

UNIDADE 3

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Compreender a relação entre planejamento e programação em saúde;
- ▶ Descrever as características do método CENDES-OPAS; e
- ▶ Identificar os diferentes momentos do processo de programação e sua correlação com o processo de planejamento.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Nesta Unidade, estudaremos a trajetória histórica e os fundamentos do planejamento em saúde, suas etapas de desenvolvimento ou momentos, e sua relação com os processos de programação e de avaliação. É importante que você esteja atento às reflexões e aos questionamentos propostos ao longo do texto, uma vez que esses fundamentos serão retomados nas demais Unidades e desenvolvidos com mais profundidade.

É importante que você reflita sobre os exemplos introduzidos ao longo desta Unidade e procure sempre fazer as conexões com os fundamentos apresentados, buscando construir desde agora sua própria percepção sobre a natureza do planejamento em saúde.

Em caso de dúvidas, conte conosco, pois estamos à sua disposição.

Boa leitura!

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

Embora todas as atividades citadas possam (e devam) fazer parte do processo de planejamento, ele é muito mais do que alguns de seus aspectos operacionais. Sucintamente, podemos dizer que o planejamento parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser e permite definir que caminhos podemos seguir para

chegar lá. Ou, dito de outra forma, planejar consiste em decidir algo com antecedência, de modo a alcançar os objetivos que nos colocamos.

Observe que as primeiras questões que devemos responder ao iniciarmos um processo de planejamento são: onde queremos chegar? Quais objetivos almejamos alcançar? Qual situação consideramos a ideal?

Se os objetivos não estão claros, ainda que possamos alcançar algum controle sobre as atividades que são realizadas, sobre o consumo de recursos e sobre como fazer para que as coisas “andem”, o que temos, na verdade, é um processo sem planejamento, sem direção, no qual se não soubermos aonde queremos chegar também não saberemos aonde nos levarão os caminhos que estamos trilhando.

A falta de definição dos objetivos que desejamos alcançar também faz com que, na prática, muitas vezes esqueçamos de algo que nos parece evidente. O propósito da gestão de serviços de saúde (assim como do próprio planejamento) é a saúde, ou seja, a melhoria das condições de saúde das populações ou dos grupos aos quais os programas e serviços são dirigidos.

Sem planejamento, perdemos esse objetivo de vista e passamos a considerar a própria administração de recursos – materiais, humanos e principalmente financeiros – como o objetivo final. Ou seja, os meios passam a ser os fins.

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

condições para sua viabilização não estão completamente dadas, apontar as estratégias para criá-las.

Assim, não basta a um plano enunciar que as taxas de mortalidade infantil devem ser reduzidas, pois essa é somente a expressão de um desejo. É necessário que o plano, em seu diagnóstico, identifique as razões das taxas altas de mortalidade e elabore estratégias para enfrentar suas causas.

Ademais, para que as estratégias sejam implementadas, necessitamos definir as atividades a serem realizadas e os recursos necessários para que isso aconteça. Mas se esses recursos não existirem no momento, poderão existir no futuro? Como isso se dará?

Para respondermos essas questões, vamos imaginar uma situação de tratamento de câncer de colo de útero, considerando como estratégia de prevenção e de detecção precoce de casos, como preconizam o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer, a realização do exame citopatológico em 100% da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos.

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

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

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

INTRODUÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DO PLANEJAMENTO NA AMÉRICA LATINA

Na medida em que o processo de planejamento consiste em definir objetivos a serem alcançados, as “situações ideais” acabam norteando a definição de estratégias a serem seguidas, deixando claro que a identificação dos problemas a serem enfrentados e os caminhos a serem seguidos não são únicos nem universais. Dependendo da perspectiva e dos interesses em jogo, o que é um problema para alguns pode ser a solução para outros. Assim, é fundamental identificarmos os atores sociais que fazem o planejamento – indivíduos, grupos, instituições –, pois deles dependerão a definição dos objetivos e das metas e as estratégias a serem adotadas.

