

UNIDADE 5

IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Compreender a importância da identificação precisa do problema, a fim de eleger as prioridades para intervenção;
- ▶ Identificar a inter-relação entre as causas e a elaboração de intervenção; e
- ▶ Compreender os processos estudados que integram o processo de programação.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Estamos chegando ao final de nossa pequena viagem pela *Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde*. Esperamos que você tenha aproveitado essa oportunidade para aprofundar seus conhecimentos e aperfeiçoar suas competências em gestão.

Nesta Unidade, vamos concluir a discussão que desenvolvemos ao longo das duas últimas Unidades sobre os fundamentos da organização de serviços por meio de redes de atenção à saúde, nas quais aprendemos a elaborar um diagnóstico da situação atual do sistema de saúde.

Vamos ainda discutir como, a partir do diagnóstico elaborado, caminhar para o modelo desejado ou para nossa imagem-objetivo, ou seja, como definir estratégias de planos de ação. Para tanto, reveja suas anotações e reflexões acerca das duas últimas Unidades e procure fazer as relações possíveis.

A partir desse ponto, você está apto a pensar os sistemas de saúde em sua totalidade, a avaliá-lo e a elaborar novas estratégias para aperfeiçoá-lo. Então, vamos retomar a leitura?

Bons estudos!

Reverendo o que apresentamos ao longo deste livro-texto, você se lembra que na Unidade 3 definimos o processo de planejamento como o processo pelo qual determinamos os caminhos a serem percorridos para alcançarmos a situação que desejamos?

Portanto, todo o processo de planejamento é informado por uma determinada situação que se quer alcançar – a imagem-objetivo – e, em linhas gerais, 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 possam 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.

Ao longo das Unidades 3 e 4 definimos nossa imagem-objetivo para a organização de serviços e ações de saúde, discutindo porque a estratégia de organização de redes assistenciais é central para o cumprimento dos princípios estabelecidos para o SUS – universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Com essa imagem-objetivo em mente, na Unidade 4 discutimos também o processo diagnóstico em suas várias dimensões. E, certamente, ao finalizar essa Unidade pensando no diagnóstico que você realizaria em seu território/ambiente de trabalho, você imaginou (de forma correta, aliás) que se veria rodeado por uma gama enorme de problemas relacionados a diferentes dimensões e fruto de variadas causas.

Ao mesmo tempo, precisamos lembrar que é central que o plano a ser elaborado não represente apenas uma listagem de problemas e uma declaração de que esses problemas “não deveriam existir” ou que “devem ser solucionados”. Como você aprendeu na Unidade 3, os objetivos que queremos alcançar e as estratégias de intervenção definidas para que os alcancemos devem ser factíveis (do ponto de vista técnico) e viáveis (do ponto de vista político). Logo, quando não há condições técnicas ou políticas para que

determinadas propostas consideradas essenciais sejam implementadas, o plano deve então contemplar estratégias para que sejam criadas essas condições no futuro – ou a proposta deve ser abandonada por ser “infactível” e “inviável”.

Nesse sentido, para que o plano não se torne “infactível” ou “inviável”, duas questões são essenciais à orientação do processo de definição de prioridades e de elaboração de estratégias de intervenção para enfrentarmos as prioridades selecionadas: primeiro, para que esse processo de intervenção seja possível, precisamos eleger problemas sobre os quais possamos intervir, ou seja, que estejam no âmbito da capacidade de decisão de quem planeja; segundo, para que o plano resultante possa efetivamente ser um instrumento de mudança para o cumprimento dos objetivos propostos, não é suficiente que trabalhem a partir apenas da descrição de determinada situação ou da identificação de problemas. Na realidade, o que pode nos orientar na eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou fatores que condicionam a realidade observada.

Por isso, nesta Unidade, veremos algumas das questões que cercam o processo de eleição de prioridades e o aprofundamento do diagnóstico em busca das “causas das causas”, pressupostos para a elaboração de propostas de intervenção/ação coerentes e consistentes.

Ao final da Unidade reapresentaremos, também, com maior detalhamento, os passos a serem seguidos no processo de programação que você conheceu na Unidade 3 e que nos permite traduzir objetivos e estratégias de intervenção em planos de ação.

IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E ELEIÇÃO DE PRIORIDADES

Vimos que o processo de planejamento é iniciado pela identificação dos problemas – atuais e futuros – bem como dos fatores que contribuem para a situação observada. A partir dessa identificação, são definidas as estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias. Logo, o processo de planejamento tem início com a identificação das condições que devem ser mudadas, ou seja, o diagnóstico da situação.

No entanto, para que o diagnóstico possa resultar em um plano que cumpra efetivamente os objetivos propostos, não é suficiente que trabalhem 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 fatores que condicionam a realidade observada.

