

Especialização Multiprofissional em **Saúde da Família**



Eixo II - O Trabalho na Atenção Básica
Planejamento na Atenção Básica



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

AUTORES

Josimari Telino de Lacerda

Lúcio José Botelho

Cláudia Flemming Colussi

REVISORA

Maria Cristina Calvo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Planejamento na Atenção Básica

Eixo II
O Trabalho na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588p Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Planejamento na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Josimari Telino de Lacerda; Lúcio José Botelho; Cláudia Flemming Colussi. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

64 p. (Eixo 2 – O Trabalho na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Marco Referencial do Planejamento. - O Planejamento na Atenção Básica na América Latina. - O Processo de Planejamento na Atenção Básica.

ISBN: 978-85-61682-93-4

1. Planejamento em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Planejamento estratégico. I. UFSC. II. Lacerda, Josimari Telino de. III. Botelho, Lúcio José. IV. Colussi, Cláudia Flemming. V. Título. VI. Série.

CDU: 614:35

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Jimena de Mello Heredia

Revisão Textual: Ariele Louise Barichello Cunha

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 MARCOS REFERENCIAIS DO PLANEJAMENTO	13
1.1 O Processo de Planejamento	14
1.2 Por que planejamento na área da saúde?	16
1.3 Planejamento normativo e planejamento estratégico-situacional	18
REFERÊNCIAS	20
UNIDADE 2 O PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA NA AMÉRICA LATINA.....	23
2.1 Mário Testa e o Pensamento Estratégico	27
2.2 Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional (PES)	30
2.3 O plano de ação da Escola de Medellín.....	33
2.4 Planejamento Comunicativo	33
REFERÊNCIAS	35
UNIDADE 3 O PROCESSO DE PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	37
3.1 O Momento Explicativo.....	38
3.2 O Momento Normativo	51
3.3 O Momento Estratégico.....	53
3.4 O Momento Tático-Operacional	56
REFERÊNCIAS	59
SÍNTESE DO MÓDULO	60
AUTORES	61

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Neste módulo, você aprenderá sobre a evolução histórica do Planejamento e sobre as etapas para a sua realização na Atenção Básica à Saúde.

O módulo está estruturado em três unidades que irão subsidiar os passos para a realização desse importante momento do trabalho nas equipes da Atenção Básica.

Refletiremos sobre como definir objetivos para a equipe e como criar etapas, desde a implementação até o monitoramento e a avaliação. Vamos também refletir sobre o alcance, ou não, das metas, ações e objetivos propostos.

Adotamos a vertente de Carlos Matus, o chamado Planejamento Estratégico Situacional, por entendermos que se trata de uma abordagem próxima aos princípios do SUS e dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira.

Esperamos que os saberes aqui registrados possam auxiliar a sua prática cotidiana e, principalmente, transformar a realidade da saúde da comunidade em que você atua como profissional da Atenção Básica.

Ementa

Evolução Histórica do conceito de Planejamento. Importância do Planejamento na Atenção Básica. Pensamento Estratégico e Planejamento Estratégico Situacional. Momento Explicativo. Momento Normativo. Momento Estratégico. Momento Tático-Operacional.

Objetivo geral

Compreender a aplicabilidade do planejamento como ferramenta de Gestão dos Processos de trabalho da equipe da Atenção Básica.

Objetivos específicos

- Reconhecer o Planejamento Estratégico no contexto da Atenção Básica.
- Identificar a aplicabilidade do Planejamento Estratégico em situações relacionadas à realidade da prática profissional.
- Reconhecer as possibilidades de operacionalização do Planejamento Estratégico às equipes da Atenção Básica.

Carga horária: 45h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Marcos referenciais do Planejamento

Unidade 2: O Planejamento na Atenção Básica na América Latina

Unidade 3: O processo de Planejamento na Atenção Básica

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo ao módulo de Planejamento na atenção básica!

Após pouco mais de duas décadas da sua implantação, em pleno funcionamento e na busca constante e dinâmica de aprimoramento, o Sistema Único de Saúde é cada vez mais demandador de planejamento.

O SUS perpassa todas as estruturas sociais e todas as esferas dos poderes públicos, envolvendo uma gama de atores sociais, individuais ou coletivos, e o planejamento efetivo pode orientar para a consecução dos seus objetivos. Articular interesses e sensibilizar um conjunto tão diversificado de atores é algo muito complexo, mas é essa complexidade que nos coloca em alerta para entender e participar ativamente do processo.

A saúde é um campo de interesses diversos, mas não há dúvidas sobre a sua prioridade. A divergência se dá na compreensão de como implantar efetivamente o SUS. É fato que muitas decisões e definições do modelo de atenção adotado ainda são normativamente centralizadas, com papel acentuadamente indutor do nível central. Entretanto, também é fato que muitas estruturas locais regionais podem fazer diferença. Em todas elas, sejam municipais, regionais municipais, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) ou Unidades Básicas, o diferencial é o planejamento.

No caso das Unidades de Saúde e NASFs, a estruturação do processo de trabalho das equipes tem seu início a partir da conformação sociocultural e epidemiológica do território. Para êxito de suas ações com vistas a assegurar, recuperar e manter a saúde da população sob sua responsabilidade, cabe às equipes identificarem os problemas de saúde no território de abrangência das Unidades. Com base nestas informações, as equipes realizarão o planejamento e a programação local das ações de saúde, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas. Este Planejamento Estratégico Situacional (PES) deve ser realizado com a participação social e popular.

Este é o caminho do breve trajeto pedagógico em que esperamos refletir sobre o planejamento como base fundamental para o processo de manutenção do que funciona, e para a transformação do que não funciona, para tal, se faz necessário:

- compreender os aspectos teóricos que dão embasamento a um planejamento estratégico participativo;
- compreender o planejamento estratégico participativo como um processo retroalimentado;
- conhecer instrumentos do planejamento local e participativo para organizar o processo de trabalho da unidade de saúde e NASF;
- compreender a importância de cada momento para organizar o processo de trabalho da unidade de saúde e NASF.

Esperamos, ainda, possibilitar a reflexão de como a equipe de saúde, utilizando-se de um planejamento estratégico participativo e a partir das informações locais de saúde, pode romper com a abordagem assistencial – centrada na demanda individual espontânea – e adotar a atenção à saúde, pautada em propostas originadas do perfil epidemiológico da população e da identificação de seus problemas de saúde.

Assim, esperamos que você adquira os conhecimentos necessários para operacionalizar um planejamento estratégico, construir um plano ou projeto que ajude a equipe de saúde e do NASF a identificar os principais problemas da sua área de abrangência. Desta forma, você estará apto a formular um conjunto de ações que possam melhorar a saúde e a vida dos moradores do território sob a responsabilidade da unidade de saúde.

Bons estudos!

Josimari Telino de Lacerda
Lúcio José Botelho
Cláudia Flemming Colussi

Planejamento na Atenção Básica

Unidade 1



1 MARCOS REFERENCIAIS DO PLANEJAMENTO

Planejar é uma atividade própria do ser humano. Pensar em objetivos futuros e definir estratégias para alcançá-los orienta a atuação do homem em todos os espaços.

Uma simples viagem de férias requer que decisões sejam tomadas. Destino, roteiro, tipo de transporte, local de hospedagem devem ser definidos algum tempo antes para que tudo saia a contento, no período programado e dentro dos recursos disponíveis. E veja que estamos falando de uma decisão particular, que envolve uma pessoa ou um grupo restrito, mas, cujo sucesso depende de uma série de circunstâncias. A disponibilidade de vagas nos hotéis eleitos, o valor das diárias e a disponibilidade de passagens devem ser vistos antecipadamente, ou podem inviabilizar o roteiro ou destino pretendidos. Portanto, o que pretendemos no futuro exige decisões no presente!

Pensar no futuro, estabelecer objetivos e encontrar os meios para alcançá-los é uma das características que diferenciam os homens dos demais seres vivos. Há muito tempo, esse processo foi designado de planejamento. Entretanto, nesta unidade, não falaremos do planejamento apenas como um processo mental individual, mas como um processo mais amplo, participativo e focado na retroalimentação.

O planejamento constitui-se num instrumento contínuo para diagnosticar a realidade e propor as alternativas para transformá-la, os meios para viabilizar que isso aconteça e as oportunidades para executar as ações pensadas, o que demandará o reinício do ciclo.

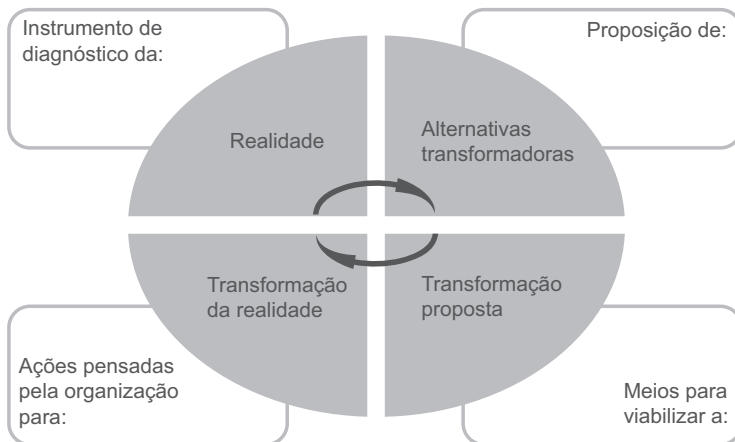


Figura 1 – Planejamento

Peter Drucker, considerado o pai da administração, diz que o planejamento refere-se às implicações futuras de decisões presentes, e não às decisões futuras (DRUCKER, 2002). O planejamento nasceu na área da administração, e teve como principal foco o processo de trabalho, com ênfase no aumento da produtividade e na racionalidade econômica das organizações. Posteriormente, passou a compor o ciclo administrativo e ganhou destaque no alcance de objetivos e metas para além do escopo da eficiência.

Segundo Maximiano (2004), uma organização tem por finalidade unificar esforços individuais para alcançar objetivos propostos para o coletivo. Uma organização possibilita o alcance de objetivos e metas maiores dos que são possíveis atingir individualmente. Daí o motivo pelo qual diferentes pessoas compõem uma organização.

1.1 O Processo de Planejamento

As organizações devem ser vistas como uma forma de seus membros viabilizarem futuros almeçados, aportando recursos materiais e humanos para atingir seus propósitos, por conta de seus interesses e expectativas.

Cada organização tem uma finalidade que a tornou necessária e garantiu a sua estruturação. Trata-se da razão de ser da organização, também denominada **missão** ou **imagem-objetivo**, que define a sua função básica na sociedade, nos termos dos produtos e dos serviços que ela produz.



Na Prática

Já que estamos em um curso voltado para profissionais da Atenção Básica e do NASF, vamos contextualizá-lo: você trabalha em uma organização pública da área da saúde. Quais são suas características e em que se diferencia de uma organização privada de saúde? Qual é a missão (imagem-objetivo) dessa organização? Em que sua função e seu desempenho contribuem para o alcance dessa missão?

O sucesso de uma organização se dá pelo cumprimento de sua missão. É ela que agrega e orienta a ação de todos os seus membros e tem na figura do gestor o responsável pela condução do processo administrativo, dos recursos e das pessoas em sua direção. Portanto, a administração de uma organização requer um conjunto de tarefas e atividades realizadas sequencialmente e de modo contínuo, cujo papel do planejamento é fundamental.

O planejamento faz parte do que chamamos de **ciclo administrativo**, o qual engloba um conjunto de tarefas e atividades necessárias para administrar uma organização de maneira sequencial e contínua. Este ciclo é composto de pelo menos quatro etapas: o planejamento; a organização-desenvolvimento; a execução-direção; e o controle-avaliação.