Tradicionalmente, quando falamos de planejamento em saúde na América Latina, estamos nos referindo especificamente àquele feito por governos e que tem por objeto o amplo campo de ações de saúde realizadas por um sistema público. Costumamos considerar dois grandes momentos em seu desenvolvimento: o momento “normativo”, representado pelo **método CENDES-OPAS**; e um segundo momento, identificado com o movimento conhecido como **planejamento estratégico**. Vejamos os dois momentos em detalhes.

O MÉTODO CENDES-OPAS

O primeiro momento é representado pela elaboração e utilização do método desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES), da Universidade Central da Venezuela – e vai desde o começo da década de 1960 até meados da década de 1970. O segundo movimento, conhecido como planejamento estratégico, iniciou em meados da década de 1970 e chega com variantes aos dias de hoje.

O método [CENDES-OPAS](#), desenvolvido entre os anos de 1962 e de 1963, surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961, que reuniu os ministros da saúde dos países Latino-Americanos. Essa reunião fora necessária para a

formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social como condição para a realização de investimentos externos. Esses planos integrados, na concepção desenvolvimentista, permitiriam que os países da região pudessem percorrer as diversas etapas que já haviam sido percorridas pelos países que haviam alcançado o desenvolvimento.



Saiba mais

CENDES-OPAS

O método CENDES-OPAS foi publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em abril de 1965, sob o título *Programación de la Salud: problemas conceptuales y metodológicos* – Série Publicación Científica. Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse contexto, os planejadores em saúde eram basicamente os técnicos de nível central dos ministérios da Saúde dos diversos países Latino-Americanos que, com exceção do Brasil, possuíam e geriam a maior parte dos serviços de saúde em seus países. Assim, ficou claro que o planejamento seria basicamente normativo, definindo o que deveria ser feito e como fazê-lo no âmbito dos serviços de saúde. Ou seja, a condição aparente de dispor de poder dispensaria considerar o problema do “outro” – outros atores sociais envolvidos.

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


Para enfrentar a “irracionalidade dos políticos”, os técnicos consideraram duas estratégias básicas: uma consistia em mostrar que a racionalidade do planejamento era superior à da decisão política, em termos dos benefícios que seriam alcançados pela utilização do método; e a outra, a postura de, uma vez elaborada a proposta técnica, era preciso deixar ao nível político a eleição do curso a ser seguido.

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

Para isso, o método CENDES-OPAS propôs uma metodologia para a eleição de prioridades que estabeleceu uma série de **critérios** que deveriam orientar as intervenções com o objetivo de **otimizar** os recursos existentes. Basicamente, foram seguidos quatro critérios que determinaram a ordem em que os problemas de saúde deveriam ser atacados.

Desses critérios, três eram **diretamente proporcionais** à prioridade dada ao problema, e o quarto agia de modo **inversamente proporcional**:

- ▶ Critérios diretos:
 - ▶ A **magnitude do dano** (doença ou problema) era expressa pelo número de mortes causadas.
 - ▶ A **vulnerabilidade** era dada em função do impacto que as técnicas disponíveis poderiam exercer sobre a doença.
 - ▶ A **transcendência** pretendia medir a relevância que teria para uma determinada sociedade o grupo social mais afetado pela enfermidade em questão.



Se diz que um critério é diretamente proporcional quando: quanto maior for o seu valor, maior será a prioridade para a intervenção; já no caso dos critérios inversamente proporcionais, quanto maior o valor, menor a prioridade.

Ao considerarmos o critério de magnitude, as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas, por exemplo, que são as responsáveis pela maior parte dos óbitos seriam dadas como prioritárias.

Com relação à vulnerabilidade, entre as neoplasias, por exemplo, o câncer de colo de útero, que pode ser evitado por meio de diagnóstico precoce e de tratamento das lesões precursoras e, mesmo quando já instalado, pode ser curado ou controlado, tem maior vulnerabilidade do que o câncer de bexiga, cujos fatores de risco são menos conhecidos, é silencioso, dificilmente diagnosticado precocemente e de tratamento de pior prognóstico.