A análise dos condicionantes da situação nos permite 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 isso seja possível, necessitamos inicialmente que o problema seja bem delimitado e que sejam identificados alguns dos grupos de fatores que poderiam constituir as causas mais imediatas. A análise aprofundada desses fatores, como discutiremos na próxima seção, orientarão a nossa eleição de prioridades e a nossa elaboração de estratégias de intervenção.

No que concerne a identificação e a delimitação de problemas, tomemos o exemplo dos problemas de saúde, centrais ao processo de planejamento – afinal, o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde.

Ao trabalharmos com a mortalidade, muitas vezes o problema a ser identificado não fica claro. Frequentemente, os diagnósticos elaborados apresentam as causas de morte, em especial, a mortalidade proporcional, mas não é possível compreendermos em que medida o processo identificou esses óbitos como problemáticos.

A identificação de doenças cardiovasculares e de neoplasias como as principais causas de óbito, como ocorre em boa parte do território brasileiro e no País como um todo, não é um problema em si. Esse é o padrão observado em países que têm melhores condições de vida e de saúde – ao contrário da mortalidade por doenças infecciosas ligadas à pobreza – pois quanto mais as pessoas vivem, maior é a oportunidade de prevalência de doenças crônicas.

Assim, precisamos definir com clareza o problema. No caso das doenças crônicas, o problema pode ser expresso em taxas de mortalidade cardiovascular mais elevadas e/ou em óbito por doenças cerebrovasculares em idade muito mais precoce do que as observadas em países desenvolvidos (como é o caso brasileiro). Ou no caso das neoplasias, por um percentual elevado de pessoas que tem essa doença detectada apenas em estágio avançado, o que também acontece no caso brasileiro.

Uma maneira de identificarmos problemas nesse campo é por meio da utilização de indicadores para análise da mortalidade evitável, que pode ser avaliada para agravos ou grupos etários. No caso da **mortalidade infantil**, existem classificações bem estudadas das diversas causas de óbitos de acordo com o critério de evitabilidade, definindo por que tipo de estratégia de intervenção seria possível evitá-las em cada caso. Assim, além de ajudar na delimitação do problema, a análise da mortalidade evitável nos permite identificar as estratégias de intervenção que podemos utilizar.

Conheça a lista de causas de mortalidade infantil classificadas por critérios de evitabilidade, disponível em www.proadess.cict.fiocruz.br/pacto2.html.



Saiba mais

Disability Adjusted Life of Years (DALY)

Essa expressão em português significa Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade. O DALY mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura, seja por incapacidade. Você encontrará, na seção Referências deste livro-texto, a indicação de um artigo da professora da ENSP, Joyce Schramm, que apresenta os resultados da aplicação da metodologia ao caso brasileiro. Fonte: Elaborado pelos autores.

Outra abordagem que pode nos auxiliar na eleição de prioridades em saúde são os estudos de carga da doença que utilizam como indicador o [Disability Adjusted Life of Years \(DALY\)](#), para medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida.

Com relação a problemas identificados no campo da gestão, um elemento a ser considerado na seleção e na definição de um problema é que nem sempre o incremento de recursos (financeiros, humanos, equipamentos etc.) representa a única ou a melhor solução, pois, se assim fosse, a busca de problemas passaria obrigatoriamente pela ótica distorcida do quanto mais melhor.

Antes de pensarmos em investimentos em saúde, precisamos fazer algumas análises. Mas por onde podemos começar?

Se pensarmos em investir em saúde, precisamos primeiramente definir em que investir e, para tanto, é fundamental considerarmos o que existe atualmente e como está funcionando.

Assim, precisamos aprofundar o diagnóstico para que fique claro se as causas de problemas identificados na oferta e/ou no acesso a serviços de saúde são efetivamente derivados da carência de recursos ou de questões relacionadas à gestão dos recursos existentes. Uma política de investimentos proposta sem a identificação desses problemas será uma proposta de intervenção que não guarda coerência com os problemas reais no caso considerado e não será capaz de alcançar objetivos de mudança – se esses forem os objetivos, naturalmente.

A partir dessas duas considerações, podemos perceber que o aprofundamento do diagnóstico e a busca das causas nos orientarão

na eleição de prioridades e nas estratégias de intervenção. No entanto, é bom lembrarmos que não há diagnóstico neutro, mas que há tantos diagnósticos quantos forem os observadores. Um mesmo problema não é visto da mesma forma por todos os atores envolvidos. Às vezes, o que é problema para nós pode ser solução para outros – por exemplo, a falta de mecanismos de controle e avaliação de gastos.

A percepção de um problema é influenciada por diferentes fatores, entre os quais estão incluídas a inserção do observador no processo, suas expectativas e sua maior ou menor proximidade com o espaço das decisões.