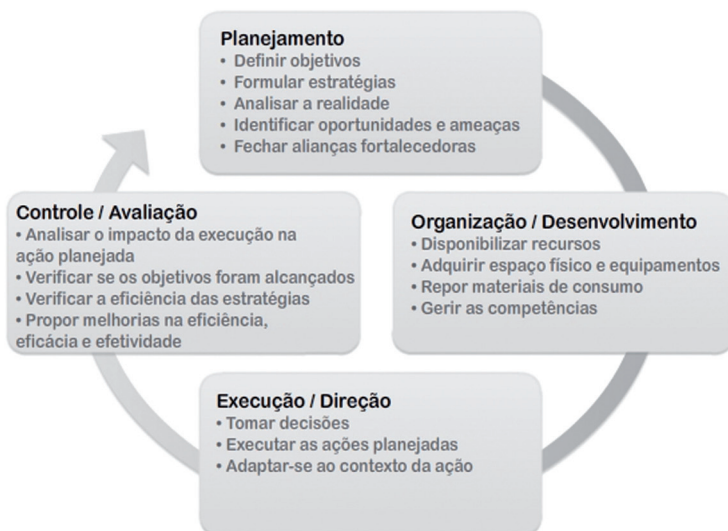


Figura 2 – Ciclo administrativo

O processo de planejamento incorpora a ideia de definição de objetivos e a formulação de **estratégias**¹. Neste momento, também se analisa a realidade, buscando oportunidades e ameaças, além de alianças que aumentem a capacidade de executar o plano.

A etapa de **Organização-Desenvolvimento** diz respeito à logística de disponibilizar os recursos necessários para a execução das ações planejadas no tempo oportuno e no lugar adequado. Isso inclui: a aquisição e manutenção de prédios e equipamentos; a reposição sistemática dos materiais de consumo; e a **gestão de competências**².

A etapa da **Execução-Direção** é a que incorpora o processo de tomada de decisões e a execução das ações programadas, considerando permanentemente a oportunidade para executar os projetos e adaptá-los ao contexto em que a ação efetivamente acontecerá.

1 Estratégia: maneira de agir para atingir os objetivos estabelecidos.

2 Gestão de competências: preparação das pessoas envolvidas com os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para o sucesso do plano.

A etapa do **Controle-Avaliação** corresponde ao momento em que se busca garantir que as ações executadas tenham sido cumpridas da maneira como haviam sido pensadas. Nesta etapa, então, analisa-se o impacto que as ações proporcionaram na realidade; dentre os objetivos e metas, verificam-se quais os que foram atingidos, e o que poderia ser modificado ou incorporado para que eficiência, eficácia e efetividade sejam garantidas no decorrer do ciclo de gestão. Todas as informações obtidas na etapa de avaliação deverão servir de base para a etapa de planejamento (primeira etapa) do novo ciclo.



Na Prática

Por falar em objetivos e metas, é preciso que deixemos claras as diferenças entre os dois conceitos. **O objetivo é um propósito**, diz respeito a um fim que se quer atingir. Em geral, no processo de redação dos objetivos, são utilizadas palavras de sentido mais amplo, como “melhorar o funcionamento da Unidade de Saúde”.

Para a efetivação dos objetivos são criadas as metas, que podem ser entendidas como objetivos quantificáveis.

Com metas definidas, é mais fácil avaliar a eficácia das ações que precisam ser desenvolvidas. Vejamos alguns exemplos:

- a) aumentar o número de consultas em 30%;
- b) implantar o protocolo de acolhimento para 100% dos atendimentos da US;
- c) identificar 100% dos hipertensos e diabéticos e incluí-los em grupos de acompanhamento periódico;
- d) ampliar em 30% o número de interconsultas com a equipe do NASF na área de saúde mental.

1.2 Por que planejamento na área da saúde?

Na sociedade moderna, praticamente todas as atividades produtivas estão vinculadas a uma ou mais organizações. Alguns projetos sociais são tão ambiciosos e complexos que só podem ser atingidos por meio da articulação de um amplo e, em geral, heterogêneo conjunto de organizações. É o caso do setor da saúde, que articula diferentes unidades, programas e serviços para garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade, conformando interesses e conflitos. Isso exige um grande esforço e muita competência de gestão, o que é impossível realizar sem planejamento.

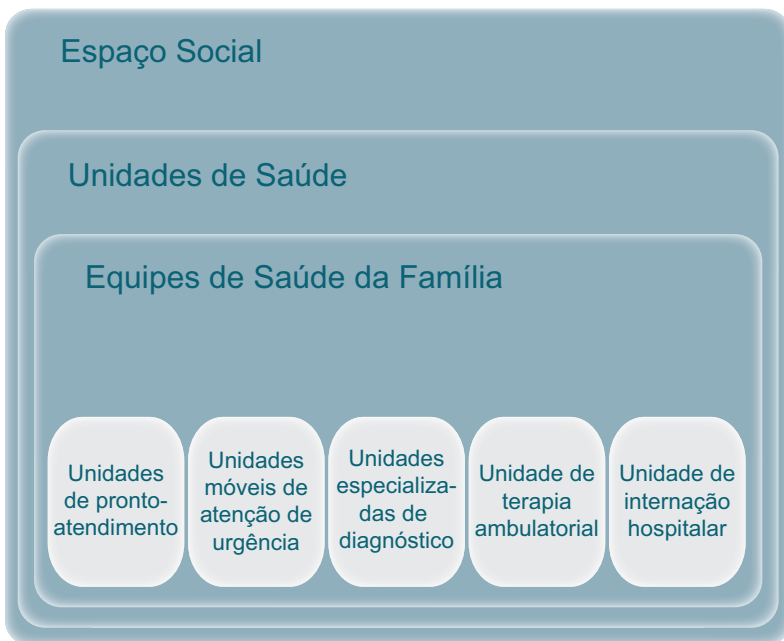


Figura 3 – Complexidade do Sistema Único de Saúde

O processo saúde-doença está relacionado diretamente com o espaço social. Assim, as equipes de saúde precisam atuar de forma integral e estar integradas para promover, prevenir e recuperar a saúde. É dessa forma que se pode garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade. É evidente que o funcionamento desse complicado sistema de serviços de saúde exige um grande esforço e muita competência na sua gestão para que consiga dar conta das expectativas e necessidades dos seus usuários.

Sendo o planejamento essencial para conduzir qualquer organização, cabe verificar o que se entende por planejamento. Vários são os autores que tratam deste tema. Apresentamos aqui as reflexões de Oliveira (2007), que sintetizam de maneira objetiva os principais aspectos conceituais da área.

O propósito do planejamento pode ser definido como o desenvolvimento de processos, técnicas ou atitudes administrativas que permitam avaliar as consequências futuras de decisões presentes e influenciá-las (OLIVEIRA, 2007).

“A noção mais simples de planejamento é a de não improvisação. Uma ação planejada é uma ação não improvisada e, neste sentido, fazer planos é coisa conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir [...]” (GIOVANELLA, 1991).

O exercício sistemático do planejamento potencializa o alcance dos objetivos por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório. Portanto, planejar é uma atividade complexa por ser um processo contínuo de pensar o futuro, o que implica em tomada de decisão permanente, dentro de um contexto que sofre influências constantes. Sua riqueza está no processo de análise de uma realidade, que permite a identificação do que se deseja alcançar e das decisões a serem tomadas para produzir os resultados esperados. Isso envolve modos de pensar a realidade, questionamentos para melhor compreendê-la e um processo de decisão continuado sobre o quê, como e quando fazer, sobre quem são os responsáveis pelas ações e sobre os custos envolvidos.

Planejar, portanto, passa a ser uma necessidade cotidiana, um processo permanente para que se possa garantir diretrizes às ações desenvolvidas, corrigindo itinerários, enfrentando imprevistos e buscando sempre caminhar rumo aos objetivos desejados.

Quando se pretende alcançar objetivos complexos em organizações, como no caso da saúde, é imprescindível contar com um método de planejamento. Existem diversos métodos e técnicas de planejamento que podem ser utilizados. É importante conhecer suas características e identificar o processo histórico em que se inserem.

1.3 Planejamento normativo e planejamento estratégico-situacional

Veja que a forma como percebemos a realidade conduzirá o processo do planejamento. Cabe aqui destacar que essa compreensão permite a adoção de duas formas no processo de gestão e planejamento: a postura normativa e a postura estratégica-situacional.

A **postura normativa** assume alguns pressupostos em relação à realidade:

- a separação entre o sujeito e o objeto de atuação;
- a existência de uma verdade única expressa pelo diagnóstico realizado pelo sujeito;
- a redução da sociedade a comportamentos previsíveis;
- a negação de outros sujeitos e resistências;

- a ausência de incertezas;
- a exclusão da dimensão política;
- a perspectiva fechada para o projeto a ser executado, com a certeza de que, se seguidos os cálculos minuciosamente realizados, o êxito do planejamento estará garantido.

Já a postura **estratégica-situacional** assume a realidade em um nível de complexidade muito maior. Nesta postura:

- sujeito e objeto se confundem;
- o sujeito é parte do todo social, assim como outros interesses que se organizam para realizar seus próprios projetos;
- não existe um único diagnóstico da realidade – cada grupo social, conforme seus valores, interesses e posições que ocupam na situação, possui seu próprio diagnóstico;
- o comportamento dos demais sujeitos não pode ser reduzido a respostas previsíveis a estímulos prévios, mas se caracteriza pela criação de alternativas muitas vezes surpreendentes, próprias da ação humana.

Com estes pressupostos, esse tipo de gestão se caracteriza pela incerteza, o campo em que ela transita incorpora a probabilidade do conflito e, por conta disso, o processo de planejamento só pode ser assumido como um processo aberto e sem final definido *a priori*.

PLANEJAMENTO NORMATIVO	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
<ul style="list-style-type: none"> • Predições únicas; • plano por setores; • certeza; • cálculo técnico; e • sujeitos são agentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Várias apostas em cenário; • plano por problemas; • incertezas e surpresas; • cálculo técnico-político; e • sujeitos são atores.

Quadro 1 – Características do planejamento normativo e do planejamento estratégico

Para melhor compreendermos como essas posturas influenciaram o planejamento na atenção básica, é preciso voltar no tempo e conhecer a história do planejamento na América Latina, além das origens do planejamento na atenção básica, o que trataremos a partir da próxima unidade.



Leitura Complementar

GONZÁLEZ, M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS): uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1): 1587-1597, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800032&script=sci_arttext>.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você foi apresentado a alguns conceitos introdutórios do planejamento, entendido como instrumento fundamental para a consecução dos propósitos das organizações. O setor saúde, aqui assumido como um espaço no qual se articulam diferentes unidades, programas e serviços, conforma interesses e conflitos que precisam ser gerenciados. Os gestores têm no planejamento, portanto, um importante recurso para tal propósito. Apresentamos, ainda, dois modos de conceber o planejamento: o normativo e o estratégico. Na próxima Unidade aprofundaremos um pouco mais aspectos da origem do planejamento na atenção básica com foco na América Latina.

REFERÊNCIAS

DRUCKER, P. **Administrando em tempos de mudança**. São Paulo: Pioneira, 2002.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jan/mar. 1991. p. 26-44. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

GONZÁLEZ, M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1587-1597, 2009.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998.

TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

Planejamento na Atenção Básica

Unidade 2



2 O PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA NA AMÉRICA LATINA

O planejamento foi adotado no âmbito da esfera pública pela União Soviética a partir da Revolução Russa, em 1917 (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). Para garantir sucesso aos preceitos da revolução bolchevique e para que o Estado se tornasse socialista, algumas medidas foram necessárias. Uma delas foi a planificação do setor de eletricidade como forma de impulsionar a industrialização e o crescimento do país. Foi no planejamento centralizado que o Estado soviético encontrou uma solução para atender as suas necessidades, elaborando o plano quinquenal que garantiu o rápido desenvolvimento dessa nação. Por conta disso, o planejamento público foi estigmatizado por algumas décadas, sendo associado a determinadas ideologias não compatíveis com o liberalismo econômico predominante no Ocidente.

