressão de uma situação "ideal", sem que se considere se sua aplicação tem qualquer pertinência na situação em questão. Assim, se num determinado país preconiza-se que devam ser ofertados um número x de leitos de uma determinada especialidade, não quer dizer que a necessidade seja a mesma em outras regiões onde o perfil epidemiológico é diferente.

Qualquer que seja a forma de derivação das normas, o mais importante é que estas sejam vistas como uma orientação, uma tentativa de aproximação a uma resposta aos problemas identificados. Mas esta é apenas uma resposta, entre as várias possíveis, e sua adequação à realidade só é demonstrada na prática, na medida em que sua implementação seja avaliada.

A partir da definição das atividades a serem realizadas e as metas a serem cumpridas, para que estas sejam operacionalizadas é necessário o cálculo dos recursos – físicos materiais e humanos – necessários e que são traduzidos em recursos financeiros. Esta etapa implica na realização do balanço entre os recursos necessários e os existentes no momento.

Para realização deste balanço, consideram-se as estratégias que foram desenhadas com base no diagnóstico administrativo realizado e que têm por objetivo adequar os recursos existentes – seja através de investimentos em sua capacidade de operação ou de propostas que busquem incrementar o rendimento dos recursos humanos. Apenas após considerar esta adequação é possível avaliar a necessidade de novos investimentos.

Finalmente, a formulação do plano implica também em definir os critérios e desenhar os mecanismos e indicadores que serão utilizados para avaliar sua implantação.

Exercício 2:

A equipe de planejamento da Secretaria de Saúde do Estado de Caraopeba, em seu processo de elaboração do plano necessitava de parâmetros para uma aproximação às necessidades de serviços de saúde no estado, onde moram 800 mil pessoas.

Particularmente, estavam preocupados em saber quantas consultas ambulatoriais e de que especialidades, deveriam ser oferecidas para atender às necessidades. Resolveram, então, analisar a produção de consultas realizadas nos últimos 5 anos.

Encontraram que, em média, haviam sido realizadas 2 milhões de consultas por ano, em 12 especialidades. Calcularam, então, a proporção de consultas de cada uma das especialidades no total de consultas produzidas.

A partir deste cálculo, publicaram uma portaria que definia que a necessidade de consultas ambulatoriais era de 2,5 consultas por habitante por ano, distribuídas pelas especialidades de acordo com as proporções que haviam encontrado. A portaria passou a ser utilizada a partir de então como padrão para cálculo de necessidades de consultas por todos os gestores na realização de seu planejamento.

Como você avalia este processo de definição de parâmetros para cálculo de necessidades? Que tipos de problemas pode acarretar?

6. Avaliação e Planejamento

Avaliar consiste em comparar um fato ou fenômeno com um modelo, um padrão ou um conjunto de valores e definir até que ponto o observado se aproxima do modelo escolhido.

Como observado, a avaliação é parte inerente ao processo de planejamento e o próprio diagnóstico é basicamente um processo de avaliação, assim como a definição das estratégias, dos cursos de ação e das normas escolhidas para sua tradução em atividades e metas. A avaliação é na realidade um processo permanente, que tanto conforma o próprio processo de formulação do plano como monitora sua implementação e seus resultados.

A avaliação deve ser compreendida como um instrumento essencial para que se possa controlar a implementação do plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto. Assim, não se esgota na avaliação dos resultados alcançados em determinado momento e deve tornar-se uma atividade contínua própria da gestão, para a qual se dispõem de diversos mecanismos e procedimentos.

Como instrumentos fundamentais, são destacadas a avaliação estratégica realizada de antemão, assim como a avaliação estratégica realizada durante e/ou a implementação do plano. No primeiro caso, busca-se estabelecer se os objetivos e metas fixados podem efetivamente ser alcançados. Não se trata apenas de identificar o ponto de chegada, mas também as possíveis metas intermediárias que irão determinando o caminho. Neste processo de avaliação, busca-se analisar se estas situações intermediárias da trajetória são politicamente viáveis e tecnicamente factíveis, além de examinar sua coerência e consistência.

Isto obriga a explicitar os cenários futuros – possíveis, prováveis, previsíveis e preferíveis -, no qual se desenvolverá o processo de planejamento de modo que se a previsão inicialmente feita não se concretiza, se possa mudar o curso da ação.

A avaliação estratégica realizada durante/ após a implementação, busca identificar as diferenças entre as situações alcançadas e aquelas onde se esperava chegar, ou seja, procura medir a distância entre as intenções e o que realmente se passou na prática, buscando identificar as causas da distância observada. Com isto, objetiva ampliar o conhecimento sobre o processo em curso de modo a melhorar a determinação de objetivos e prioridades e a seleção de estratégias e recursos mais adequados.