Mesmo o tempo, por exemplo, pode ser percebido de diversas formas. Uma coisa é o tempo para quem espera ser atendido em um serviço de emergência, e outra bem diferente é a percepção desse mesmo tempo pela equipe de atendimento. Para quem espera, há urgência em resolver a situação, dada pela avaliação da gravidade/sofrimento/desconforto do paciente. Contudo, para a equipe, o que determina se o tempo de espera é adequado ou não é a avaliação por critérios técnicos da gravidade/urgência da situação, o conhecimento sobre os recursos disponíveis e a pressão exercida pela demanda total.

Assim, para estabelecermos as prioridades devemos levar em consideração a capacidade de intervenção de quem planeja, a partir da qual é possível a definição ou a delimitação do campo de intervenção possível em cada caso.

Ainda que em um plano proposto para um serviço de saúde se possa apontar que as condições de vida da população atendida são a causa de problemas de saúde, não haveria possibilidade de implementarmos ações apenas no âmbito da saúde que obtivessem impacto sobre esses determinantes. No entanto, o diagnóstico aprofundado nos permitiria propor intervenções focais que poderiam atuar sobre causas mais imediatas.

Finalmente, cabe destacarmos que a eleição de prioridades sempre será feita com base na relevância dada, desde a ótica de quem planeja até a resolução dos transtornos gerados pelo problema, estando incluídas nessa eleição as prioridades definidas politicamente pelas diversas instâncias de governo.

APROFUNDANDO O DIAGNÓSTICO: FORMULANDO HIPÓTESES E IDENTIFICANDO AS CAUSAS

Como vimos, a identificação de um possível problema surge a partir do diagnóstico. Uma vez diagnosticado um problema, sua explicitação deve ser feita de forma clara, completa e precisa para que o problema possa ser identificado de modo inequívoco.

Inicialmente, precisamos fazer uma primeira definição dos indicadores ou **descritores*** associados à medição do fato que está sendo considerado como potencial problema. Em particular, devemos escolher padrões ou parâmetros que permitam avaliar a dimensão do problema.

***Descritor** – equivalente aos indicadores no campo das ciências sociais, baseados principalmente em estudos qualitativos. Fonte: Elaborado pelos autores.

O passo seguinte é identificarmos os fatores causais que geram o estado de coisas que desejamos mudar. Para que essas causas sejam conhecidas, precisamos aprofundar o diagnóstico realizado para cada problema selecionado, formulando hipóteses que explicariam as causas subjacentes e buscando respostas a novas perguntas acerca da situação.

E para que as propostas de solução tenham coerência e consistência em sua formulação, é necessário também aprofundarmos o estudo iniciado no diagnóstico no sentido de identificarmos os fatores que dão origem aos problemas selecionados para estabelecermos uma ordem entre eles.

Mas por que essa hierarquização entre os fatores? Qual a relevância dessa intervenção na resolução de um problema?

Essa hierarquização entre os fatores causais se dá a partir de critérios, ou seja, em função de sua relevância como causa do problema principal e das possibilidades de podermos intervir sobre eles. De pouco adiantaria, do ponto de vista da intervenção destinada a resolver um problema, saber que a causa prioritária está longe da gestão do sistema, unidade ou serviço de saúde e, portanto, independe da vontade daqueles que têm de conviver com a situação problemática.

Todo problema tem uma ou mais causas que devem ser identificadas para podermos minorar ou eliminar o seu impacto. Vamos entender por causa os fatores necessários e suficientes para que o fato, transformado em nosso problema, se produza.

As causas podem ser diretas ou indiretas. Diretas são as causas que estão no primeiro plano e são suficientes para a aparição do problema; as causas indiretas são aquelas que condicionam a existência do problema e de sua abrangência.

As causas podem relacionar-se com o problema de maneira conhecida ou desconhecida, simples ou complexa. Em geral, a existência de estudos anteriores nos permite identificar aqueles fatores que já se revelaram como importantes e, portanto, merecedores de atenção especial.

Na identificação das causas prováveis do problema é conveniente levarmos em consideração a existência de uma **teoria*** prévia, que permita identificar os elementos que conformam o problema e a relação causal entre si.

Acompanhe o exemplo descrito, a seguir, cujo problema identificado foi a falta de leitos na UTI de um determinado território. Para facilitar sua compreensão, vamos descrever passo a passo o procedimento seguido. Começaremos por identificar os conjuntos de dimensões selecionados como contendo as variáveis causais do problema. O procedimento escolhido, tabelas de efeito-causa, nos permitirá a aproximação às causas mais básicas até onde alcança nosso poder de intervenção.