A crise econômica mundial de 1929, expressada pela quebra da bolsa de Nova York, mudou essa concepção. Em decorrência da gravidade da situação, as autoridades políticas e os agentes econômicos passaram a aceitar as ideias de intervenção do Estado na economia, especialmente a partir da divulgação das ideias de **John Maynard Keynes** que identificou, nessa intervenção, uma das alternativas práticas para a recuperação da economia e a prevenção de novas crises.

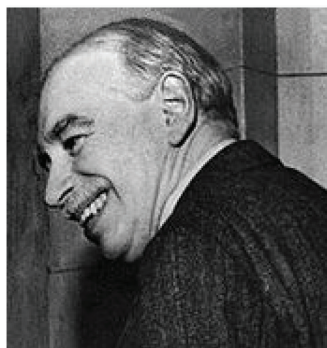


Figura 4 – John Maynard Keynes
Fonte: Wikimedia Commons.

Após a Segunda Guerra Mundial, a preocupação política e acadêmica era explicar o porquê do subdesenvolvimento endêmico do continente latino-americano. Neste cenário, o planejamento surge como instrumento de superação do desequilíbrio identificado entre a estagnação sul-americana e a grandeza das economias europeias, rapidamente recuperadas a partir da reestruturação econômica garantida pelo Plano Marshall.



Leitura Complementar

Você pode conhecer um pouco mais sobre o Plano Marshall acessando: <<http://www.infoescola.com/historia/plano-marshall/>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

O planejamento na América Latina surgiu na década de 60 do século XX devido à necessidade de qualificar a gestão das políticas sociais.

A avaliação negativa sobre os resultados dos planos de desenvolvimento econômico aplicados pelos países desta região permitiu a incorporação de novas demandas e variáveis até então não atendidas pelas intervenções econômicas estatais. Incorporou-se, em parte, a preocupação com um processo mais equilibrado, cujos investimentos visassem ao desenvolvimento social e político. Era preciso que o crescimento econômico assegurasse o avanço do país, para tanto, transformações políticas, sociais e econômicas eram exigidas. Desta forma, a saúde, a educação, a modernização da estrutura fundiária e da administração pública foram assumidas como elementos necessários ao desenvolvimento da região.

Na área da Saúde, os primeiros programas surgiram a partir da década de 1960, após a Reunião de Ministros do Interior dos Países das Américas, ocorrida em Punta Del Este, Uruguai. Nesta ocasião, foi elaborada a Carta de Punta Del Este, que influenciou o lançamento do Programa Aliança para o Progresso, formulado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Responsável por assessorar os países na elaboração dos planos e definir orientações para a elaboração do planejamento na atenção básica, a OPAS buscou a parceria do Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social da Universidade Central da Venezuela (CENDES) para a elaboração de um método de planejamento denominado método CENDES/OPAS.

O método CENDES/OPAS de programação sanitária, apresentado em 1965, foi o primeiro instrumento de planejamento e programação sistemático aplicado pelos sistemas nacionais de saúde no continente americano. O método assentava-se em cálculos de inspiração econômica visando potencializar a relação custo-benefício. Este método, fundamentado no paradigma da eficiência do uso de recursos, tornou-se referência obrigatória para o planejamento na atenção básica durante quase uma década na América Latina. Tratava-se de um planejamento pautado na postura normativa, cuja principal crítica se referia ao fato de o planejador atuar como agente externo e adotar um sistema em que não se consideravam outros atores (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). 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. Essa definição de prioridades baseada em critérios “objetivos” dava ao método uma aparência científica e um caráter “racional” ao planejamento, independentemente de quem o fazia.

A partir do final da década de 70 e início dos anos 80 do século XX, surge uma nova forma de encarar o planejamento na atenção básica, que nasceu, dentre outras causas, dos fracassos e das críticas ao método normativo adotado até então. Essa nova concepção consistia no pensamento estratégico, que teve como objetivo principal superar problemas inerentes à formulação normativa de planos.

A postura estratégica-situacional assume a realidade em um nível de complexidade muito maior. Nesta postura, sujeito e objeto se confundem, pois o sujeito é parte do todo social, assim como outros interesses que se organizam para realizar seus próprios projetos.

Para o planejamento estratégico-situacional não existe um único diagnóstico da realidade, já que cada grupo social, conforme seus valores, interesses e posições que ocupam na situação, possui o seu diagnóstico, a sua verdade. Neste âmbito, o comportamento dos demais sujeitos não pode ser reduzido a respostas previsíveis ou a estímulos prévios, mas caracteriza-se pela criação de alternativas, muitas vezes surpreendentes, próprias da ação humana.

A partir destes pressupostos, a gestão se caracteriza pela incerteza; o campo em que ela transita incorpora a probabilidade do conflito e, por conta disto, o processo de planejamento só pode ser assumido como um processo aberto e sem final definido *a priori*.

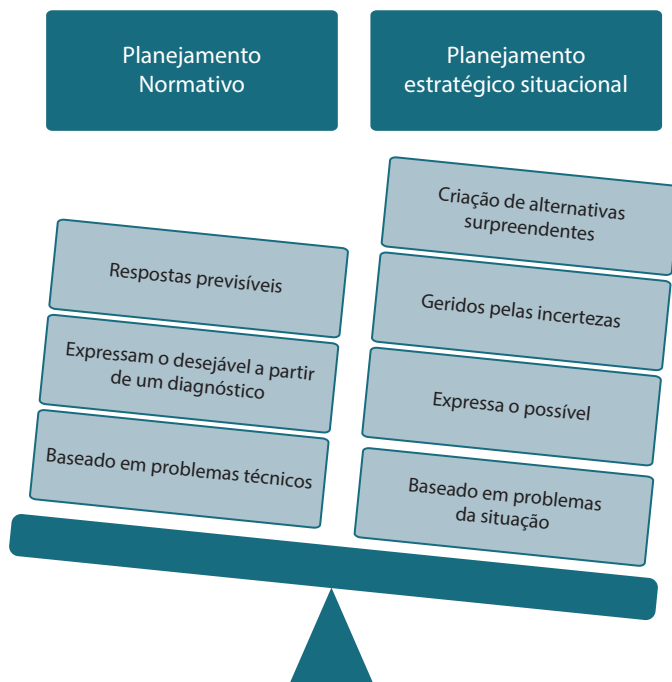


Figura 5 – Diferenças entre planejamentos

Giovanella (1991), Rivera e Artman (2010) reconhecem que os grandes avanços do pensamento estratégico foram:

- reconhecer a existência dos conflitos nas relações;
- admitir o planejador como ator social do sistema planejado;
- aceitar a existência de mais de uma explicação diagnóstica; e
- pressupor a existência de sistemas sociais históricos, complexos, incertos, que não foram bem definidos.

São três as vertentes do planejamento estratégico elaboradas por autores latino-americanos:

1. a de Mário Testa, com a Formulação do Pensamento Estratégico, o Postulado de Coerência e a Proposta de Diagnóstico;
2. a de Carlos Matus, com a proposta do Planejamento Estratégico Situacional; e
3. a de Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barreneche, com o plano de ação da Escola de Medellín, elaborado para o alcance das Metas Saúde Para Todos da OMS, em 2000.

Os pontos elementares comuns a todos eles são:

- reconhecer a existência de conflitos;
- admitir o planejador como ator social do sistema planejado;
- aceitar a existência de mais de uma explicação diagnóstica; e
- pressupor a existência de sistemas sociais e históricos, complexos, não bem definidos e incertos (Rivera e Artman, 1999).

O PENSAMENTO ESTRATÉGICO DE MARIO TESTA

- Caracteriza-se pela exaustiva discussão acerca do poder dos atores sociais em cena, desde a concepção de poder como relação de dominação, até a discussão do poder como ideologia transformadora de uma sociedade opacificada;
- apresenta uma tipologia do poder, classificando-o em técnico, político e administrativo, cujos recursos e circunstâncias conjunturais, temporais e sociais determinam a lógica e a estratégia da programação no setor saúde.

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL DE CARLOS MATUS

- Objetiva estabelecer uma proposta alternativa à planificação normativa;
- focaliza o componente político e o caráter interativo do processo de planificação;
- caracteriza-se pela exaustiva discussão sobre os atores sociais em situação de governo, suas relações, a identificação de problemas e sua tipificação, o estudo do cenário e os momentos de planejamento, nos quais identificam-se os momentos explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional; e
- o sujeito do planejamento é participante de todo o processo e, como tal, deve compreender o espaço de produção social no qual está inserido e agindo.

O PLANO DE AÇÃO DA ESCOLA DE MEDELLIN

- Tenta trazer para a discussão do planejamento na atenção básica o conceito de necessidades sociais através do critério das condições de vida;
- **espaços-população** são objeto do planejamento, entendidos como espaços complexos e multidimensionais nos quais habitam grupos populacionais relativamente homogêneos quanto às condições de vida;
- reconhece a historicidade, a complexidade, a fragmentação, a incerteza e o conflito como características inerentes ao processo social; e
- em termos operacionais, essa perspectiva abrange a definição de subgrupos populacionais segundo critérios de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde e de resolubilidade, isto é, do perfil de oferta dos serviços segundo a composição tecnológica.

Quadro 2 – Síntese das vertentes do planejamento estratégico na América Latina



Leitura Complementar

Lígia Giovanella fez um excelente relato sobre as correntes de pensamento estratégico em saúde na América Latina. Confira em:

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan/mar., 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

2.1 Mário Testa e o Pensamento Estratégico

A contribuição de Mário Testa consistiu em conceber o pensamento estratégico a partir das reflexões resultantes das experiências realizadas durante toda a sua história desde a sua participação na elaboração do Método CENDES/OPAS.



Figura 6 – Mário Testa (à direita)

Fonte: Agência Fiocruz de Notícias.

São três as principais contribuições teóricas de Mário Testa para o planejamento estratégico: o diagnóstico situacional; o poder; o postulado de coerência.

Sua reflexão teórica parte do pressuposto de que a resolução dos problemas de saúde extrapola os limites setoriais e de que não é possível o tratamento setorial isolado de seu contexto social, assim como não é possível modificar o social só a partir de propostas setoriais. Portanto, é fundamental o reconhecimento do social como totalidade. Esta seria a única maneira de se conseguir uma correta caracterização do setor e de formular propostas que o articulem com outras formulações. O diagnóstico situacional é, portanto, fundamental na perspectiva de planejamento proposta pelo autor.

Para Testa, o centro da problemática estratégica é o **poder** que é ou pode ser exercido. Partindo da definição de política como **uma proposta de distribuição do poder**, e estratégia como uma **forma de implementação de uma política**, Mário Testa elaborou uma tipologia do poder em saúde, distinguindo-o em:

- **poder administrativo**, correspondente às atividades e processos que implicam o manejo de recursos;
- **poder técnico**, definido pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde; e
- **poder político**, expresso por meio da defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor.

O modo como estas distintas formas de poder se relacionam definirão o caminho que será percorrido para construir o poder de classe e o alcance da transformação necessária e objetivada. Logo, a chave do sucesso é a acumulação e consolidação do poder.