No caso das doenças infecciosas, por exemplo, o sarampo, para o qual há vacina disponível e comprovadamente eficaz, ele possui maior vulnerabilidade do que a AIDS, cuja prevenção envolve uma complexa gama de fatores relacionados a questões sociais e culturais.

▶ Critério inverso:

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

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

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

O papel do planejador era então o de encontrar as técnicas mais eficientes para enfrentar as doenças ou os problemas de saúde, de acordo com as prioridades determinadas. Essa definição de prioridades, baseada em critérios “objetivos”, dava ao método uma aparência científica que permitia postular, pelo menos teoricamente,

que seria possível definir prioridades e planejar de forma “racional”, independentemente de quem o fazia.

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

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

No entanto, a partir da década de 1970, as condições políticas na América Latina eram outras, a partir dos golpes militares ocorridos no Brasil em 1964 e no Chile em 1973, e com o advento de regimes autoritários em outros países Latino-Americanos nos anos seguintes, os técnicos que na década anterior haviam participado da formulação de planos de saúde no âmbito do governo, por essa época, muitas vezes exilados de seus países, passaram a rever profundamente o processo de planejamento e seus determinantes. Nesse contexto, a partir de fins da década de 1970 e início dos anos de 1980, surge uma nova forma de encarar o planejamento em saúde, que nasceu, entre outras causas, das críticas e dos fracassos que acompanhavam a visão normativa adotada até então.

Essa nova concepção é o planejamento estratégico, caracterizada por uma mudança no entendimento do papel do gestor governamental no processo de elaboração e de implementação das políticas. Na formulação do planejamento normativo, o planejador era um agente externo ao sistema, não existiam “outros”, assim como não existiam conflitos. O enfoque estratégico, no entanto, pressupõe que o planejador é um ator social, ou seja, é parte de um “jogo” no qual existem outros atores, com interesse e força distintos. Uma consequência dessa primeira admissão é que não existe apenas um diagnóstico de quais são os problemas nem apenas uma explicação acerca de suas causas.

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

Mário Testa (1995), que havia participado da formulação do método CENDES-OPAS, desenvolve toda uma linha de formulação voltada à discussão do poder, da organização como o espaço onde se materializa o poder social e da articulação entre o poder técnico – a capacidade de gerar, acessar e manejar informações de diferentes características –, o poder administrativo – capacidade de designar e alocar recursos – e o poder político. Carlos Matus, economista que havia sido ministro no governo de Allende no Chile, identificou os fracassos experimentados pelo planejamento em saúde na América Latina com o fundamento básico do planejamento normativo – no qual quem planeja está fora da – ou sobre a – realidade planejada e não coexiste nessa realidade com outros atores que também planejam, o que conduziria o plano a uma prática economicista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política.

Ao substituir esse pressuposto por seu correspondente estratégico – o ator que planeja está dentro da realidade e ali coexiste com outros atores que também planejam, Matus (1993) formula o método de **Planejamento Estratégico Situacional (PES)**, aplicável aos casos de governos democráticos, nos quais existem diversos atores sociais, em situações de poder compartilhado.


A preocupação central que orienta o pensamento de Matus (1993) surge de sua constatação da crise de governabilidade que assolava os governos Latino-Americanos à época. Portanto, sua reflexão e consequente proposta para a ação, centraram-se na necessidade de aumentar a capacidade de governar.

A terceira vertente do planejamento estratégico foi desenvolvida, fundamentalmente, pela Faculdade Nacional de Saúde

Pública de Antioquia, Colômbia, com sede em Medellín. Essa escola, que tem em Barrenechea e Trujillo Uribe (1987) seus nomes mais destacados, representa a continuidade de um pensamento no interior do campo da saúde, cujas origens remontam ao começo dos anos de 1960 e que, ao longo de quase 20 anos condicionou o agir da área de planejamento da **OPAS**.

Adotando uma vertente mais operacional, a vertente de Medellín define como objeto do processo de planejamento os **espaços-população**, entendidos não só como área geográfica, mas também como um espaço complexo, histórico e multidimensional – físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político – no qual habitam grupos humanos suficientemente homogêneos quanto às condições de vida e, em decorrência, quanto às suas necessidades básicas, dentre as quais as de saúde.