Basicamente, o procedimento é uma interação (repetição) que parte do efeito para listar as possíveis causas. Uma vez feito isso, as causas são consideradas como efeitos e passamos a

*Teoria – conjunto de proposições que pretendem explicar uma determinada situação, ainda que essas proposições não tenham sido submetidas à verificação lógica ou experimental. Fonte: Elaborado pelos autores.

identificar suas possíveis causas até que essa especificação chegue a um ponto em que não temos mais poder de intervenção. Vejamos, a seguir, como seria esse processo para o problema de **falta de leitos de UTI neonatal**

1º passo

Organizar as categorias ou dimensões causais do problema, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Grandes categorias ou dimensões causais do problema

EFEITO A SER ALTERADO	GRANDES GRUPOS OU DIMENSÕES CAUSAIS
Falta de leitos de UTI neonatal	Populacionais
	Recursos humanos
	Recursos tecnológicos
	Recursos financeiros

Fonte: Elaborada pelos autores

2º passo

Fazer a verificação da pertinência das grandes dimensões escolhidas, ou seja, detalhar as causas que foram englobadas em cada uma dessas categorias e definir uma cadeia de causalidade. Como exemplo, vamos desenvolver a dimensão populacional.

Em primeira aproximação, podemos considerar o aumento da incidência do agravo gerando o aumento da demanda por leitos, superando a oferta existente. Nesse momento, listamos as causas mais imediatas que poderiam estar causando o problema, tal como mostramos na Tabela 2.

Tabela 2: Primeira causa populacional e as causas que a determinam de forma mais imediata

EFEITO	CAUSAS IMEDIATAS MAIS PROVÁVEIS
Demanda maior do que a oferta de leitos.	Aumento do número de recém-nascidos com patologias que demandam internação.

Fonte: Elaborada pelos autores

Agora, o processo segue tal como foi descrito acima. Nesse passo buscamos identificar as hipóteses que podem justificar a falta de leitos; para tanto, no nosso exemplo, começamos a enumerar as causas mais prováveis, desde a populacional, para essa carência.

A listagem de causas pode surgir da nossa experiência, da assessoria de especialistas, de procedimentos de consulta à bibliografia, de entrevistas com informantes-chave ou por outros procedimentos que nos permitam uma aproximação às possíveis causas, como podemos ver na Tabela 3.

Tabela 3: Segundo nível de causas

EFEITO	CAUSAS MAIS PROVÁVEIS
Aumento do número de recém-nascidos com patologias que demandam internação.	Aumento da população mantendo a taxa de recém-nascidos com patologia estável.
	Aumento da taxa de recém-nascidos com patologia, com população estável ou com lento crescimento.
	Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do serviço em estudo.
	Alteração nas normas de internação de recém-nascidos com patologia, aumentando a taxa de internação desse tipo de clientela.

Fonte: Elaborada pelos autores

3º passo

Antes de seguirmos, é aconselhável verificarmos qual ou quais hipóteses causais estão mais próximas ao caso em estudo. É oportuno lembrarmos que várias causas podem determinar o efeito observado e que o trabalho de aprofundamento do diagnóstico que estamos desenvolvendo deve ser reiterado com todas as dimensões.

Nesse exemplo, a verificação da hipótese do aumento da população na área de cobertura poderia ser feita usando fontes secundárias, como alguns estudos populacionais que possam ter sido realizados recentemente na área de cobertura do serviço, como o do IBGE, entre outros.

A verificação da hipótese relacionada ao aumento da demanda por diminuição da oferta de leitos em outros serviços, gerando maior demanda para as unidades em estudo, pode ser feita, por exemplo, a partir da análise do local de residência dos pacientes internados nas UTIs.

Nesse sentido, podemos analisar o local de residência dos pacientes em três momentos: o atual, três anos e seis anos anteriores (para o mesmo mês do ano), e analisarmos se aparece alguma mudança perceptível no padrão de local de residência.

Ainda que esse procedimento possa não ser muito preciso, nesse momento estamos procurando indicações, ainda que não sejam muito refinadas, de possíveis mudanças. Também poderíamos colher informação acerca do volume e do local de residência daqueles que foram rejeitados para a internação, se essa informação estivesse disponível.

Para seguir desenvolvendo o exemplo, vamos supor que da nossa investigação preliminar surgiram como principais causas as que aparecem na Tabela 4.

Tabela 4: Níveis de causas que provocam os efeitos mencionados

EFEITO	CAUSAS DE SEGUNDO NÍVEL	CAUSAS DE TERCEIRO NÍVEL
Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do território/ serviços em estudo.	Política de manutenção de equipamentos inadequada.	Falta de profissionais com preparação adequada.
		Inadequada política de licitações.
		Falta de planejamento para o reparo preventivo e a substituição de equipamentos por obsolescência.
	Saída de pessoal especializado sem possibilidade de incorporação de novos profissionais.	
	Leitos desabilitados por falta de recursos financeiros para sua manutenção e/ou recuperação.	