Nesta perspectiva, Testa aponta diversos âmbitos, isto é, os espaços sociais e institucionais nos quais se inserem os atores políticos: a administração central, os serviços de saúde e a academia. Deste modo, podemos pensar na identificação dos diversos espaços de poder que se apresentam no âmbito das instituições de saúde, distinguindo o tipo de poder exercido pelos vários atores em função de suas posições na estrutura do setor. Portanto, é fundamental para o planejamento identificar os atores e o tipo de poder que eles exercem para potencializar ou resolver o problema priorizado.

Por exemplo, em uma Unidade de Saúde o processo de trabalho está condicionado aos três diferentes tipos de poder. Há profissionais de diversas categorias com diversificados saberes técnicos que são necessários à resolução dos problemas de saúde da população. O saber médico, por exemplo, é de suma importância, especialmente para o diagnóstico, e configura o poder técnico. Porém, ele é extremamente limitado para assegurar o completo reestabelecimento da saúde da coletividade, ou mesmo dos indivíduos que o procuram. Esse poder técnico está condicionado aos demais poderes. Um deles é o poder administrativo, a coordenação da Unidade de Saúde, que lhe dará condições ao exercício profissional, provendo material e organização administrativa para a realização da consulta clínica. Outro poder ao qual ele está condicionado é o poder político, expresso pelo secretário de saúde. É ele que articula diferentes setores e recursos para assegurar o cumprimento da integralidade, que oferece mecanismos de acesso ao paciente, ou garante o processo terapêutico com medicamentos e serviços especializados de referência necessários. Por fim, ele também está condicionado ao poder técnico de outros profissionais de saúde que complementam sua ação terapêutica, por exemplo, os profissionais do NASF, como o fisioterapeuta ou o terapeuta Ocupacional, nos casos de lesões por esforços repetitivos, ou o psicólogo nos casos de depressão.

Outra contribuição de Testa foi o chamado **Postulado de Coerência**, que consiste em um diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado projeto. Os elementos explicitados no diagrama são os propósitos de um Governo, os métodos utilizados para concretizá-los e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais. A importância desse postulado se deve a sua aplicabilidade para o estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde. Por meio dele, pode-se realizar uma análise de coerência entre os propósitos de um Governo, expressos em seus planos e programas, os métodos e as tecnologias de gestão de políticas utilizadas para viabilizá-los, e uma análise, também, da organização das instituições, o que poderá configurar-se como favorável ou desfavorável à formulação e à implementação de uma determinada política.

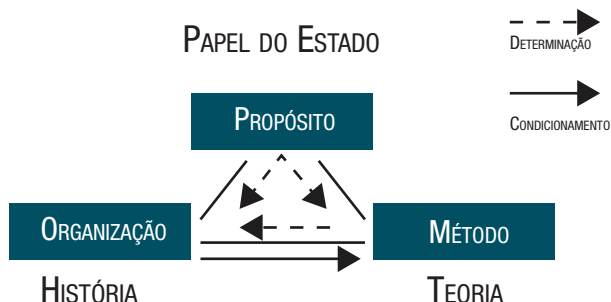


Figura 7 – Postulado de Coerência Mario Testa
 Fonte: LINS; CECÍLIO, 1998.



Na Prática

Considerando os princípios do SUS, a política de Atenção Básica e a estrutura dos serviços em seu município, reflita sobre a atual proposta de atuação do NASF a partir do Postulado de Coerência de Testa.



Leitura Complementar

Você pode saber, com maiores detalhes, sobre aspectos da abordagem de Mario Testa no artigo de Lígia Giovanella, intitulado Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cad. Saúde Pública**. 1990, vol. 6, n. 2, p. 129-153. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n2/v6n2a03.pdf>>. Acesso em 24 de abr. de 2012.

2.2 Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional (PES)

O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus surgiu da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Ele concebeu o planejamento como um processo dinâmico e contínuo que precede e preside a ação, e que envolve aprendizagem-correção-aprendizagem. Sua contribuição consistiu em elaborar um método de planejamento em que ação, situação e ator social formam um todo complexo, centrado em problemas e em operações que deverão ser efetuadas para saná-los.

Matus 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.

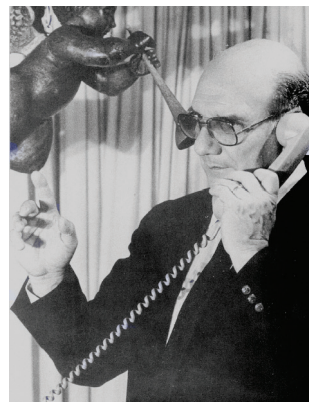


Figura 8 – Carlos Matus
Fonte: Wikimedia Commons.

Segundo Matus, a concepção situacional do planejamento reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo uma visão que adote ações estratégicas e comunicativas entre eles para a construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a serem desenvolvidas.

Um dos elementos centrais da obra de Matus é o chamado **triângulo de governo**. Para o autor, governar exige a articulação constante de três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema.

O **projeto de governo** é o conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo este não apenas produto das circunstâncias e interesses do ator que governa, mas, também, da sua capacidade de governo.

A **capacidade de governo** diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e às 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 desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada Planejamento Estratégico Situacional (PES), que 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.

Em nosso curso, adotaremos o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, por seu potencial de instrumentalização no cotidiano dos serviços ao desenvolver e propor um método de planejamento participativo. O Planejamento

Situacional de Carlos Matus surge da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Para tanto, ele elaborou um método de planejamento em que ação, situação e ator formam um todo complexo, centrado em problemas e em operações que deverão ser desencadeadas para o enfrentamento dos mesmos.

MOMENTO EXPLICATIVO	É quando se analisa a realidade presente e o hiato que existe entre o agora e o futuro desejado. Nele se desenvolve a complexa tarefa de identificar e selecionar problemas, explicar com profundidade as causas de cada um e do conjunto dos mesmos. Trata-se de marcar a situação inicial do plano. É um momento importante que deve contar com a participação ampla de todos os atores envolvidos para análise dos problemas que os afetam.
MOMENTO NORMATIVO	É o momento em que se estabelece o que deve ser. Nele são definidas as operações que em diferentes cenários levam à mudança da situação inicial em direção à situação ideal. Deve, portanto, estar centrado no direcionamento de suas operações para a efetivação dos objetivos, sendo, para isto, necessário promover a discussão cuidadosa da eficácia de cada ação em relação à situação objetivo, relacionando os resultados desejados com os recursos necessários e os produtos de cada ação.
MOMENTO ESTRATÉGICO	É o momento em que se analisam as restrições e as facilidades que interferem no cumprimento do desenho normativo. Relaciona-se às questões de viabilidade e, portanto, aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo. Neste momento são identificados os atores envolvidos no processo e o grau de concordância e oposição dos mesmos ao futuro desejado e às ações previstas.
MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL	É o momento decisivo, quando toda a análise feita nos momentos anteriores se transforma em ação concreta. É momento de realizar e de monitorar as ações, com proposições de mudanças ou de ajustes ao longo do processo.

Quadro 3 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional

Destacamos que a noção de momento rompe com a ideia de etapas sequenciais do planejamento. Neste caso, as ações e as estratégias são definidas e viabilizadas a partir do conhecimento prévio e estaque da realidade e este processo será finalizado com a identificação de indicadores capazes de medir o desenvolvimento das propostas no limite temporal previsto. De forma distinta, a noção de momento indica que as etapas se desenvolvem, na realidade, de modo simultâneo, havendo apenas o predomínio de um momento sobre o outro e que, se necessário, é possível retomar o momento anterior e ajustá-lo frente a uma nova demanda (TEIXEIRA, 2010).

É importante ressaltar, ainda, que a abordagem aqui adotada trata-se, na verdade, de uma adaptação de várias técnicas sugeridas por Matus, agregada à *teoria do Agir Comunicativo*³.

³ Esta teoria será abordada, sucintamente, em breve, na seção 2.4.

2.3 O plano de ação da Escola de Medellín

No final da década de 1980, a OPAS/OMS realizou uma série de seminários que culminaram com o encontro na cidade de Medellín, Colômbia. Tais seminários geraram o documento *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*, que teve a participação de vários autores.

Baseado em planejamento e administração estratégica, e influenciado por autores como Testa e Matus, esse plano aprofunda o reconhecimento das forças em conflito existentes em uma sociedade. Desta forma, ele aponta na direção do controle social e da Atenção Primária em Saúde (APS) para a consecução das metas do Saúde Para Todos no ano 2000.

Mais que uma nova formulação, trata-se de um plano de ação que visa ampliar a participação da população em grupos ou subgrupos específicos, entendendo a complexidade dos processos sociais e da necessidade de comprometimento da sociedade para efetivas mudanças na saúde.

2.4 Planejamento Comunicativo

Outra importante concepção de planejamento que surge após as vertentes do planejamento estratégico, na década de 90, é o **planejamento comunicativo**. Ele representa um contraponto aos enfoques de planejamento estratégico em saúde, tendo por referência a Teoria do Agir Comunicativo (TAC), do filósofo alemão Jurgen Habermas.

A partir da identificação das limitações de alguns dos enfoques estratégicos – como a visão instrumental e quantitativa do poder, a sobrevalorização das situações do conflito implicando uma visão reificada do outro, a ausência de maior aprofundamento analítico da dimensão da cultura, o insuficiente tratamento da estratégia de negociação cooperativa e uma discussão ainda instrumental do fenômeno da liderança – buscou-se desconstruir o planejamento estratégico e propor uma versão mais comunicativa, orientada pela busca do entendimento e pela preocupação com a legitimidade dos planos.

Com base na teoria de Habermas, busca-se explorar os elementos comunicativos que, segundo o autor, embora presentes na obra de Matus e Testa, encontram-se, ainda, insuficientemente aprofundados.

Um aspecto fundamental do enfoque comunicativo é a busca da integração, da possibilidade de um projeto solidário, entendido como desafio gerencial permanente. Podem ser estimulados vários métodos que criem a possibilidade

de fluxos de comunicação ampliada e de negociação de compromissos, não há, portanto, a pretensão de uma exclusividade metodológica.

Ressaltamos que a perspectiva comunicativa não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada para além da racionalidade de fins, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos. Ajudar a desenvolver uma dinâmica de direção que potencialize o diálogo gerador de compromissos é, então, o fio condutor de uma nova compreensão do planejamento que não consegue mais se divorciar da gestão.

A reflexão do agir comunicativo deve ser incorporada ao longo do processo de planejamento local. Portanto, ela deve propiciar a negociação e a pactuação de ações e de compromissos entre os participantes do planejamento, visando à ampliação do potencial de êxito das ações planejadas.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você foi apresentado às diferentes correntes do planejamento no *locus* da concepção estratégica. Como pôde observar, são poucas as diferenças entre elas, e em vários aspectos as correntes de planejamento se complementam. Você pôde, ainda, conhecer a abordagem que elegemos em nosso curso: o planejamento estratégico situacional e os quatro momentos para sua elaboração. Na próxima unidade, refletiremos um pouco mais sobre a aplicação desta abordagem na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan/mar., 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

LINS, A. M., CECÍLIO, L. C. O. The UNI Program in Brazil: an evaluation of the coherence of its development and implementation processes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, 1998.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

SIQUEIRA, J. **Problemas**: a solução criativa começa pela definição correta (online). 2007. Disponível em: <<http://criatividadeaplicada.com/2007/12/09/problemas-a-solucao-criativa-comeca-pela-definicao-correta>>. Acessado em 13 de jan. de 2011.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização. 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. 237-66.

TEIXEIRA, C. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 161.

Planejamento na Atenção Básica

Unidade 3



3 O PROCESSO DE PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

“Planejar consiste basicamente em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro (CHORNY, 1998, p. 6)”.