Esses espaços-população estão inseridos num sistema social caracterizado por ser histórico complexo, fragmentado, incerto e em conflito, características que justificam a adoção do enfoque estratégico não apenas para o planejamento, mas também para a gestão em saúde.



Se você desejar aprofundar seu estudo sobre esse tema, acesse o [site da OPAS](http://www.opas.org.br) e realize sua pesquisa sobre as publicações disponíveis em <www.opas.org.br>.

OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

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

Existem diversos métodos e teorias de planejamento que variam de acordo com os objetivos a serem perseguidos, desde uma simples projeção de tendências até modelos complexos com base em diferentes marcos teóricos e conceituais. Em geral, ao realizar o planejamento, são utilizados diferentes procedimentos e metodologias advindas de vários modelos.

Nesse sentido, não existe “o” método de planejamento a ser utilizado em todas as instâncias, capaz de dar conta de todos os casos e de todos os momentos do processo. Na realidade, dependendo de quem planeja, dos objetivos e do momento em que está o processo são utilizados elementos de diferentes métodos.

O PROCESSO DE PLANEJAMENTO

O planejamento pode ser definido como o processo pelo qual determinamos que caminhos devemos tomar para chegarmos à situação desejada. Significa, portanto, definirmos de antemão o

que fazemos para mudar as condições atuais para que possamos chegar à condição definida como desejável.

As definições acerca de aonde chegar e dos objetivos a serem alcançados não são únicas nem universais e variam de acordo com quem planeja. Propósitos e objetivos diferenciados levam a modalidades distintas de planejamento. Esse, por exemplo, é o caso, no setor governamental, dos níveis federal, estadual e municipal, com suas distintas competências.

Em linhas gerais, o processo de planejamento consiste em:

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

Antes de discutirmos o processo de planejamento, vamos esclarecer algumas premissas, alguns pontos de partida. Vamos lá?

O primeiro é que **o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde** e que o seu propósito é o de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e os recursos disponíveis. Embora

isso pareça evidente, muitas vezes as estratégias de intervenção propostas estão dirigidas centralmente à gestão operacional dos serviços ou ao controle da utilização de recursos, especialmente de recursos financeiros, sem que se tenha claro de que forma essas atividades contribuirão para que a população seja mais adequadamente tratada – e então a gestão dos meios passa a ser um fim em si mesmo.

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

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

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

Finalmente, **o plano não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem o planeja**, ou seja, simplesmente uma declaração de como o mundo “deveria ser”. Os objetivos e as estratégias expressos no plano devem ser factíveis do ponto de vista técnico e viáveis do ponto de vista político, guardando, portanto,

relação com a realidade. Se for diagnosticado que não estão sendo dadas as condições para que as mudanças consideradas essenciais sejam realizadas, faz parte do processo de planejamento – e deve constar do plano – o desenho de estratégias que ajudem a criar essas condições em um futuro próximo.

Desse modo, o planejamento está necessariamente relacionado à ação e é na prática que o plano se justifica. Um “plano” com um diagnóstico muito bem elaborado e com estratégias e propostas de intervenção muito bem apresentadas, mas que são ineficazes e inviáveis, que esbarram no limite da realidade ou no “poder da política”, pode ser um bom exercício, mas não é um plano.

Assim, o planejamento realizado no âmbito de um serviço de saúde – um hospital ou centro de saúde, por exemplo –, dificilmente poderia propor a modificação das condições de saúde de uma cidade ou de um Estado e, se o fizesse, não teria a menor possibilidade de implementar ações que tivessem esse nível de impacto.

OS MOMENTOS DO PLANEJAMENTO

A habilidade do planejador e/ou da equipe de planejamento é medida por sua capacidade de articular as diversas abordagens que caracterizam cada um dos momentos de planejamento. Na verdade, o planejador e/ou a equipe deve tratar, ao mesmo tempo, questões que se referem tanto ao curto quanto ao longo prazo, ou seja, questões que se referem ao presente e ao futuro. A atividade de planejamento é dividida em três momentos, conforme podemos analisar na Figura 2.