Fonte: Elaborada pelos autores

Como você pôde observar na Tabela 4, nós especificamos as causas que estão por trás dos eventos observados, segundo uma hierarquia que vai das mais próximas (causas de segundo nível) até as mais longínquas (causas de terceiro nível). Esse processo pode ser continuar até a identificação de outros níveis de causas, considerando para a eleição de estratégias de intervenção apenas aquelas sobre as quais quem planeja tem o poder de intervenção.

A partir desse processo, podemos formular hipóteses e identificar causas subjacentes, subsidiando o processo de elaboração de estratégias de intervenção.

ELABORANDO ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As estratégias de intervenção são os caminhos pelos quais propomos o enfrentamento dos problemas identificados, de modo a alcançarmos os objetivos definidos.

O nosso aprofundamento do diagnóstico, em busca das causas que condicionam a existência dos problemas, é o que permite que as estratégias de intervenção elaboradas tenham coerência com os condicionantes da situação a ser mudada e que possuam consistência em sua formulação.

As estratégias de intervenção podem – e devem – ser múltiplas, dirigidas às várias causas imediatas e/ou subjacentes dos vários problemas identificados, de acordo com o âmbito de intervenção de quem planeja.

Como vimos, uma questão fundamental é que as estratégias definidas somente têm a possibilidade de serem realmente eficazes se guardam coerência com os problemas identificados. Quanto maior for o aprofundamento da análise das causas subjacentes, melhor poderemos definir os caminhos para o enfrentamento dos problemas identificados.

Utilizando novamente o exemplo da mortalidade infantil, deve ter ficado claro para você que, se a alta mortalidade infantil foi definida como um problema, é necessário aprofundarmos o

diagnóstico e analisarmos em detalhes suas causas. Se boa parte dos óbitos for devida a causas relacionadas à assistência ao parto, a proposta de aumentar o número de consultas de pré-natal, quase sempre a primeira estratégia sugerida, não será capaz de obter o impacto desejado.

É sempre bom lembrarmos que, assim como os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, também as estratégias de intervenção devem ser factíveis e viáveis.

Nesse sentido, de acordo com a abordagem estratégica, devemos considerar basicamente três tipos de restrições:

- ▶ quanto ao poder político;
- ▶ quanto aos recursos econômicos; e
- ▶ quanto à capacidade organizativa e institucional.

A identificação do espaço de restrição, por sua vez, é importante para que possamos construir a factibilidade e a viabilidade do plano, ajustando as propostas nesse sentido.

TRADUZINDO AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM PLANOS DE AÇÃO

É a partir da definição dos caminhos que poderemos realizar a programação das ações, parte indissociável do processo de planejamento, constituindo a instrumentalização prática de um arcabouço teórico que nos permite conferir ao planejamento sentido e conteúdo, a partir do pressuposto de que sem a programação as proposições tendem a ser caracterizadas apenas como declarações de intenções.

Esse é o momento tático e operacional do processo de planejamento, momento em que toda a análise acumulada é convertida em ação; portanto, é o que dá sentido aos momentos anteriores porque conecta-se com a realidade.

Para desenvolvê-lo adequadamente, devemos cumprir alguns passos nos quais as estratégias de intervenção, destinadas a atingir os objetivos propostos, devem ser traduzidas em metas (objetivos quantificados) e atividades/ações a serem implementadas.

Vamos, agora, detalhar o processo de definição de objetivos a partir dos problemas selecionados e da tradução das estratégias em planos de ação.

Como já foi referido na Unidade 3, precisamos definir com precisão o (s) objetivo (s) de saúde que pretendemos atingir.

Primeiramente, precisamos definir os objetivos de saúde a atingir, porque planejamento em saúde trata de saúde, os problemas relacionados à gestão de recursos – inclusive os financeiros – são apenas meios (ainda que enormemente relevantes) para atingir aqueles objetivos.



Isso não quer dizer que não serão estabelecidas estratégias de intervenção e definidos objetivos e metas direcionados à gestão de recursos, à organização de serviços e/ou ao aumento da eficiência ao nível de sistemas, redes e serviços.

O que queremos enfatizar é que essas estratégias, objetivos e metas dirigidos à gestão não podem perder de vista os objetivos finais em saúde, sejam eles a alteração nas condições de saúde, o aumento do acesso a ações e serviços, a garantia da integralidade do cuidado ou a melhoria da qualidade da atenção.