O conceito de planejamento descrito por Chorny nos remete à noção de processo, continuidade – algo sempre em construção na busca de uma situação almejada a partir da análise da situação em que nos encontramos. E é isto mesmo. Como falamos anteriormente, um aspecto fundamental para o êxito de nossa atuação em quaisquer campos é saber aonde queremos chegar, qual o nosso ponto de chegada: é a imagem-objetivo! Para alcançá-la, lançamos mão do planejamento, ferramenta que permitirá a identificação dos problemas que distanciam ou impedem a consecução dos nossos objetivos para que, após a identificação, elaboremos ações para realizá-los.

Fica claro, então, que as primeiras questões a serem respondidas ao iniciarmos o processo de planejamento são:

1. Aonde queremos chegar?
2. Quais os objetivos a serem alcançados?
3. Qual a situação que consideramos ideal?



Na Prática

Suponhamos que você já tenha identificado a missão da sua organização. Agora, pense: qual a situação atual em seu local de trabalho e qual o cenário ideal? Aonde você e sua equipe querem chegar?

O planejamento nos permite alcançar a imagem-objetivo, o futuro desejado, construindo um caminho entre o presente e o ponto almejado. Por isso, o processo de planejamento deve englobar a análise das nuances da situação atual, a avaliação dos recursos políticos, econômicos, administrativos e cognitivos, e a compreensão do posicionamento dos atores que dominam estes recursos para a elaboração de ações adequadas ao alcance dos objetivos.

Sem planejamento, os objetivos são perdidos de vista e a própria administração de recursos – materiais, humanos e financeiros – passa a ser considerada o objetivo final. Ou seja, os meios se tornam os fins.

Conforme indicamos na Unidade 2, neste curso trabalhamos com o referencial teórico do planejamento estratégico situacional. Ele se diferencia do planejamento normativo por se orientar por problemas, e não por planos setoriais. Esta forma de planejamento está intimamente relacionada à análise da realidade que, por sua vez, muda muito e rapidamente.

Trabalhar com planos setoriais e de longo prazo, além de não permitir a análise da realidade em suas várias dimensões, ocasiona a sua incoerência em relação à realidade mutante, o que pode, portanto, tornar ineficaz este tipo de planejamento.

Para realizar o planejamento estratégico, vamos estabelecer alguns passos, contextualizando-os dentro dos quatro momentos do planejamento estratégico situacional, abordados no tópico anterior:

1. Diagnóstico: identificar os problemas (atuais e futuros) e os fatores que contribuem para a situação observada;
2. identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções;
3. descrever e explicar os problemas;
4. definir estratégias ou cursos de ação que possam ser seguidos para solucionar os problemas e definir os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações; e
5. definir os procedimentos de avaliação e monitoramento da implementação da ação para avaliar se o que foi proposto está adequado aos objetivos, e se os resultados são os esperados.

Quadro 4 – Passos do Planejamento Estratégico Situacional

3.1 O Momento Explicativo

O processo de planejamento começa com o reconhecimento da realidade e dos problemas por meio da identificação das condições indesejáveis que devem ser modificadas. Desta maneira, o passo 1 do planejamento é o diagnóstico da situação.

Passo 1 - Diagnóstico

Essa identificação pode (e deve) ser realizada a partir da análise das informações disponíveis e pode, também, utilizar a experiência e o conhecimento da equipe acerca da realidade em questão. Quem planeja é quem governa e preside a ação, é quem tem possibilidade de intervir na realidade. Os interessados em alterar algum cenário planejarão no âmbito de sua governabilidade, ou ampliarão o seu poder de intervir sobre a realidade. Assim, no âmbito de atuação da Unidade de Saúde, todos os técnicos devem participar do planejamento das ações, incluindo a equipe do NASF, nos aspectos que forem pertinentes. E não se pode esquecer ou excluir a participação da população nesse processo.

O primeiro passo, portanto, para identificar os problemas e as necessidades de saúde de uma população consiste em conhecer o seu território de atuação. Este (re)conhecimento deve ser obtido pelos profissionais da equipe de atenção básica, pelos integrantes do NASF, e até mesmo pela população local. A equipe deverá definir os limites geográficos e a população referente a este espaço deverá, também, perceber a dinâmica social, cultural e de serviços instalados no local; e, ainda, reconhecer os aspectos epidemiológicos em questão.



Na Prática

Desta forma, inicialmente você vai precisar de um mapa que represente graficamente o bairro ou território sob a responsabilidade de sua equipe de saúde. O mapa é uma estratégia para visualizar espacialmente o território sob sua responsabilidade e, com isso, apreender suas particularidades.

Uma possibilidade é, utilizando-se de um mapa territorial (geofísico) da região onde está sua unidade, definir a área de abrangência do serviço, circunscrevendo a sua imagem no mapa (delimitações, fluxo, barreiras etc.). Outra possibilidade é utilizar ferramentas gratuitas da internet para o mesmo propósito.

A definição do território sob a responsabilidade da sua equipe de saúde deve levar em conta diversos fatores. O mais importante é o tamanho da população residente, que não deve ultrapassar os quatro mil habitantes (aproximadamente mil famílias) para cada equipe na atenção básica. As equipes do NASF oferecem apoio ao número de Unidades de Saúde definido pelo Ministério da Saúde conforme a conformação da equipe do NASF. A definição da área de responsabilidade da unidade e das respectivas equipes é, geralmente, realizada conforme a área de planejamento e de administração da Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com as próprias unidades. Ela deve ser revista periodicamente para corrigir problemas decorrentes das alterações demográficas e estruturais no território. Caso essa definição não exista, ela deverá ser feita pelas equipes e unidades de forma negociada com o nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

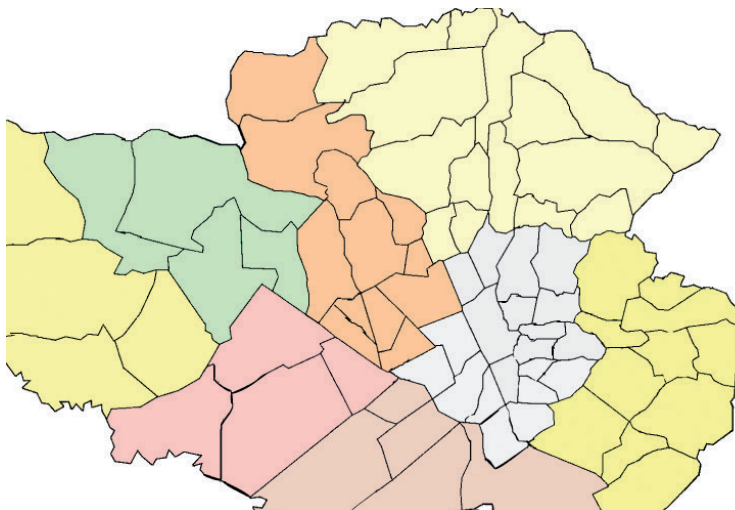


Figura 9 – Mapa territorial indicativo

Com o mapa definido, a equipe deverá realizar, de preferência com os agentes comunitários de saúde e lideranças da comunidade, uma visita às diversas áreas do bairro, buscando conhecer com mais detalhes a área de abrangência da unidade de saúde e a área sob sua responsabilidade. Durante esta visita, serão identificadas e anotadas no mapa as principais características urbanísticas e sociais:

- o fluxo da população nas ruas, os transportes, as barreiras geográficas que dificultam o acesso da população à unidade e à circulação no bairro;
- as características das moradias e do seu entorno;
- as condições de saneamento básico;
- a infraestrutura urbanística – características da ocupação do espaço urbano, como ruas, calçadas, praças, espaços de lazer e paisagismo;
- as condições do meio ambiente, como desmatamento ou poluição;
- os principais equipamentos sociais, como escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços que a população utiliza para desenvolver a sua vida no território;
- as áreas em situação de risco que pode ser de várias ordens.

Depois de percorrer o território e colher as informações elencadas, a equipe deverá aperfeiçoar o mapa inicial (Figura 9) transformando-o em um **mapa inteligente**⁴, capaz de informar mais do que apenas os acidentes geográficos ou as obras viárias e construções ali instaladas. Um mapa inteligente evidenciará informações que antes constavam ocultas.

4 Ao observar o mapa, é possível refletirmos: Considerando as condições de vida e os eventos e informações de saúde que você incluiu no mapa, a população que mora neste território se distribui de forma homogênea em toda a área de abrangência da Unidade de Saúde? Que áreas concentram mais problemas? Por quê?



Figura 10 – Mapa territorial indicativo



Na Prática

Você pode utilizar a relação das doenças de notificação compulsória (SINAN) do último ano para, no mapa da área de abrangência da unidade de saúde, colocar um ponto no local de residência de cada caso notificado. Você pode fazer isso com outras informações disponíveis, como as famílias que recebem bolsa-família, ou os casos de crianças com o peso abaixo do percentil 10 da Tabela de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD).

Para cada informação que a equipe incluir no mapa, sugerimos fazê-lo em uma folha mais fina e transparente (ou num plástico), de forma que essas informações se sobreponham ao traçado das ruas e às outras referências incluídas no mapa principal.

Posteriormente, é necessária a sistematização de um conjunto de indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos:

Quadro 5 – Indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos

- a) Indicadores demográficos: total da população na área e sua distribuição por sexo e faixa etária.
- b) Indicadores socioeconômicos: condições de moradia, educação, renda familiar, trabalho, lazer, segurança.
- c) Indicadores de nível de saúde: natalidade, mortalidade, morbidade (doenças de notificação compulsória), cobertura vacinal, condições de saneamento básico e meio ambiente.
- d) Outras informações: marcadores do SIAB, indicadores de oferta de serviços de saúde (rede pública e privada) na área de abrangência.

A partir da caracterização da população, é necessário estabelecer um processo de reflexão e de discussão coletiva em torno das informações existentes, aproveitando a experiência acumulada dos atores envolvidos – gestores, técnicos, profissionais de saúde, comunidade – para a identificação dos problemas propriamente ditos.

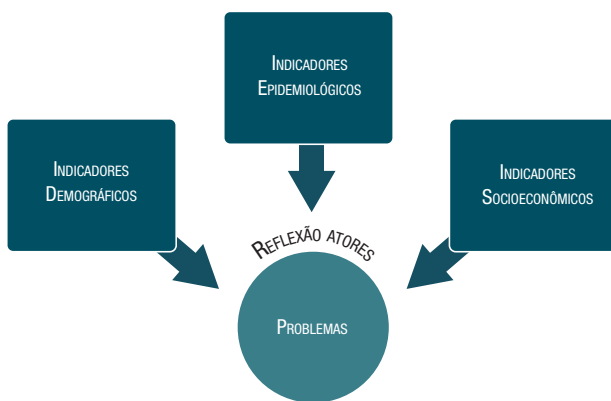


Figura 11 – Processo de reflexão dos atores

Antes, porém, vamos esclarecer um pouco o que definimos como **problema**. Podemos, assim, conceituar toda e qualquer situação considerada insatisfatória ou impeditiva para um ator alcançar seus propósitos. Ou seja, é todo fator, aspecto ou situação que impede a realização da imagem-objetivo.

Se considerarmos a agilidade com que a realidade muda e a diversidade de atores envolvidos nos processos de delineamento dessa realidade, bem como as diferenças de percepção de uma mesma realidade, concluiremos que os problemas variam na perspectiva de quem os identifica. E mesmo entre integrantes de uma

mesma realidade, o que é problema para um ator social pode ser oportunidade para outro. Por exemplo, a gravidez na adolescência pode ser problema para a sociedade e para o setor saúde, mas uma oportunidade de reconhecimento e valorização da adolescente na violenta e conflituosa comunidade em que reside.

Portanto, a identificação e priorização de problemas deve ser um processo de construção coletiva, envolvendo uma ampla gama de atores sociais interessados em mudar uma dada realidade, ou identificados com um mesmo objetivo.