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

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

O **momento tático** refere-se ao planejamento de curto prazo, ou seja, o que habitualmente é compreendido como programação. O horizonte temporal da programação é mais estreito e seu objetivo é determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos fixados no momento estratégico ou de criar as condições necessárias para que esses objetivos sejam viáveis no futuro. O objetivo principal da programação é o de determinar as ações que possam maximizar o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos estratégicos.

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

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

O **momento operacional** faz referência à execução propriamente dita, em essência no âmbito da gestão. Os prazos

trabalhados nesse nível são muito mais curtos, da ordem de meses, de semanas ou mesmo de dias. As decisões são tomadas com base nos problemas cotidianos e geralmente sob muita pressão. Exatamente por isto, há a necessidade de que as direções mais gerais ligadas à definição estratégica e tática estejam discutidas, clareadas e incorporadas, de modo a orientar e dar direcionalidade ao trabalho do dia a dia.

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

Para ilustrar essa formulação, Testa (1995) toma como exemplo os diversos entendimentos e percepções associados a um recurso amplamente empregado nos serviços de saúde. Por exemplo, o algodão para o médico ou para a enfermeira que trabalham em um consultório é um produto que deve estar diariamente disponível. No entanto, para o administrador do hospital é um item de consumo que deve ser distribuído de maneira conveniente ao longo do ano. E para o nível central, o algodão desaparece dentro de uma rubrica do orçamento “material de consumo”, que é o agregado com o qual trabalham os responsáveis pelo orçamento e o planejamento a esse nível. Para a área econômica, o algodão é um dos produtos primários sobre o qual se podem definir políticas específicas para o incentivo ou não de sua produção, fazendo uso dos elementos de que se dispõem no momento. Esse exemplo mostra, também, que o planejamento e a programação são realizados em diferentes níveis de uma organização e que o mesmo objeto será tratado por diferentes abordagens.

O PROCESSO DIAGNÓSTICO

Como vimos, o processo de planejamento é iniciado com a identificação de problemas – atuais e futuros, e os fatores que contribuem para a situação observada – e, a partir dessa identificação, são definidas estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias.

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

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

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

Para que esse processo de intervenção seja possível, é preciso também que o planejador e/ou a equipe escolha os problemas sobre os quais possa intervir, ou seja, que estão no âmbito de decisão de quem planeja.

Existe uma tendência de que o diagnóstico seja visto como uma tarefa muito ampla, na qual sejam buscadas informações

acerca de todos os aspectos possivelmente relacionados. Por exemplo, no caso de uma área ou região, todos os dados demográficos, epidemiológicos ou informações acerca de todos os recursos existentes – físicos, materiais, humanos, financeiros etc. No entanto, na medida em que esses dados não são trabalhados, não é possível efetivamente realizar um diagnóstico que informe a melhor decisão a ser tomada.

O processo de diagnóstico é essencialmente um processo de avaliação. Assim, não é verdade que quando um diagnóstico for iniciado, seja ele dirigido a uma área definida, a um serviço de saúde ou a um grupo populacional, será iniciado também um processo no qual se “escreverá sobre uma folha em branco”, ou seja, em que não se sabe nada sobre a situação em avaliação e que apenas as informações que serão colhidas “objetivamente” informarão o diagnóstico.

Na realidade, o processo de diagnóstico é precedido e informado permanentemente por algum modelo que está presente na cabeça de quem o realiza, esteja esse modelo explícito ou não. Assim, por exemplo, é usual que, ao realizar o diagnóstico de saúde de uma área, o planejador e/ou a equipe busque informações acerca do número de gestantes ou de mulheres em idade fértil. Mas comumente não se busca informações acerca do número de deficientes visuais, por exemplo. Evidentemente, nada nos diz que deficiência visual não é um problema de saúde.