O segundo passo é estabelecermos as metas necessárias para atingirmos aqueles objetivos, ou seja, precisamos traduzir os objetivos definidos, quantificando-os por meio de metas que possam ser atingidas. O que está em jogo é a capacidade de conduzir, orientar e alterar cada passo do dia a dia, no sentido de nos aproximarmos do objetivo final; portanto, ressaltamos que as metas ou objetivos quantificados devem ser exequíveis.

Isso implica dizer que para defini-las temos de avaliar a real disponibilidade de **recursos críticos** para a implementação do plano. O objetivo dessa análise é garantir a factibilidade daquelas metas estabelecidas.

Feito isso, é hora de definirmos as ações necessárias ao cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos. Nesse momento do processo, buscamos estabelecer a melhor articulação dos meios para atingirmos os fins definidos. Para a abordagem dos problemas de saúde, precisamos identificar os processos de cuidado pertinentes e sua organização em linha (s) de cuidado mais custo-efetiva (s) em cada caso para posteriormente ordenarmos as atividades segundo os níveis de complexidade/densidade tecnológica da rede de serviços.

Esse é, por excelência, o espaço de discussão dos protocolos clínicos, da medicina baseada em evidências e dos comitês de *experts*.

O terceiro passo é aplicarmos normas para o cálculo de necessidade dos **recursos críticos** que compõem a linha de cuidado definida para cumprir as metas e objetivos estabelecidos. Como vimos na Unidade 3, não há possibilidade de calcularmos a necessidade de recursos sem utilizarmos normas ou parâmetros de referência. O problema é que, muitas vezes, os consolidados de

normas técnicas decorrem apenas de estudos da oferta de serviços, desconsiderando a necessidade e/ou a demanda dos usuários por serviços de saúde.

Portanto, para atingirmos objetivos de saúde, identificando as linhas de cuidado mais custo-efetivas em relação aos problemas de saúde prioritários, necessitaremos de um tratamento criterioso quanto à aplicação dos parâmetros de referência.

O quarto passo é fazermos o balanço entre o rol de recursos críticos necessários e os que dispomos (capacidade instalada). Para a realização desse balanço, consideramos 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. Como vimos, apenas após considerarmos essa adequação será possível avaliarmos a necessidade de novos investimentos.

O resultado dessa análise (superávit ou déficit de recursos) nos permite (re) orientar as estratégias de ação necessárias ao cumprimento dos objetivos e das metas propostos.

A pergunta-chave é: como construir viabilidade para meu desenho normativo?

Como vimos, precisamos contemplar três tipos de restrições: de poder, de recurso econômico e de capacidade organizativa e institucional. A ideia é trabalharmos com o binômio “construção de viabilidade versus ajuste/restrrição do desenho normativo”, de modo a torná-lo viável.

O próximo passo é estabelecermos formas de acompanhar/monitorar as ações e definirmos os responsáveis pela sua implementação.

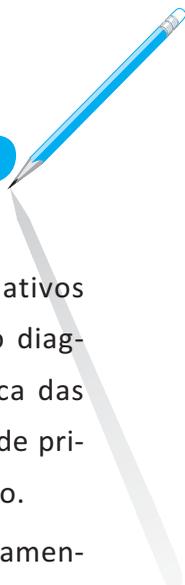
Planejamento e avaliação são processos inter-relacionados. Quando falamos de planejamento, necessariamente estamos falando de avaliação.

Na prática, o que vemos frequentemente é a avaliação ser tratada como última etapa do planejamento. O problema é que, após um insucesso, o que menos nos interessa é identificar as falhas e, nesse caso, a avaliação perde sua finalidade teórica e passa a ser caracterizada como um “tratado” de justificativas para explicar erros que não podemos mais corrigir.

A avaliação deve servir como subsídio à gestão e englobar uma série de aspectos/dimensões para que possamos apoiar a tomada de decisão. Matus (1978) resumia essa questão com a seguinte situação: imagine que uma pessoa que dirige um automóvel precise estar atenta, simultaneamente, ao que existe a quinze metros de distância (futuro), ao que está imediatamente à sua frente (presente), aos espelhos retrovisores (passado), além de precisar monitorar permanentemente os sinalizadores de desempenho do veículo.

Sendo assim, fica claro que a seleção de variáveis para a avaliação das ações deve atender a objetivos precisos em relação ao bom andamento do plano de ação, pois tudo pode mudar se quem avalia tem claro aquilo que precisa saber.

Resumindo



Nesta Unidade, apresentamos os conceitos relativos à identificação/delimitação de problemas a partir do diagnóstico, ao aprofundamento diagnóstico para a busca das causas subjacentes e de sua correlação com a eleição de prioridades e a elaboração de estratégias de intervenção.

Vimos também os conceitos relativos ao planejamento e à programação, apresentados inicialmente na Unidade 3, e discutimos a maneira como os processos estudados nesta Unidade integram o processo de programação.