Mas como operacionalizar esse diagnóstico? Sugerimos que você e sua equipe de trabalho montem uma Oficina de Análise da Situação, na qual sejam apresentados os dados disponíveis – caracterização da população, suas condições de vida e perfil epidemiológico –, para que os atores envolvidos possam relacioná-los com a realidade tal como a percebem, e apontem uma lista de problemas de saúde. Desta forma, realiza-se algo análogo ao *brainstorming*⁵.

5 O **brainstorming** (literalmente: “tempestade cerebral”, em inglês) ou **tempestade de ideias**, mais que uma técnica de dinâmica de grupo, é uma atividade desenvolvida para explorar a potencialidade criativa de um indivíduo ou de um grupo, colocando-a a serviço de objetivos pré-determinados. Fonte: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Brainstorming>>.

Tipologia de Problemas

Dentre as diversas formas de categorizar problemas, optamos pela classificação segundo a natureza, a posição na organização, a governabilidade e a complexidade.



Figura 12 – Classificação de problemas

- a) Segundo a natureza
- Problemas atuais – são os identificados no presente. Exigem solução imediata.
 - Problemas potenciais – são problemas que podem acontecer no futuro. Exigem ações de controle ou intervenção sobre os fatores de risco.
 - Problemas solucionados – já ocorreram no passado. Exigem ações de manutenção ou de consolidação epidemiológicas para evitar reincidência.
- b) Segundo a posição na organização
- Problemas intermediários – referentes à organização e ao funcionamento dos serviços.
 - Problemas terminais – referentes às necessidades e às demandas de saúde e doença da população.
- c) Segundo a governabilidade
- Problemas de controle total – sua solução depende apenas do interesse dos atores envolvidos no planejamento.
 - Problemas de baixo controle – necessitam de estratégias de convencimento de outros atores para potencializar a atuação sobre os mesmos.
 - Problemas fora de controle – não há poder de intervenção sobre eles. Interferem na realidade, mas não há como intervir. Devem ser considerados no planejamento enquanto clareza na análise situacional.
- d) Segundo a Complexidade
- Problemas estruturados – são mais simples em virtude de terem causas conhecidas e soluções geralmente consensuais.
 - Problemas quase-estruturados – são mais complexos, geralmente têm muitas causas (multicausais), nem sempre fáceis de serem identificadas, e nem sempre tem propostas consensuais para sua solução.

Na área da saúde, há sempre a pressão da demanda, o cotidiano é absorvente e, desta forma, a tendência é darmos atenção apenas aos problemas atuais. No entanto, não podemos esquecer que planejar é buscar aumentar nossa atuação para além do dia a dia, pois, da mesma forma que a determinação do processo saúde-doença é múltipla e complexa, também os problemas são complexos. Portanto, devemos planejar para atuar em problemas terminais, visando a melhorar os nossos resultados – e não os nossos produtos. Melhorar os nossos indicadores é mais importante que ter maior número de consultas.

Antes de continuarmos nossa reflexão, veremos na tabela 1 se você assimilou os diferentes tipos de classificação de problemas. Classifique os problemas abaixo segundo os aspectos indicados:

Tabela 1 – Priorização de problemas

PROBLEMA	NATUREZA	POSIÇÃO NA ORGANIZAÇÃO	GOVERNABILIDADE	COMPLEXIDADE
AUMENTO DOS CASOS DE COMPLICAÇÕES DE DIABETES.				
INSUFICIÊNCIA DE PESSOAL TÉCNICO NAS ÁREAS DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA NA US.				
EXISTÊNCIA DE ESGOTO A CÉU ABERTO PRÓXIMO AOS LOCAIS DE LAZER DAS CRIANÇAS.				
CALOR INSUPORTÁVEL NOS CONSULTÓRIOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS DA US NOS MESES DE DEZEMBRO A MARÇO.				
TENSÃO NO RELACIONAMENTO DA EQUIPE COM A COMUNIDADE, INCLUSIVE COM CENAS DE VIOLÊNCIA NA RECEPÇÃO.				

Definição dos Problemas

Identificar, diagnosticar bem um problema é de extrema importância, de modo que só haverá solução factível se o diagnóstico estiver correto. Assim, devemos descrever os problemas da forma mais completa e precisa possível, pois somente com o seu conhecimento poderemos solucioná-los.

Cada problema identificado deve ser descrito em termos de **quê, quem, quando e onde** ele se apresenta; ou seja, para que o problema seja realmente caracterizado como tal, deve ter alguns parâmetros, como as dimensões, a abrangência geográfica, a população atingida e o tempo em que está acontecendo.

Outro aspecto importante quanto ao diagnóstico dos problemas refere-se à **participação da comunidade** neste processo. Quanto maior for a participação da comunidade, mais aprofundado será o diagnóstico e, portanto, mais precisa a abordagem do problema.

No caso de uma organização pública, de forma mais clara do que nas organizações privadas, é a sociedade quem paga a conta – ou seja, os custos para mantê-la funcionando. Assim, nada mais adequado que conhecer a comunidade sob a responsabilidade da unidade de saúde. Afinal, é ela quem patrocina a organização e é o seu sujeito de direito, isto é, a sua razão de existir. Além disso, é ela que conhece o detalhamento dos problemas e contribuirá sobremaneira para a sua identificação e explicação.

Nas Unidades Locais de Saúde, são muitos os problemas que independem de nossa atuação, pois uma série de **insumos**⁶ e de situações são definidos em outras instâncias administrativas. Porém, a solução também depende da forma como enfrentamos os problemas.

Partamos de uma situação-problema que é motivo de contínuas reclamações: as filas para o atendimento na sua unidade. A primeira decisão é saber **como** será definido o problema, **sob que ponto de vista**, e **quem** participará dessa definição.

6 Do inglês, *in (put) + (con)sumo*. Neologismo com que se traduz a expressão inglesa *input*, que designa todas as despesas e investimentos que contribuem para a obtenção de determinado resultado, mercadoria ou produto até o acabamento ou consumo final.

Fonte: Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa (2007).



Figura 13 – O problema das filas na ULS

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA
Não há pessoal suficiente no acolhimento e na atenção.	Aumentar o número de pessoas atendendo. (Isso depende de você?).
Há muita burocracia e o registro é extremamente difícil.	Trocar o sistema de registro e/ou estudar medidas alternativas para o registro no horário de pique.
Pico de demanda em alguns horários.	Reunir as equipes e estabelecer um escalonamento de horários de atendimento aos pacientes.
Pessoal pouco capacitado.	Providenciar treinamento do pessoal.

Quadro 6 – Exemplo de definição e de solução para a situação-problema

Podemos inferir que há muitas faces de um mesmo problema e que nem sempre a solução depende exclusivamente da nossa atuação, pois ela também está relacionada a outros níveis ou outras instâncias do sistema de saúde.

Passo 2 – Priorização de problemas

Devido à grande quantidade de problemas identificados na prática, muitas vezes o diagnóstico torna-se muito detalhado, não permitindo a definição de estratégias de intervenção. Portanto, para que o processo de planejamento não se restrinja ao diagnóstico, é *fundamental* estabelecer uma ordem de prioridades para a resolução de alguns problemas.

Inicialmente, sugerimos os seguintes questionamentos:

- O problema é muito frequente?
- Ele é considerado importante?
- Existem conhecimentos e recursos disponíveis para que a equipe de saúde possa enfrentá-lo?

Este processo de seleção de prioridades pode ser realizado com a utilização de critérios objetivos de decisão, ou com base em preferências subjetivas dos atores envolvidos. Na literatura da área de planejamento na atenção básica, os critérios objetivos geralmente utilizados para a priorização de problemas de saúde da população provêm do método CENDES-OPAS, que são (TEIXEIRA, 2010):

- a **magnitude** é relacionada com o tamanho do problema. Quantas pessoas são atingidas e com qual frequência?
- a **transcendência** trata-se da importância do problema. Quanto mais gente se interessa, maior transcendência e importância tem o problema;
- a **vulnerabilidade** é o grau de fragilidade que um problema tem quando se desenvolvem as intervenções possíveis com a tecnologia disponível. Quanto mais fácil é a possibilidade de um problema ser resolvido ou diminuído por meio de uma intervenção, mais vulnerável ele é;
- os **custos** são referentes à quantidade de recursos que precisam ser disponibilizados para solucionar o problema.

Os três primeiros operam em proporção direta; o último, em proporção inversa, ou seja, quanto maior a magnitude, transcendência e vulnerabilidade do problema, maior a evidência do que deve ser priorizado, e quanto menor o custo de intervenção, mais é indicativo da possibilidade de ser priorizado.

Agora, que já lhe apresentamos os aspectos importantes para a definição e a priorização dos problemas, e com base no levantamento de dados para o seu diagnóstico, liste todos os problemas encontrados na análise de sua realidade.

Na tabela 2 abaixo, defina, a partir de um debate com o grupo envolvido no planejamento, o valor para cada critério de priorização do problema. Considere uma pontuação cuja escala seja 0 para a inexistência do critério analisado, 1 para pouco, 2 para um padrão médio, 3 para um nível alto e 4 para um nível muito alto. O somatório classificará o grau de prioridade dos problemas, segundo esta avaliação técnica.

Tabela 2 – Priorização dos problemas

PROBLEMA	MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE	URGÊNCIA	CUSTO	TOTAL
	TAMANHO	INTERESSE	REVERSÃO	ESPERA	RECURSOS	

Após a priorização, a etapa seguinte é a explicação dos problemas: suas causas e consequências. Abordaremos este assunto a seguir.

Passo 3 – Descrição e explicação dos problemas

“Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for” (MATUS, 1996, Tomo 1, p. 14).

Para que consigamos planejar, temos que conhecer verdadeiramente o problema, suas causas e consequências. Uma das formas de apropriação da situação é a partir dos **descritores dos problemas** – informações quantitativas ou qualitativas dos mesmos. Não se trata aqui de elencar as causas ou as consequências, mas de caracterizar o problema, de forma que tenhamos a dimensão e a localização do que é preciso enfrentar. **Trata-se de informar-se sobre o tamanho, a população, a localização e a temporalidade do problema.** Essa descrição orientará posteriormente o descritor de resultado, ou seja, o quanto do problema esperamos solucionar com o conjunto de ações definidas no plano, e qual o efeito esperado do planejamento.



Na Prática

Digamos que o problema priorizado seja o aumento dos casos de gravidez na adolescência. Para mais detalhamento, trabalha-se com vários descritores (D1, D2, D3):

D1: Aumento em 20% das gravidezes entre 2008 e 2012.

D2: O crescimento foi maior em meninas da classe de renda muito baixa no período 2008-2012.

D3: A grande maioria abandonou a escola, e além de não ter relação estável, em muitos casos não tem relação com o pai.

Quanto mais descritores levantarmos, maior será o conhecimento acerca do problema; desta maneira, devemos buscar englobar todas as relações de causa. Tendo conhecimento do fato, a questão central é responder: O que estaria causando o aumento da gravidez na adolescência? Na verdade, trata-se de uma verdadeira rede de porquês, ou seja, uma pergunta, ao ser respondida enseja outra, até o esgotamento da explicação.

Cada causa identificada virá acompanhada da pergunta “o que a causou”, e assim por diante, até esgotar sua explicação. Devemos proceder da mesma forma para os descritores D2 e D3, lembrando que uma causa pode ser comum a dois ou mesmo aos três descritores. Desta forma, é necessário que estabeleçamos o fluxo de relação causal para obter a rede explicativa. Este fluxo deve ser seguido na descrição das consequências.

Imaginarmos a construção de uma árvore explicativa é uma estratégia: o problema seria o caule, suas causas a raiz, e suas consequências a copa.