A avaliação, portanto, é uma atividade constante, que se realiza a cada instante do processo e não apenas quando se pretende ter cumprido uma etapa. Para que a avaliação seja eficaz, deve ser acompanhada pelo monitoramento estratégico da conjuntura, identificando obstáculos e detectando alternativas novas ou imprevistas que possam contribuir para alcançar os objetivos propostos.

Exercício 3:

O texto abaixo foi extraído do artigo "Planificação em saúde: velhas idéias, novas roupagens", que consta da bibliografia. Comente:

"... Outra questão colocada está referida aos fins perseguidos pelo planejamento. Para quê se planifica é uma pergunta fundamental quase nunca feita. Se verifica na prática que a maior parte dos planejadores o faz porque se supõe que esta é sua função. Deste modo, o plano se converte na finalidade última de quem planeja. Se planeja para ter um plano e o plano é necessário porque existem determinações superiores (algumas vezes, nem isto) para que se faça o plano. Ou, o que é pior, os planos são feitos porque sempre se fizeram planos. Ninguém espera que o plano seja algo além de uma peça orçamentária a ser invocada em oportunidades selecionadas. Se trata de um planejamento ritual.

Em outros casos, o planejamento é feito com a esperança de que sirva para solucionar os diferentes males que afetam a organização. São feitos exaustivos estudos e análises que dão origem a extensos diagnósticos, mas na hora de definir o curso de ação, é tão grande o número de problemas detectados e são tão variadas suas causas, que a proposta está muito longe de aproximar-se ao que seria desejável. Trata-se do planejamento "Aquarela do Brasil", começa com uma sinfonia e termina como uma marchinha". (Chorny, 1993, pg 37)

Exercício 4:

No município de Andorinhas, a equipe da Secretaria de Saúde se propôs a elaborar o plano de saúde para o município. No diagnóstico realizado foram listados vários problemas, para os quais deveriam ser propostas estratégias de intervenção.

Entre os variados problemas, foi listada a "falta de qualificação técnica das equipes responsáveis pela atenção básica".

De posse deste enunciado, passaram a discutir estratégias de enfrentamento da questão. Numa primeira discussão, a equipe concluiu que seria necessário "treinar os recursos humanos" e, muito satisfeita com seu trabalho, passou a tentar detalhar a proposta.

A partir daí, não conseguiam chegar a um consenso: cada um de seus membros tinha uma opinião acerca do que deveria ser feito e como. Sem conseguir resolver a questão, solicitaram uma reunião com o secretário de saúde para que ele pudesse definir que rumo tomar.

Digamos que você foi convidado a participar desta reunião e a dar sua opinião. Que perguntas você faria à equipe para que pudesse formar sua opinião? O que você acha que pode ter faltado ao processo de elaboração do plano que dificultou a tomada de decisão?

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

BARRENECHEA, JJ & TRUJILLO URBE, E. *Salud para Todos en el año 2.000. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud.* Medellin, Un. OPS/OMS, Antioquia 1987.

CAMPOS GWS, MEHRY EE, NUNES E (orgs) *Planejamento sem normas*. São Paulo, Hucitec, 1989.

CHORNY AH, Enfoque estratégico para el desarollo de recursos humanos. *Revista Educación Médica y Salud* 24(1),1990.

CHORNY, AH, Planificación em Salud: viejas ideas em nuevos ropajes.*Cuadernos Medico Sociales* 73: 23-44, 1993.

CHORNY, AH. *Gerencia Estrategica de Servicios de Salud*. Rosário, Argentina, Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.

CPPS/ OPS, Centro de Panamericano de Planificacion em salud/ Organizacion Panamericana de la Salud. Formulación de Políticas de Salud, Santiago, Chile, 1975.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad. Saúde Pública*, vol.6, no.2, 1990.

HARTZ, ZMA (org) *Avaliação em Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997.

OPS, Organizacion Panamericana de la Salud. *Programacion de la Salud . Problemas conceptuales y metodológicos*. Publicaciones Cientificas 111. Washington D.C. 1965.

MATTOS, Rubens Araujo de. A teoria da programação de saúde no método CENDES/OPAS. Tese de mestrado. UERJ/ IMS, 1998.

MATUS, C. *Estrategia y Plan.* 2. ed.Siglo XXI, México, 1978.

MATUS C. *Política, Planejamento e Governo*. Ipea, Brasília, 1993.

RIVERA, F. J. U. *Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico.* Editora Cortez- Abrasco, São Paulo, 1989.

TESTA, M. *Pensar em saúde.* Artes Médicas/Abrasco, Porto Alegre, 1992.

TESTA, M. *Pensamento Estratégico e Lógica da Programação*, Hucitec Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.