Atividades de aprendizagem

Chegamos ao final deste livro-texto. Vamos verificar como está seu entendimento sobre os assuntos abordados? Para tanto, resolva as atividades a seguir e, em caso de dúvida, não hesite em perguntar ao seu tutor.

1. Leia atentamente o texto *Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura* – de Sônia Lansky, Elisabeth França e Maria do Carmo Leal, disponível no AVEA, e considere de que maneira essa abordagem permitiria a você definir prioridades e estratégias de intervenção.
2. Com base na sua experiência, substitua os espaços em branco na Tabela 4 formulando hipóteses para possíveis causas de segundo nível e para as causas de terceiro nível listadas.
3. Com base na Tabela 4 que você completou no exercício 2, considere a causa de segundo nível “política de manutenção de equipamentos inadequada” e as causas de terceiro nível listadas, como a falta de profissionais com preparação adequada; a inadequada política de licitações; a falta de planejamento para o reparo preventivo e a substituição de equipamentos por obsolescência e proponha estratégias de intervenção para cada uma delas.
4. Releia com cuidado as notícias trabalhadas nas Atividades de aprendizagem das Unidades 3 e 4:

Notícia 1: Saúde, a faceta mais cruel da crise

[...] O Pronto Socorro é o único hospital de urgência e emergência de todo o estado, onde 92% da população não têm plano de saúde e depende de atendimento público. Com apenas 149 leitos, o hospital constantemente tem

taxa de ocupação de 150% [...] O quadro é agravado pela precariedade da rede básica de saúde. Com isso, o Pronto Socorro, unidade especializada em trauma, recebe pacientes com todos os problemas imagináveis. [...] A maioria dos pacientes, que estão hoje espalhados pelos corredores não deveriam estar aqui, mas não podemos deixar de atender – diz o diretor. (JORNAL O GLOBO, 28/01/2007).

Notícia 2:

[...] Na emergência do maior hospital da cidade, são muitos os pacientes de outros municípios. E eles vêm à procura de atendimento básico: “Estava com infecção no dente. Não tinha recurso onde moro, fui pro posto e me encaminharam pra cá”, diz um deles. “Onde moramos, tem o hospital que é pago e o que não paga. No público, eles não quiseram receber, ele tinha que vir pra cá”, fala a acompanhante de outro paciente. Todo brasileiro tem direito à saúde pública, independentemente do endereço. Mas o secretário de saúde da cidade reclama que não tem recursos para atender a tanto doente de fora. “Nós investimos aqui na Secretaria de Saúde, mas a metade do dinheiro é gasto para atender gente de fora mesmo. Se nós não tivéssemos essa gente de fora, nosso sistema seria inteiramente aliviado, tranquilo”. (REDE GLOBO, REPORTAGEM ESPECIAL, 16/03/2006).

Você, como parte da equipe de planejamento do sistema de saúde de um desses locais, na Unidade 4 definiu as dimensões que consideraria para a elaboração do diagnóstico e as informações que buscaria para sua análise.

Agora, para o caso que você escolheu, destaque um problema que você considera central e construa as tabelas de detalhamento das causas utilizando o processo que você viu nesta Unidade, apontando pelo menos as causas de segundo nível. Para cada causa de segundo nível que você selecionar, aponte possíveis propostas de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final desta disciplina, na qual trabalhamos assuntos relacionados ao desenho e à organização de redes de ações e serviços de saúde e ao planejamento e programação regionais.

Esperamos que, a partir desse ponto, você seja capaz de compreender a atual configuração do sistema de saúde brasileiro e de contribuir para a definição de estratégias de intervenção eficazes e para a elaboração de planos de ação que visem à produção de um modelo de sistema de saúde que atenda às necessidades da população.

Ficamos por aqui, foi um prazer acompanhá-lo nessa viagem.

Professores Rosana Chigres Kuschnir, Adolfo Horácio Chorny e Anilka Medeiros Lima e Lira.

Referências



ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

BARRENECHEA, Juan José; TRUJILLO URIBE, Emiro. *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín: Universidad de Antioquia/OPS/OMS, 1987.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 423, de 24 de junho de 2002. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 9 jul. 2002. Seção 1, p. 74.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CALDEIRA, Antônio P.; FRANÇA, Elizabeth; GOULART, Eugênio. M. A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. In: *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 77, n. 6, p. 461-468, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997.

CEGALLA, Domingos Paschoal. *Dicionário de dificuldades da língua portuguesa*: edição de bolso. Rio de Janeiro: Lexikon; Porto Alegre: L&PM, 2008.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD.
Formulación de políticas de salud. Santiago: OPS, 1975.

CHORNY, Adolfo Horacio. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. In: *Revista Educación Médica y Salud*, v. 24, n. 1, p. 27-51, ene./mar. 1990.

_____. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes.
In: *Cuadernos Médicos y Sociales*, Rosário, v. 73, p. 23-44, 1993.

_____. *Gerencia estratégica de servicios de salud*. Rosário: Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução CFM n. 1451, de 10 de março de 1995*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 11 jul. 2008.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos social e saúde? In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 199-204, jan./mar. 1988.

DONABEDIAN, Avedis. *Explorations in quality assessment and monitoring*: v. 1 – The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

EDWARDS, N. Clinical networks. In: *British Medical Journal*, v. 324, p. 63-65, 2002.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: [s.n], 2000.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS. Health care systems in transition: United Kingdom. Copenhagen: [s.n], 1999.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr./jun. 1990.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, ago. 1996.

_____. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. In: *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.

KLEIN, Rudolf. *The new politics of the NHS: from creation to reinvention*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.

LACOMBE, Francisco José Masset. *Dicionário de Administração*. São Paulo: Saraiva, 2004.

LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002.

LEATT, Peggy; PINK, George H.; GUERRIERE, Michael. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. In: *Healthcare Papers*, v. 1, p. 13-55, 2000.

MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765-776, maio/jun. 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. *A teoria da programação de saúde no método CENDES/OPAS*. 1988. 277 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001.

MATUS, Carlos. *Estrategia y plan*. 2. ed. México: Siglo XXI, 1978.

_____. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993.

OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Programación de la Salud: problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, D.C., 1965. (Publicación Científica, 111).

PRO-ADESS – PROJETO DE METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. *Metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro*. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 5 jul. 2010.

RICO, Ana; SALTMAN, Richard B.; BOERMA, Wienke. *Primary health care in the driver's seat: Organizational reform in European primary care*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

SALTMAN, Richard B.; FIGUERAS, Joseph (Ed.). *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.

_____. Analyzing the evidence on European Health Care Reforms. In: *Health Affairs*, v. 17, n. 2, p. 85-108, 1998.

_____. SAKELLARIDES, Constantino (Ed.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. London: Open University Press, 1998.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

TAVEIRA, Maura. *A utilização de indicadores nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UNB, 1998. (Versão revista e atualizada do capítulo 9 do livro Planejamento da Atenção à Saúde).

TESTA, Mario. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

UGÁ, Maria Alicia; NORONHA, José Carvalho de. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana (Org.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo Margeon; IBÁÑEZ, Nelson (Org.). *Proteção social, dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *Em torno dos conceitos de política social: notas introdutórias*. Rio de Janeiro: [s.n], 2002. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em: 10 de jul. 2010.

_____. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Org.). *Proteção social, dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VON DER SCHULENBURG, J. Matthias Graf. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a German perspective. In: *Social Science Medicine*, v. 39, n. 10, p. 1473-1481, 1994.

WEBSTER, Charles. *The national health service: a political history*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

WHITE, Kerr L. et al. *Health services – concepts and information for national planning and management: experiences based on the WHO/ International Collaborative Study of Medical Care Utilization*. Genebra: World Health Organization, 1977.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report: Health Systems – Improving Performance*. Genebra: World Health Organization, 2000.

_____. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Genebra: World Health Organization, 2007.

MINICURRÍCULO

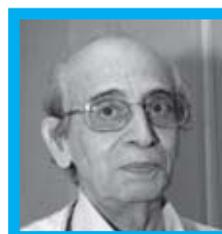
Rosana Chigres Kuschnir

Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1978), mestre em Gestão de Serviços de Saúde – Health Services Management Centre, Universidade de Birmingham, Inglaterra (1992) e doutora em Planejamento e Políticas de Saúde pelo Instituto de Medicina Social Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (2004). Trabalha nas áreas de ensino, pesquisa e assessoria técnica/cooperação da Escola Nacional de Saúde Pública e coordena o Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Possui experiência nas áreas de: Planejamento, Programação e Gestão de Sistemas de Saúde e Organização de Serviços de Saúde e de Redes Assistenciais.



Adolfo Horácio Chorny

Bacharel em Administração de Empresas pela Universidade Estácio de Sá (1984). Atualmente é professor titular da Fundação Oswaldo Cruz. Possui experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública.



Anilka Medeiros Lima e Lira

Bacharel e licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (2005), mestranda em Saúde Pública ENSP/Fiocruz, na subárea Planejamento e Gestão de Sistemas de Saúde e especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde ENSP/Fiocruz (2007). Trabalha na área de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Modelos de Atenção e Financiamento em Saúde, e possui experiência na área de Administração em Saúde e Assistência de Enfermagem.