*Mas nem sempre são buscadas essas informações, certo?
Por qual razão? Você saberia descrevê-la?*

Nem sempre essas informações são buscadas porque ao contrário dos programas de pré-natal e de atenção à mulher em idade fértil, sempre presentes em qualquer modelo de intervenção, não temos proposta dirigida aos deficientes visuais. Por isso, a deficiência visual não é considerada um problema.

Recorrendo, portanto, ao enfoque estratégico, percebemos claramente que não há diagnóstico neutro, que há tantos

diagnósticos quanto observadores. E mais, que tanto uma ideia do que se considera uma situação ideal em cada caso – **a imagem-objetivo** – como, até certo ponto, os modelos de intervenção estão dados. E, para que possam ser avaliados e mesmo checados pela realidade, é necessário que sejam explicitados.

Perceba que a definição e a explicitação da imagem-objetivo é central ao planejamento, em todos os seus momentos. É a imagem – objetivo – a situação ideal a ser alcançada e que guia o processo de planejamento.

Nesse contexto, o diagnóstico, como parte do processo de planejamento, cumpre basicamente o papel de um instrumento que permite a identificação de problemas e as estratégias de intervenção, é uma ferramenta que serve de base à tomada de decisão. Certamente é muito raro que o planejador e/ou a equipe disponha de todas as informações consideradas necessárias ao planejamento. No entanto, mesmo a partir apenas das informações rotineiramente disponíveis, é possível a um e/ou a outro construir hipóteses iniciais sobre como iniciar o trabalho. Na medida em que são implementadas as propostas, o próprio processo de monitoramento da implementação poderá apontar as lacunas de conhecimento existentes e direcionar a instituição de sistemas de informação que possam supri-las.

Muitas vezes podemos, como gestores em saúde pública, perder de vista essa função instrumental do diagnóstico com vistas à ação e acabamos por produzir estudos e análises muito extensos que dão origem a diagnósticos muito detalhados e, nesse caso, seriam tantos os problemas detectados, de tão variadas causas, que não nos permitiriam a definição de estratégias de intervenção. Mesmo assim, não é incomum que o processo de planejamento restrinja-se quase que exclusivamente ao diagnóstico e que o nosso plano seja muito mais uma apresentação de problemas do que de estratégias de ação para enfrentá-los.

Na Unidade 4, serão discutidas em detalhe as questões centrais relativas à realização do diagnóstico de situação em todos os seus aspectos e em suas várias dimensões, tomando-se como base uma dada área geográfica.

DESENHANDO O PLANO

A definição das estratégias de intervenção é a escolha do caminho pelo qual se partirá da situação identificada pelo diagnóstico como insatisfatória ou problemática para a situação a que se quer chegar – a imagem-objetivo.

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

As estratégias de intervenção devem também guardar coerência com os problemas identificados. Para tal, quanto mais aprofundadas forem as causas subjacentes na etapa diagnóstica, mais eficazes poderão ser as estratégias definidas. Por exemplo, se foi diagnosticado como problema uma taxa alta de mortalidade infantil, o diagnóstico deve ser aprofundado de modo a identificar as causas dos óbitos: se eles estão relacionados a causas que podem ser evitadas pela atenção pré-natal ou se estão relacionados à assistência ao parto – ou a ambas –, de modo a definir as linhas de intervenção condizentes. A indicação, tão usual, de que o pré-natal seja intensificado ou modificado, dificilmente reduzirá os óbitos relacionados à má assistência ao parto, e o inverso também é verdadeiro.

As estratégias de intervenção devem ser traduzidas em atividades e metas a serem atingidas de modo a alcançarem o objetivo proposto. Essa definição está no campo do que classicamente chamamos de planejamento normativo.

Você pode estar se perguntando: como podemos definir o que deve e como deve ser feito?

Para a definição de como fazer, é necessária a utilização de normas. Essas normas são definidas de diversas formas a partir de séries históricas de utilização de serviços. Nesse caso, devem ser utilizadas com particular cuidado, na medida em que expressam os resultados de uma determinada configuração de oferta e, ao serem adotadas acriticamente, acabam por perpetuar uma oferta de serviços que muitas vezes nem sequer é conhecida e menos ainda é sabido se ela atende às necessidades da população em questão.