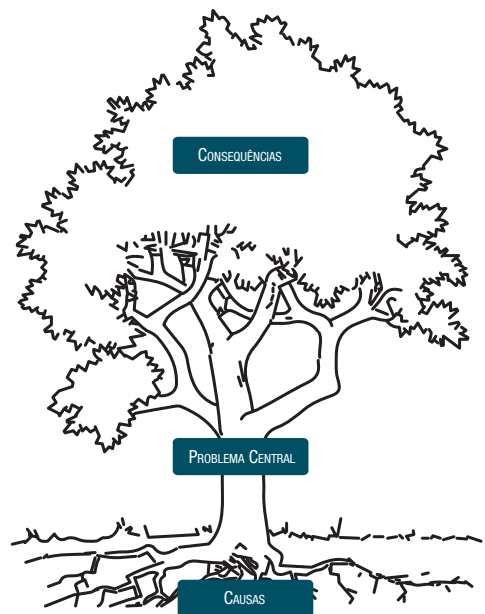


Figura 14 – Esquema da árvore explicativa

Podemos, também, estabelecer um fluxograma situacional conforme proposto por Carlos Matus, com a utilização de quadros e setas.

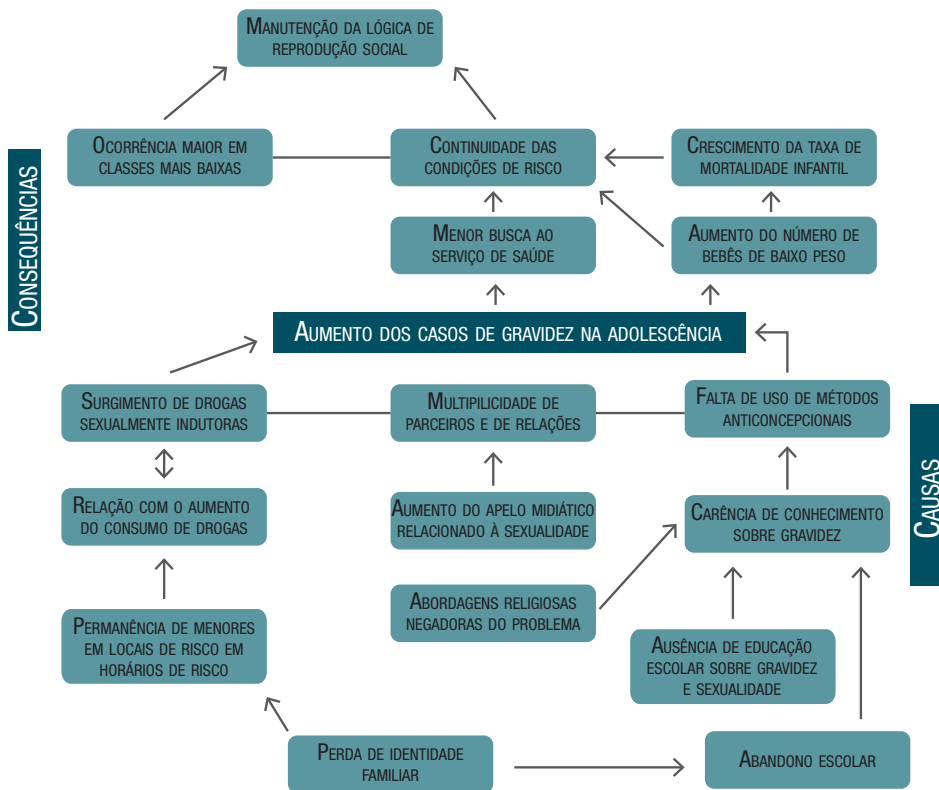


Figura 15 – Rede explicativa do problema

Na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, identificar as causas do problema quer dizer identificar os nós críticos do problema e a sua identificação é fundamental, pois, para solucioná-lo devemos atacar as suas causas. Na seleção dos nós críticos, decidimos sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. O **nó crítico**⁷ também traz a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade.

7 Nó crítico é um tipo de causa que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Como exercício reflexivo, sugerimos que você experimente explicar um dos problemas existentes na sua unidade de saúde através da indicação de descritores, do desenho da árvore e da rede explicativa, e da localização dos seus nós críticos.

Concluimos, aqui, o momento explicativo do Planejamento Estratégico Situacional, segundo proposto por Carlos Matus. O próximo passo é o desenho do plano de ação. Mas isto é assunto para outro momento.

3.2 O Momento Normativo

Nesta etapa serão definidos os cursos de ação que poderão ser seguidos para solucionar os problemas, e os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações. É nesta ocasião que o passo 4 é efetuado, quando são definidas as estratégias para a solução dos problemas.

Passo 4 – Definição de estratégias

Após a identificação, seleção e priorização de problemas, bem como o debate sobre suas causas e efeitos, estamos prontos para desenhar o conjunto de ações necessárias e suficientes para atacar as causas fundamentais dos problemas (nós críticos). Esta é a hora de definir o conteúdo propositivo do plano.

Para o êxito do plano, cada ação deve estar relacionada a um objetivo específico. Além disso, é preciso que os recursos, os responsáveis, os prazos e os produtos esperados sejam bem definidos.

A partir da árvore de problemas podemos gerar a árvore de objetivos. Esta árvore expressará a situação futura a ser alcançada após a resolução dos problemas. Como? Simples: transformamos as principais causas em objetivos específicos, e a expressão positiva do problema em objetivo geral. Deste modo, os objetivos específicos expressam o que é necessário fazer para cumprir o objetivo geral.

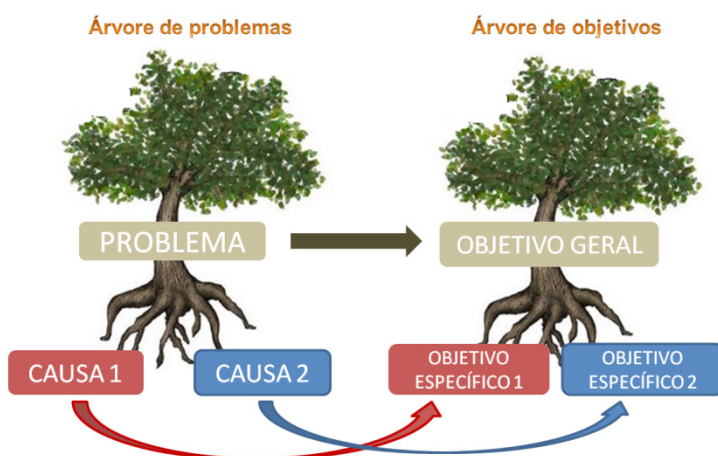


Figura 16 – Da árvore de problemas à árvore de objetivos



Na Prática

Na seção anterior, tínhamos como problema o aumento dos casos de gravidez na adolescência. Neste caso, nosso objetivo geral poderia ser reduzir os casos de gravidez na adolescência. A falta de uso de métodos anticoncepcionais foi uma das causas especificadas para este problema e poderia ser transformada em um objetivo específico, qual seja, promover o uso de métodos anticoncepcionais em adolescentes.

Com base nos descritores deste problema, formulamos as metas (M) quantificando a situação que desejamos alcançar e norteando os rumos do planejamento:

M1: Redução de, pelo menos, 40% da incidência de gravidez nas adolescentes, nos próximos três anos;

M2: Atingir, pelo menos, 50% das adolescentes em risco da classe mais baixa, discutindo formas de prevenção;

M3: Visitar todas as escolas e por intermédio delas buscar abranger 70% da população adolescente de ambos os sexos com educação.

A partir dos objetivos e metas traçados, elaboramos uma planilha ou um plano para a operação, que serão assumidos como a base da definição das atividades a serem desenvolvidas para solucionar o problema. Esta planilha detalhará cada uma das ações, os seus custos, os seus responsáveis, os participantes da execução e o cronograma para a consecução das metas determinadas.

A definição dos responsáveis e participantes na execução de cada atividade é o momento em que negociamos o compartilhamento de responsabilidades entre as pessoas e as instituições envolvidas. Ao tratar do planejamento de saúde, é importante chamar a atenção para a importância estratégica deste processo, pois a atribuição de responsabilidades, neste caso, não é um processo eminentemente técnico, de delegação de funções e competências, mas um processo político, no qual se testa, também, o grau de comprometimento das diversas instituições e dos diversos atores com o processo (TEIXEIRA, 2010).

Sugerimos a organização de uma planilha operacional para o detalhamento das ações.

PROBLEMA:						
SITUAÇÃO INICIAL (DESCRITOR DO PROBLEMA):						
OBJETIVO (DESCRITOR DE RESULTADO):						
Ação	Detalhamento da Ação	Responsável	Equipe de Apoio	Prazo	Recursos Financeiros	Outros Recursos

Quadro 7 – Exemplo de planilha operacional

O preenchimento da planilha é essencial para organizar o plano de ação local de intervenção sobre o problema e para assegurar o êxito do **planejamento**⁸. Devemos buscar o maior detalhamento possível visando evitar o imprevisto e a assegurar a execução das ações por intermédio dos responsáveis no prazo estabelecido e com os recursos disponíveis.

⁸ Sugerimos que você efetue um planejamento elaborando uma planilha operacional para cada um de seus problemas prioritizados. Defina a situação ideal, os descritores de resultados e uma planilha operativa para cada um deles.

3.3 O Momento Estratégico

O momento estratégico corresponde à terceira etapa do planejamento. É nesta ocasião em que construímos a factibilidade e a viabilidade do plano, efetuando uma análise mais abrangente do que no momento normativo com o intuito de detectar dificuldades e facilidades gerais.

Devemos considerar que somente a mais completa definição do problema não é a garantia de solução; o melhor plano operativo poderá ser insuficiente para a intervenção se não for construída a viabilidade de solução, o que normalmente

envolve mais atores sociais. Lembramos que não há plano individual ou isolado que tenha poder de sustentabilidade, é preciso reunir todos os elementos que participam do processo para a sua factibilidade.

Analisando os problemas com um olhar estratégico, é preciso levantar a **viabilidade**⁹ e a **factibilidade**¹⁰ das ações que estão no seu plano, de acordo com os seus conceitos.

Para perceber a real dimensão da factibilidade e da viabilidade do plano operativo, é preciso analisar as ações propostas, separando-as em dois grupos: as que podem ser realizadas apenas pela sua equipe com os recursos que ela possui; e as que precisarão de outros recursos e apoios para serem realizadas.

9 Viabilidade é a possibilidade política para realizar um projeto. Esta possibilidade vai depender do grau de apoio, de rejeição ou de indiferença que diferentes atores ou grupos sociais importantes no enfrentamento do problema venham a manifestar.

10 Factibilidade significa a existência de recursos financeiros, tecnológicos e de gerenciamento para a realização do projeto.

Normalmente, para superar problemas complexos, precisamos de apoio e de recursos que estão fora do nosso controle direto. É relativamente fácil definir se existem recursos materiais para realizar determinada ação, ou seja, a factibilidade. Porém, definir sobre a viabilidade, o apoio político ao plano é, às vezes, muito mais difícil. Por isso, as ações que dependem de outros atores sociais e dos recursos que eles controlam, precisam de algo além da sua vontade de fazer: precisam de capacidade de convencimento, precisam de argumentos que garantam o apoio dos outros atores para os seus projetos. Estes aspectos devem constituir o elenco de ações de seu plano operativo. É sobre isto que Matus se refere ao afirmar que o planejamento: a) admite questões políticas como variáveis operacionais; e b) não adivinha o futuro, mas constrói cenários.