Um exemplo de oferta adotada acriticamente é a utilização da produção de consultas especializadas realizadas ao longo de um período de tempo como base para a elaboração de normas. Se, numa determinada área foram realizadas 1.000 consultas, sendo 100 de oftalmologia e 50 de urologia, por exemplo, não quer dizer que dez por cento das consultas a serem oferecidas no futuro devam ser de oftalmologia e cinco por cento de urologia. Essa produção observada, muito provavelmente atende à parte das necessidades de saúde, mas também reflete a oferta. Se forem oferecidos mais serviços de oftalmologia, conseqüentemente serão realizadas mais consultas. Mas se não são ofertadas consultas em endocrinologia, por exemplo, naturalmente não haverá produção, mas isso não expressa ausência de necessidade ou que elas não devam ser ofertadas no futuro.

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

Lembre-se, futuro gestor em saúde pública, de que qualquer que seja a forma de derivação das normas o mais importante é que elas sejam vistas como uma orientação, uma tentativa de aproximação a uma resposta aos problemas identificados. Mas essa é apenas uma resposta entre as várias possíveis e sua adequação à realidade é apenas demonstrada na prática, à medida que sua implementação seja avaliada.

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

Para a realização desse balanço é preciso também considerar as estratégias que foram desenhadas com base no diagnóstico administrativo realizado e que têm por objetivo adequar os recursos existentes – seja por meio de investimentos em sua capacidade de operação, seja por meio de propostas que busquem incrementar o rendimento dos recursos humanos. Somente após o planejador e/ou a equipe considerar essa adequação é que será possível avaliar a necessidade de novos investimentos.

Por fim, é importante lembrarmos de que a formulação do plano pelo planejador e/ou pela equipe implica também definir os critérios e desenhar os mecanismos e indicadores que serão utilizados para avaliar a sua implantação.

AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO

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

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

A avaliação é ainda um instrumento essencial para que o planejador e/ou a equipe possa controlar a implementação do plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto. Logo, podemos afirmar que esse instrumento não se esgota na avaliação dos resultados alcançados em determinado momento e deve tornar-se uma atividade contínua própria da gestão para a qual se dispõem de diversos mecanismos e procedimentos.

Como instrumentos fundamentais destacamos a avaliação estratégica realizada de antemão, assim como a avaliação estratégica realizada durante e/ou a implementação do plano. No primeiro caso, o planejador e/ou a equipe precisa analisar se os objetivos e metas fixados podem ser efetivamente alcançados. Não se trata apenas de identificar o ponto de chegada, mas também as possíveis metas intermediárias que irão determinando o caminho.

O processo de avaliação busca analisar se essas situações intermediárias da trajetória são politicamente viáveis e tecnicamente factíveis, além de examinar sua coerência e consistência.

Isso obriga o planejador e/ou a equipe a explicitar os cenários futuros – possíveis, prováveis, previsíveis e preferíveis – no qual se desenvolverá o processo de planejamento de modo que, se a previsão inicialmente feita não for concretizada, seja possível mudar o curso da ação.

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

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

Resumindo



Nesta Unidade foram apresentados alguns dos conceitos gerais do processo de planejamento; uma breve caracterização do desenvolvimento do planejamento em saúde na América Latina e suas principais vertentes; os passos e os momentos do processo de planejamento e sua relação com o processo de programação; os conceitos centrais do processo diagnóstico; o desenho do plano; e a relação entre planejamento e avaliação.



Atividades de aprendizagem

Para verificar seu entendimento sobre os temas abordados nesta Unidade, faça as atividades sugeridas a seguir e, em caso de dúvida, consulte seu tutor.

1. Faça a leitura do texto sobre o *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*, de Carlos Matus, disponível no AVEA e comente as diferenças que ele introduz em relação ao planejamento tradicional, quanto aos conceitos de:
 - a) situação;
 - b) momento; e
 - c) problema.
2. Considerando ainda o texto *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*, de Carlos Matus, disponível no AVEA, descreva e identifique as principais características dos quatro momentos propostos.
3. O trecho a seguir foi extraído do artigo *Planejamento em saúde: velhas ideias em novas roupagens*, que consta da bibliografia citada ao final deste livro-texto:

[..] Historicamente o diagnóstico era uma enorme tarefa, mediante a qual se pretendia compilar todo e qualquer material relacionado com a saúde. Assim, dados demográficos, epidemiológicos, administrativos (acerca dos recursos disponíveis), legais, financeiros e outros tantos eram coletados e apresentados... Porém, com total ausência de uma teoria prévia que permitisse associar e interpretar os ditos dados, pouca ou nenhuma informação se obteria com

eles. Deste modo, se conseguia acumular grande quantidade de dados que permaneciam virgens de contato com ao menos um neurônio pensante. [...] Mais ainda, quando quem tomava as decisões precisava determinar um curso de ação deveria recorrer a levantamentos especiais ou fazer uso de sua intuição. [...] Hoje, é um fato estabelecido que não há sentido em acumular dados com a esperança de que em algum momento tome forma o conhecimento. Isto equivaleria a juntar ladrilhos esperando que, se os acumulamos em número suficiente, teremos uma casa. Para se ter uma casa, os ladrilhos são necessários, mas também, entre outras coisas, é preciso contar com um plano de obra, um programa para sua execução, pessoal idôneo e outros materiais que permitam “unir” esses ladrilhos para transformá-los na casa sonhada. (CHORNY, 1993, p. 38).

Agora que você fez a leitura, responda:

- a) Como você relacionaria as afirmações do trecho acima com os conceitos de imagem-objetivo?
 - b) E como você as relacionaria à função do diagnóstico no processo de planejamento?
 - c) O autor afirma que hoje é fato estabelecido que não há sentido em acumularmos dados com a esperança de que em algum momento eles deem forma ao conhecimento. Como você interpreta essa afirmação?
 - d) Baseado em sua experiência, você concordaria que essa concepção de diagnóstico, apresentada no início do texto, está de fato superada?
4. A equipe de planejamento da Secretaria de Saúde do Estado de Carapeba, em seu processo de elaboração do plano, necessitava de parâmetros para uma aproximação às necessidades de serviços de saúde no Estado onde moram 800 mil pessoas.
- Particularmente, estavam preocupados em saber quantas consultas ambulatoriais e de que especialidades deveriam ser ofe-

recidas para atender às necessidades do sistema. Resolveram, então, analisar a produção de consultas realizadas nos últimos cinco anos.

Descobriram que, em média, foram realizadas 2 milhões de consultas por ano, em 12 especialidades. Calcularam, assim, a proporção de consultas de cada uma das especialidades a partir do total de consultas produzidas.

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

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

5. Uma das principais diferenças entre a proposta de planejamento expressa pelo método CENDES-OPAS e a formulação estratégica é o próprio papel de quem planeja. Que diferença seria essa? Como você acha que a conjuntura em que cada abordagem foi formulada influenciou a forma de ver o papel de quem planeja?
6. Leia o texto a seguir extraído do artigo *Planificação em saúde: velhas ideias, novas roupagens* e comente-o no fórum do AVEA:

[...] Outra questão colocada está referida aos fins perseguidos pelo planejamento. Para quê se planifica é uma pergunta fundamental quase nunca feita. Se verifica na prática que a maior parte dos planejadores o faz porque se supõe que esta é sua função. Deste modo, o plano se converte na finalidade última de quem planeja. Se planeja para ter um plano e o plano é necessário porque existem determinações superiores (algumas vezes, nem isto) para que se faça o plano. Ou, o que é pior, os planos são feitos porque sempre se fizeram planos. Ninguém “en sus cabales” espera que o pla-

no seja algo além de uma peça orçamentária a ser invocada em oportunidades selecionadas. Se trata de um planejamento ritual.

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

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

Entre os vários problemas, foi listada a “falta de qualificação técnica das equipes responsáveis pela atenção básica”.

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

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

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