Durante o momento estratégico, são identificados com mais detalhes os atores sociais interessados ou envolvidos nos projetos. Nessa análise, devemos avaliar o interesse e o valor que eles lhes dão. Com essa avaliação, é possível eleger a melhor forma de interação com esses atores, buscando preservar o plano e, principalmente, aumentar a sua capacidade de realização, construindo a viabilidade e factibilidade através da associação de interesses e valores.

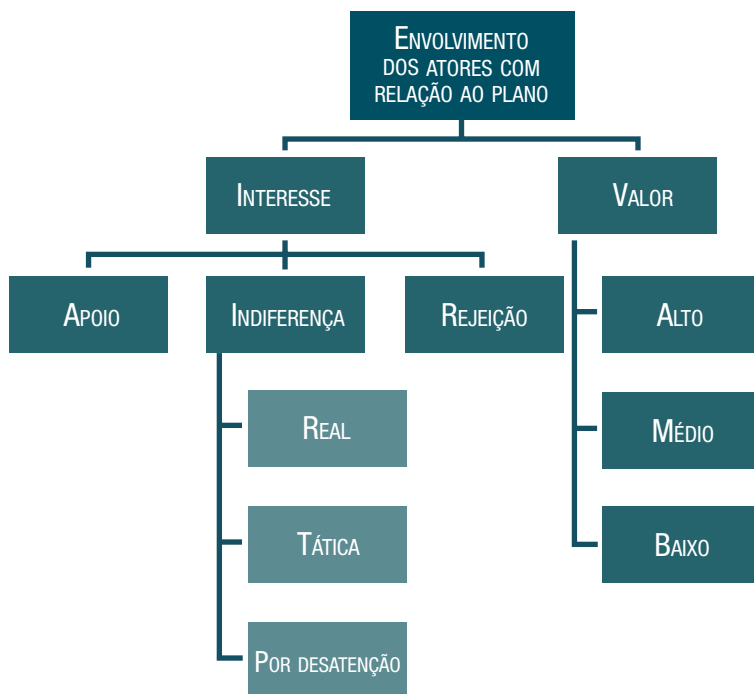


Figura 17 – Análise de viabilidade e factibilidade do plano

O conceito de **interesse** se refere à posição das pessoas ou dos grupos em relação à determinada questão, problema ou ação. Este interesse pode ser classificado como de apoio, rejeição ou indiferença. A indiferença pode ser ainda classificado como real, tática ou por desatenção. A indiferença tática significa que o ator ou grupo social dissimula um interesse real positivo ou negativo sob a máscara da indiferença. Em momento oportuno, ele poderá surpreender, assumindo o interesse real em relação a uma determinada questão. A indiferença por desatenção, por sua vez, é aquela que o ator assume por não ter tido oportunidade de conhecer aspectos que o levariam a um posicionamento mais definido.

O valor refere-se a um grau de intensidade do impacto que uma ação tem ou pode ter sobre uma determinada pessoa ou grupo. Trata-se, portanto, de estimar o grau de importância que determinado problema ou ação tem para o conjunto de atores envolvidos. Podemos expressar o valor que um ator social dá a uma determinada ação como Alto (A), Médio (M) ou Baixo (B).

Uma vez definido o perfil dos atores, o momento seguinte é estabelecer a forma de relacionamento com cada um deles de modo a obter o máximo de benefícios e o mínimo de ônus. Trata-se da definição de **estratégias de atuação**, classificadas em:

- **cooptação** – é um processo de sedução e aliciamento de um ator social para uma proposta para a qual ele não faz qualquer restrição essencial. É a associação de interesses sem qualquer concessão de qualquer das partes.
- **negociação** – é um processo mais complexo, que exige do interessado a capacidade de ceder em alguns pontos para garantir o apoio do parceiro, que, por seu lado, pode também abrir mão de algum detalhe do seu projeto para consolidar a aliança pretendida. Aqui, os interesses também têm alguma afinidade, mas não são tão grandes que comportem o apoio sem contrapartida. Em ambas, há cooperação diferindo apenas no grau de maleabilidade e compartilhamento.
- **conflito** – é a estratégia assumida quando não há nenhuma possibilidade de aliança ou acordo. Deve ser adotada quando esgotada as possibilidades anteriores. O planejador deve considerar que o conflito é um risco e pode resultar em perdas que dependendo do grau podem até comprometer o seu papel enquanto planejador e a manutenção do problema na realidade.

Portanto, uma boa análise de poder e de alcance das estratégias adotadas é imprescindível. O arco direcional do planejamento estratégico nem sempre é contínuo. Ou seja, nem sempre as estratégias traçadas são alcançadas e, neste caso, é importante traçar alternativas para o alcance dos propósitos. Por outro lado, elas podem se mostrar insuficientes e aqui, também, são necessárias redefinições no plano inicialmente proposto. Portanto, muitas vezes é preciso ampliar o leque de ações para acúmulo de poder e garantia de sucesso.

Sugerimos que você experimente estabelecer o perfil, os aspectos conhecidos da história política, as preferências ideológicas e as opções dos atores sociais cujos problemas você pretende resolver. A seguir, estime o interesse e o valor desses atores em relação às ações que você programou e defina as estratégias de atuação.

Tabela 3 – Caracterização dos autores sociais

ATOR SOCIAL	PERFIL (CARACTERÍSTICA DO ATOR)	INTERESSE	VALOR	ESTRATÉGIA

3.4 O Momento Tático-Operacional

Após a análise estratégica, redefinimos nosso plano operativo e chegamos então à ação. É o momento de executar o plano, de intervir para alcançar a mudança. Esta ocasião coroa todo o esforço desenvolvido nos demais momentos e atividades já realizadas.

Passo 5 – Definição dos procedimentos de avaliação e monitoramento da implementação da ação

As ações definidas no momento normativo serão executadas, a árvore do problema construída no momento explicativo passará por alterações com o apoio viabilizado pelo cálculo iterativo e as iniciativas pensadas no momento estratégico. Trata-se do fechamento e da renovação do arco. Com tais alterações, outro cenário se desenhará. A realidade é dinâmica, e é preciso monitorar as ações, prevendo correção de rumos ao plano inicialmente pensado. Em um determinado momento, será necessário realizar a avaliação do plano implementado, em um processo de retroalimentação do planejamento.

Definimos, anteriormente, um plano operativo com responsabilidades e prazos de execução das ações, aliado a estratégias de viabilidade e factibilidade. Porém, é necessário um grupo de acompanhamento do plano geral. Este Grupo de Condução, ou o coordenador acompanhará a realização das ações juntamente com os responsáveis por elas.

Neste processo de acompanhamento e monitoramento do plano, define-se em que momento serão deflagradas as ações planejadas, em que sequência elas se desenvolverão, e asseguram-se condições mínimas para a execução das ações. Periodicamente, realiza-se o monitoramento das ações e programam-se ações de correção de rumos para o cumprimento dos objetivos propostos. É preciso definir um calendário de reuniões de acompanhamento do plano e os instrumentos de prestação de contas das ações: relatórios escritos ou verbais, planilhas, gráficos, tabelas.

1. Elaborar uma cópia do plano de ação para todas as pessoas envolvidas na sua execução;
2. agendar reuniões de gerenciamento;
3. executar, avaliar, mudar ações, elaborar relatórios, prestar contas;
4. afixar o plano mês a mês em um lugar visível para todo o grupo;
5. acrescentar no plano uma coluna para descrever a situação atual e possíveis encaminhamentos.

Quadro 8 – Sugestões para o gerenciamento do plano de ação

Cabe que ressaltemos a importância de definir a periodicidade e a forma mais adequada para as avaliações do planejamento. Em geral, a avaliação é feita ao final do período de vigência do plano. Mas é possível também avaliar durante o processo de implantação do plano. Depende da finalidade da avaliação e da temporalidade do plano. **Para quê** e **para quem** são elementos essenciais dessa definição. É possível avaliar o plano a partir do grau de satisfação dos usuários, do cumprimento de metas e ações, da relação custo-benefício, ou do impacto dos resultados sobre a população.

Uma vez definidos tais aspectos, prossegue-se a seleção dos indicadores que comporão a matriz avaliativa. Os descritores de resultados identificados no momento normativo comporão minimamente o leque de indicadores de avaliação. Mas outros indicadores de natureza política, por exemplo, poderão ser acrescentados, como indicadores que mensurem o grau de sucesso das estratégias de viabilidade do plano.

Embora todas as atividades aqui descritas possam (e devam) formar parte do processo de planejamento, este é muito mais do que alguns de seus aspectos operacionais. A maior riqueza do planejamento está no **processo** de planejar, na análise e na discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e dos planos de trabalho. Adotado como prática social, envolvendo uma ampla gama de atores, o planejamento participativo exerce um forte poder de aglutinação de pessoas e grupos, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos outros atores sociais. A negociação entre grupos torna-se mais fácil e o compromisso de todos com a concretização dos ideais fica muito ampliado (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Vale destacar que a participação dos integrantes da equipe do NASF em todos os momentos listados do planejamento é importante, embora nem sempre possível. Desta maneira, é fundamental a criação de espaços para a discussão dos problemas priorizados entre a equipe NASF e as equipes das Unidades de Saúde. Esta atitude permitirá que a equipe NASF se aproprie da situação e dos problemas de cada uma das Unidades e equipes sob sua responsabilidade. Com base nesse diagnóstico, ela elaborará o seu planejamento específico, na lógica do planejamento ascendente.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, detalhamos e exemplificamos os passos do planejamento estratégico situacional proposto por Carlos Matus. Disponibilizamos planilhas e sugerimos atividades para que você pratique o planejamento em seu local de trabalho. Por enquanto, ficamos por aqui. Esperamos que você tenha percebido que se trata de um processo dinâmico e contínuo de intervenção na realidade. Esperamos, também, que tais reflexões sirvam para redirecionar o planejamento local em seu espaço de trabalho, seja ele na Equipe de Saúde da Atenção Básica ou no NASF.

REFERÊNCIAS

CHORNY, A. H. Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, v. 73, p. 5–30, 1998.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. v. 2. Brasília: IPEA, 1996.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização. 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. 237-66.

TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 161.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998.

WIKIPÉDIA. **Brainstorming**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Brainstorming>>. Acesso em: 26 jun. 2012.

SÍNTESE DO MÓDULO

O exercício sistemático do planejamento potencializa o alcance dos objetivos por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório. Trata-se de um processo contínuo de pensar o futuro, o que implica tomada de decisão permanente dentro de um contexto que sofre influências constantes. Sua riqueza está no processo de análise de uma realidade, que permite a identificação do que se deseja alcançar e das decisões a serem tomadas para produzir os resultados esperados. Isso envolve modos de pensar a realidade, questionamentos para melhor compreendê-la e um processo de decisão continuado sobre o que, como e quando fazer, quais os responsáveis pelas ações e os custos envolvidos. Planejar, portanto, passa a ser uma necessidade cotidiana, um processo permanente para que se possa garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar. Neste módulo você teve a oportunidade de conhecer as características do planejamento em saúde, com enfoque no Planejamento Estratégico, identificando o processo histórico em que se insere e sua aplicabilidade como ferramenta de gestão dos processos de trabalho da equipe da Atenção Básica.

AUTORES

Josimari Telino de Lacerda

É Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), Especialista em Saúde Pública pela FIOCRUZ/UNIVALI (1991), Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999) e Doutora em Ciências da Saúde (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2005). É docente do quadro permanente do Departamento de Saúde Pública e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina.

<http://lattes.cnpq.br/3150002833629910>

Lúcio José Botelho

É Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (1977) e Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). É Professor Adjunto IV do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

<http://lattes.cnpq.br/1140676135217923>

Cláudia Flemming Colussi

É Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998), Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde - NEPAS - da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora adjunto I do Departamento de Saúde Pública (UFSC).

<http://lattes.cnpq.br/2969799668909234>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina