

Material para leitura

Aspectos históricos do planejamento na América Latina

Felisbino, J. e Magajewski, F.

(Extraído de “Planejamento e gerência de serviços de saúde da família”. Palhoça:UNISULVirtual, 2004. 248p.)

Na América Latina, a idéia de planejamento surge através da preocupação da Organização das Nações Unidas (ONU), que reconhecendo o desequilíbrio entre as economias emergentes a partir da reestruturação econômica garantida pelo Plano Marshall em relação à economia dos países da periferia, sugere intervenções que pudessem superar esse atraso relativo de desenvolvimento.

Ao redor da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), órgão da ONU, e de Raul Prebisch, seu primeiro diretor, circulou assim, a partir do final da década de quarenta, uma grande produção de teses e propostas de intervenção com esse objetivo. Desta dinâmica produção acadêmica, o “Estudo para a América Latina” introduziu a Teoria da Dependência no meio político, que influenciou de forma significativa as políticas econômicas no continente. Em síntese, esse estudo indicava um desequilíbrio perverso que se criaria com as relações econômicas que se dariam entre países desenvolvidos (centro) e países subdesenvolvidos (periferia).

A CEPAL foi a primeira comissão criada pela ONU após a sua criação, em 1948. Ela patrocinou diversos estudos e pesquisas dirigidas para a integração da América Latina à nova ordem mundial sob hegemonia norte-americana. Seu principal eixo programático foi vinculado a estimular a substituição de importações a partir de investimentos públicos em infraestrutura e participação estatal em empresas, a base do nacional-desenvolvimentismo que se disseminou na região como doutrina política e econômica por mais de duas décadas.

Ainda patrocinados pela CEPAL, economistas como Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto, entre outros, identificaram na estrutura de classes e na ausência de interesses nacionais genuínos, a causa real dos males dos países latino-americanos. A solução não seria apenas econômica, mas uma renovação das estruturas sociais através de uma revolução socialista. A Teoria da Dependência relativiza os fatores externos da dependência, colocando condições internas, mais possíveis de intervenção, como elementos tão ou mais importantes para compreender a estagnação econômica da região. As idéias de superação da dependência foram abortadas pelo autoritarismo que dominou a América Latina a partir da década de 60.

O capitalismo periférico, segundo a Teoria da Dependência, teria como característica a tendência para deterioração das relações de troca entre centro e periferia, atribuída a uma perversa divisão internacional do trabalho que condenaria os países periféricos a uma exclusiva especialização na produção primária (agroindustrial) e à importação maciça de produtos manufaturados, tecnologicamente mais complexos, com déficit permanente na balança comercial e dependência permanente em relação ao centro, mais desenvolvido.

A Teoria da Dependência originou uma conclusão - a de que existiria uma relação estreita entre o dirigismo estatal e as possibilidades de industrialização na periferia, que se daria através da adoção de políticas da substituição de importações com protecionismo de mercado e pela indução à expansão industrial com forte participação do Estado, mesmo às custas de endividamento externo.

As idéias cepalinas, assim, tinham como eixo uma intervenção deliberada na economia, visando não só uma maior direcionalidade da industrialização, mas também e especialmente a aceleração desse processo. Como pode ser visto, a visão de desenvolvimento dessa época tinha um viés essencialmente econômico e, o que, junto com outras razões, mostrou-se insuficiente para reverter o diagnóstico de dependência formulado pela CEPAL.

Na década de sessenta, a avaliação negativa sobre os resultados dos planos de desenvolvimento

econômicos aplicados pelos países da região, permitiu a incorporação de novas demandas e variáveis até então, não atendidas pelas intervenções econômicas estatais, incorporando em parte a preocupação com aspectos do desenvolvimento social e político. Crescimento econômico e desenvolvimento assumem, neste período, uma função de interdependência, exigindo transformações políticas, sociais e econômicas concomitantes. Além da direcionalidade do processo de desenvolvimento econômico e do seu resultado esperado, o desenvolvimento das políticas públicas passou a considerar causas estruturais e variáveis sociais mais complexas, como as questões da saúde, da educação, da estrutura fundiária e da administração pública.

Na reunião da Organização dos Estados Americanos em Punta del Este (URU) ocorrida em 1961, houve a legitimação de temas até então tidos como perigosos, como a reforma agrária, a reforma fiscal, o planejamento de políticas públicas, etc. Na Carta de Punta del Este, os Estados Americanos comprometeram-se a preparar um programa integrado para o desenvolvimento de suas economias, incluindo também o desenvolvimento social.

Esta decisão foi fundamental para a concepção e desenvolvimento de conceitos básicos do planejamento em saúde, assumido como parte integrante do desenvolvimento sócio-econômico geral. O método do Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CENDES/OPS) de programação sanitária, apresentado em 1965, foi um dos desdobramentos dessa nova maneira de considerar o desenvolvimento. O método CENDES/OPS, na prática, apesar de assentar-se em cálculos de inspiração econômica e constituir-se em um exemplo de racionalidade normativa de planejamento, foi o primeiro instrumento de planejamento e programação sistemático aplicado pelos sistemas nacionais de saúde no continente americano.

Por não produzir os efeitos esperados, intensificando a sempre grave crise fiscal e em alguns casos até aprofundando a dependência da região, os esforços desenvolvimentistas das décadas de cinquenta e sessenta abriram o caminho para as ditaduras da década de setenta e tornaram necessárias as políticas de estabilização e privatização que dominaram as décadas de oitenta e noventa.

Em 1973, no Chile, durante a III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, foi aprovado o Plano Decenal das Américas.

O Plano Decenal das Américas reconheceu o direito universal à saúde dos povos e insistiu na necessidade de formulação de políticas nacionais de saúde, indicando uma tendência para a incorporação da política como um elemento central do planejamento. Infelizmente, a ruptura com a institucionalidade democrática em toda a América Latina impediu a aplicação desse novo paradigma na orientação de políticas públicas até a década de oitenta.

Apesar disso, as propostas para o planejamento do setor saúde continuaram sendo desenvolvidas. A iniciativa do Centro Panamericano de Planificação em Saúde (CPPS/OPS/OMS) que, em 1975, publicou o documento "Formulação de Políticas de Saúde", é um exemplo de uma modelagem racional para propostas políticas. Ele foi uma primeira aproximação com as formulações mais avançadas do planejamento estratégico, apesar de seu uso restrito na época.

Algumas considerações epistemológicas sobre o planejamento normativo e o planejamento estratégico situacional (PES)

<i>Planejamento Normativo</i>	<i>Planejamento Estratégico Situacional</i>
<p>Postulado 1. O Planejamento supõe um “sujeito” que planeja um “objeto”. O sujeito é o Estado e o objeto é a realidade sócio-econômica. O sujeito e o objeto planejado são independentes, e o primeiro pode “controlar” o segundo.</p>	<p>Postulado 1. O “Sujeito” que planeja está compreendido no “objeto planejado”. Por sua vez, o objeto planejado compreende a outros sujeitos que também planejam. Em conseqüência, é impossível distinguir claramente o sujeito planejador do objeto planejado; ambos se confundem e não são independentes. Em conseqüência, um ator que planeja não assegurada de antemão sua capacidade de controlar a realidade planejada, porque ela depende da ação de outro. Existem necessariamente diversos graus de governabilidade do sistema para os distintos atores sociais.</p>
<p>Postulado 2. O sujeito que planeja deve previamente “diagnosticar” a realidade para conhecê-la. Esse diagnóstico se guia pela busca da verdade objetiva, e em consciência deve ser único. A um só ator que planeja um só diagnóstico, um só conceito do tempo e uma verdade única e absoluta.</p>	<p>Postulado 2. Na realidade coexistem vários atores com capacidades de planejamento diferenciadas. Em conseqüência, há várias explicações da realidade e todas elas estão condicionadas pela inserção particular de cada ator nessa realidade. Já não são possíveis o diagnóstico único e a verdade objetiva. Só é possível uma explicação situacional onde cada sujeito explica a realidade desde a posição que ocupa no sistema (objeto) planejado. O tempo é relativo à situação dos atores e existem múltiplas racionalidades e critérios de eficácia.</p>
<p>Postulado 3. Para compreender a realidade e adquirir capacidade de previsão de sua futura evolução, é necessário descobrir suas “leis” de funcionamento. Se a realidade é um objeto social, seu funcionamento é reduzível a “comportamentos sociais”, ou seja à reação do homem com as coisas se expressa como uma associação estável entre condutas resultantes e variáveis associadas e condicionantes de tais condutas rotineiras.</p> <p>Toda ação é uma ação-comportamento, exceto a ação do sujeito único que planeja.</p>	<p>Postulado 3. Para compreender a realidade e adquirir capacidade de previsão de sua futura evolução, já não é suficiente nem possível reduzir toda a ação humana a “comportamentos” predizíveis. O ator que planeja sozinho não se relaciona apenas com coisas, mas com outros atores sociais que são oponentes ou aliados. Nessa relação as ações são irreduzíveis a comportamentos; se requer agora “cálculos interativos” e o “juízos estratégicos”, que são mais próprios para apoiar decisões dependentes da interação entre atores sociais. As relações iniciativa-resposta se entrelaçam com as relações causa-efeito. A predição é, de um modo geral, impossível e deve ser substituída pela previsão. A teoria do comportamento estável é assim apenas um caso particular da teoria da ação humana.</p>

<p>Postulado 4. Se o ator que planeja não compartilha a realidade com outros atores de capacidades equivalentes, então não existem oponentes e o planejamento pode referir-se somente ao econômico-social, seu critério de eficácia pode ser somente econômico, e seu cálculo se restringe a um cálculo econômico. Em conseqüência, o planejamento pode identificar-se com o cálculo normativo do “desenho” de um “deve ser”, que é diferente do “tende a ser”, que revela o diagnóstico. O objeto planejado não contém atores sociais capazes de produzir ações estratégicas, mas agentes econômicos sujeitos a comportamentos previsíveis.</p>	<p>Postulado 4. Se o ator que planeja compartilha a realidade com outros atores que também planejam, então necessariamente o planejamento deve incorporar o problema de vencer ou driblar a resistência dos outros ao próprio plano. Em conseqüência, o planejamento não se pode confundir com o desenho normativo do “deve ser”; ao contrário, deve cobrir o “pode ser” e a “vontade de fazer”. Por isso, inevitavelmente o planejamento deve sistematizar o cálculo político e centralizar sua atenção na conjuntura. O planejamento econômico é somente um âmbito do planejamento sócio-político. As forças sociais e os atores sociais são o centro do plano em vez dos grandes agentes econômicos.</p>
<p>Postulado 5. Se o planejamento se refere ao desenho de um “deve ser”, então esta pode referir-se e reduzir-se a uma normativa sócio-econômica certa, onde está afastada a incerteza e os eventos probabilísticos mal definidos, e onde o político pode ser considerado como um marco restritivo externo ao plano sócio-econômico; não podem existir os “problemas quase estruturados”.</p>	<p>Postulado 5. Desde o momento no qual o planejamento de um ator se realiza em um meio ativamente resistente e em conflito com outros atores, o normativo só é um momento do estratégico e do operacional, e em conseqüência, tudo está imerso em forte incerteza mal definida, de onde muitas vezes não podemos enumerar todas as possibilidades nem apontar probabilidades. Estamos obrigados a tratar com “problemas quase estruturados”. Os problemas políticos já não podem considerar-se como um marco ou dado restritivo do econômico; é necessário que tais problemas sejam reconhecidos por meio de variáveis políticas endógenas na sistemática do plano.</p>
<p>Postulado 6. O plano é produto de uma capacidade exclusiva do Estado, e se refere a um conjunto de objetivos próprios e no papel tem “final fechado”, porque a situação terminal é conhecida, da mesma forma que os meios para alcançá-la. Dada a certeza dos efeitos causais, tudo se reduz a cumprir o plano para alcançar os objetivos definidos inicialmente. A racionalidade técnica deve impor-se para encontrar uma solução ótima aos problemas.</p>	<p>Postulado 6. O plano não é um monopólio do Estado. Qualquer força social luta por objetivos próprios e tem capacidade de fazer um cálculo que precede e preside a ação. Em conseqüência, existem vários planos competindo ou em conflito e o final está aberto a mais possibilidades do que as que podemos imaginar. Aqui, o problema de cumprir um plano não se limita mais a manipular variáveis econômicas, mas exige derrotar o plano de outros ou seduzir os oponentes para apoiar o nosso próprio plano. As soluções <u>ótimas</u> devem ceder sua vez às soluções apenas <u>satisfatórias</u>, que reconhecem a continuidade dos problemas sociais no tempo.</p>

Fonte: MATUS, Carlos. **Política y plan**. Caracas:Ediciones IVEPLAN. 1982.

Cláudia Haussman Silveira, Márcia Sancho Cambuí e Paulo Battaglin Machado

Introdução

O planejamento estratégico foi aplicado ao setor saúde, oriundo de três linhas de pensamento: a programação estratégica da Escola de Medelin, o pensamento estratégico de Mario Testa e o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus.

A programação estratégica da Escola de Medelin propunha a elaboração de programas operativos que viabilizassem, a nível local, alcançar o lema proposto na Conferência Internacional de Alma Ata (1978), Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000). Não foi uma corrente que avançou muito, as possibilidades de concretização da proposta de Alma Ata distanciaram-se muito da realidade, na medida em que criou uma “medicina pobre” para pobres.

- O pensamento estratégico de Mario Testa:

Já o pensamento estratégico de Mario Testa, ainda que não se configure em uma metodologia de trabalho, traz discussões de importância fundamental para a área de saúde. Testa, médico argentino, docente na Universidade de Rosário, participou do grupo que desenvolveu o método Cendes/OPS em 1965 e em uma autocrítica teórica, posteriormente assume novas formulações teóricas. “Pensar em Saúde” (que circulou como rascunho em xerox no Brasil a partir de 1987) editado em Porto Alegre, pela editora Artes Médicas em 1993 e “Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: o caso da saúde”.. editado em 1995 pela ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva são suas publicações mais importantes do período.

Mario Testa entende que a intervenção na realidade interessa quando pretende uma transformação social. Aborda o diagnóstico em saúde postulando um enfoque não reducionista; é fundamental o reconhecimento do social enquanto totalidade, única forma de realizar uma correta caracterização do setorial e de formular propostas que o articulem corretamente com outras formulações. Para ele “um **diagnóstico é a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo**” (Rivera, 1989. p.60). O planejamento global e o da saúde, em especial, apresentam três grandes propósitos: de crescimento ou reprodução, de mudança e de legitimação. Cada propósito origina um viés particular do diagnóstico assim o administrativo corresponde ao crescimento, o estratégico à mudança e o ideológico à legitimação. O diagnóstico é um momento analítico mas deve se completar com um momento integrador, de síntese das observações que compõem os diferentes níveis examinados.

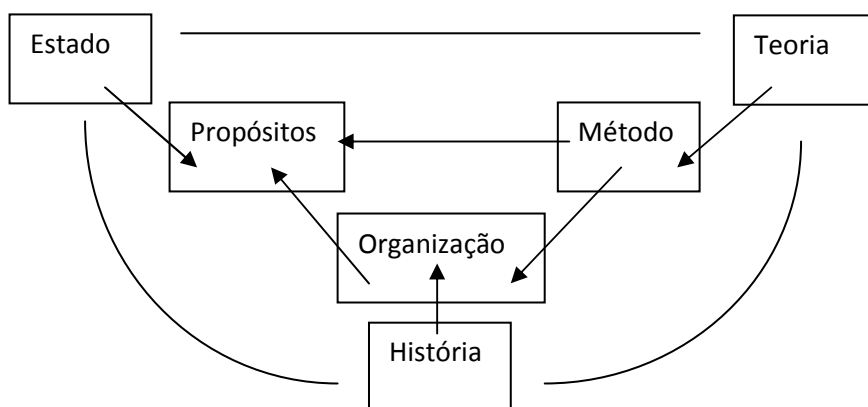
PROPÓSITO	VIÉS DO DIAGNÓSTICO	ÂMBITO DA REALIDADE
1. CRESCIMENTO OU REPRODUÇÃO	ADMINISTRATIVO	SETORIAL
2. MUDANÇA	ESTRATÉGICO	FORÇAS SOCIAIS EM RELAÇÃO NO SETOR
3. LEGITIMAÇÃO	IDEOLÓGICO	FORÇAS SOCIAIS DO SETOR EM RELAÇÃO NA TOTALIDADE SOCIAL

Para Testa o centro da problemática estratégica é o *poder*. Ele entende o poder enquanto exercido em organizações e dessa forma tipifica-o. O poder pode ser técnico, referindo-se a informação, administrativo quando se refere à orçamentação e político quando relacionado a ideologia. Testa considera a existência de *tipos* de poder quando analisa os setores de atividade dos atores sociais. Assim, entende por poder técnico a capacidade de gerar, aprovar e manipular informação de diferentes características; poder administrativo é a capacidade de apropriar-se e de alocar recursos. Já o poder político, é a capacidade de desencadear uma mobilização que depende, basicamente, de uma visão de realidade, de um saber (empírico ou científico).

TIPOS DE PODER	TIPOS DE ATIVIDADES
1. Técnico	relacionadas ao armazenamento e manejo da informação
2. Administrativo	relacionadas à apropriação e alocação de recursos
3. Político	relacionadas à capacidade de desencadear mobilizações e legitimar idéias

Para Testa, o poder enquanto prática ideológica traduz-se como dominação - submissão de uns a outros - e como hegemonia - capacidade de viabilização de um projeto. Para ele ***política é uma proposta acerca da distribuição de poder e estratégia é a forma de implementar uma política***. A ação deve ser analisada quanto a sua viabilidade e impacto na distribuição do poder dentro e fora do setor devendo, para tanto, haver uma articulação da parte programática (ações) com a direcionalidade e coerência interna e externa do projeto.

Formula ainda um postulado ao qual denomina ***postulado de coerência*** que estabelece uma **relação necessária entre propósitos, métodos para alcançá-los e organizações ou estruturas onde estes são realizados**.



Esta relação assume maior coerência quando as determinações se estabelecem conforme indicadas no diagrama acima. Quando propósitos bem definidos determinam os métodos a serem empregados na sua realização e as organizações são estruturadas a fim de permitir que os métodos se desenvolvam, ou seja, são por eles determinadas.

- O planejamento estratégico situacional de Carlos Matus:

O planejamento situacional de Matus é uma proposta para a ação centrada no aumento de governabilidade. Carlos Matus é economista, foi ministro do planejamento do Chile no governo de Allende, e é na prisão que escreve “Adiós Señor Presidente”, livro onde estão os fundamentos de sua metodologia. Desenvolve um conjunto de técnicas, métodos e habilidades que permitem ao ator aumentar sua

capacidade de direção, gerência, administração e controle do sistema social em pauta, pois para ele **“a planificação é uma forma de organização para a ação”**. (Rivera, 1989. p.115) O planejador não faz recomendações, ele decide operações. Matus formula um decálogo onde evidencia os pressupostos básicos para o planejamento estratégico situacional:

1. planeja quem governa: quem tem o poder de decidir e conduzir a ação;
2. o planejamento refere-se ao presente, pois a tomada de decisão e a ação, que é a alma do plano, acontece sempre no presente;
3. o planejamento exige um cálculo situacional complexo que interrelaciona diferentes momentos de ação;
4. o planejamento se refere a oportunidades e a problemas reais, que precisam ser bem definidos para permitir a participação de todos os atores que vivenciam o problema e a oportunidade;
5. o planejamento é inseparável da gerência, pois planeja aquele que conduz e acompanha a ação;
6. o planejamento situacional é, por definição, necessariamente político, pois sua proposta fundamental é acerca da distribuição de poder;
7. o planejamento nunca está referido a adivinhação do futuro, mas deve-se estar atento às suas possibilidades;
8. o plano é modular, são os módulos de ação que lhe conferem flexibilidade;
9. o planejamento não é monopólio nosso, vários atores estão em situação possibilitando a interação do “eu com o outro”;
10. o planejamento não domina o tempo, nem se deixa enrijecer por ele, existe uma articulação e uma interdependência entre os prazos para os quais se planeja.

Faz ainda três advertências:

- a) cada problema requer especificidade no seu tratamento. Os problemas devem ser estudados caso a caso;
- b) o planejamento é um processo contínuo que acompanha a dinâmica da realidade;
- c) o planejamento é um processo de “aprendizagem - correção - aprendizagem” que envolve avaliação constante.

Matus parte de uma **situação** inicial que **é a realidade explicada por um ator que nela vive em função da sua ação**. Para explicar uma situação é preciso recorrer a três planos articulados de explicação da realidade: a) fenoprodução ou plano onde se produzem e explicitam os fatos; b) fenoeestrutura ou plano das acumulações sociais e c) genoestrutura ou plano das leis básicas (determinações). De uma forma encadeada, estes três planos constroem um fluxograma situacional, ou seja, uma cadeia causal para os problemas que o ator define em situação.

PROBLEMA	FENOPRODUÇÃO	FENOESTRUTURA	GENOESTRUTURA
VDP: Y Z	FATOS EXPLÍCITOS	ACUMULAÇÕES SOCIAIS	LEIS BÁSICAS

O **VDP** ou vetor de definição de um problema **são os fatos que indicam qualitativamente e quantitativamente que o problema existe**. O VDP ou **descriptor** ou indicador do problema não é causa, mas ocorre em função da existência do problema, é sua consequência.

Para ordenar didaticamente sua lógica Matus recorre ao conceito de **momento** porque este **não possui limites definidos de início e término podendo compreender a idéia de simultaneidade**. Assim utiliza os quatro momentos a seguir:

1) **momento explicativo** para analisar a situação inicial, através do fluxograma situacional de cada problema definido e priorizado com a participação do maior número de atores envolvidos. É o momento do **“É”**, que possui movimento, que é dinâmico.

2) **momento normativo** para descrever a situação-objetivo desejada, ou seja, aquele projeto de realidade que entendemos ser o melhor, com suas nuances e com o maior detalhamento possível. Por isso dizemos que este é o momento do **“DEVE SER”**. Somente quando conseguimos um bom desenho do projeto que contrapomos à realidade é que temos chances de construí-lo. É também neste momento que definimos nossas grandes linhas de ação no tratamento dos **problemas** que **“são a formalização, para um ator, de uma discrepância entre a realidade constatada e uma norma que ele aceita ou cria como referência”**.(Matus, 1987. p.758) Aqui identificamos os atores sociais que compartilham a realidade e qual a sua relação com a nossa situação desejada, mais ainda, tentamos através das tendências pensar em possíveis cenários onde a nossa ação pode se desenvolver futuramente.

3) **momento estratégico** para programar ações, analisar a viabilidade política, econômica e organizativa das propostas e, quando não forem viáveis, construir esta viabilidade através de novas ações. É o momento do **“COMO PODE SER”**.

4) **momento tático-operacional** para colocar as ações em prática avaliando-as à nível de processos e resultados. É o momento da **“AÇÃO/AVALIAÇÃO”**. A avaliação é intrínseca ao processo de planejamento e relaciona-se estreitamente a uma boa diagramação do fluxograma situacional.

Para Carlos Matus (1987,p.744), o **ator social** é uma **personalidade, uma organização ou um agrupamento de pessoas que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular poder, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação**. Estes atores apresentam uma perspectiva explicativa da situação a qual Matus chama de auto-referência. Para este autor, a possibilidade de uma ação ser decidida, executada e mantida define a sua viabilidade que pode ser política, econômica ou organizativa (técnica e material).

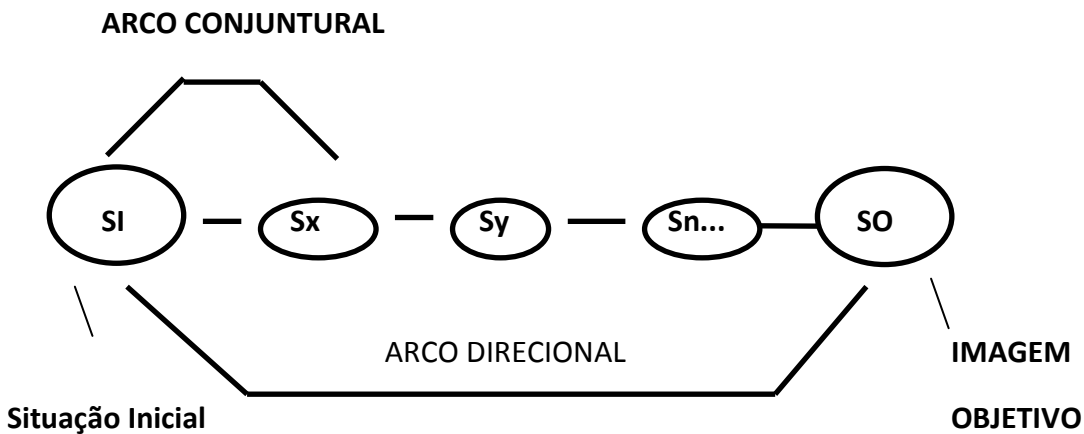
Uma vez que o cumprimento do plano depende da luta política, é esta viabilidade que tem maior peso, pois se existe a decisão política, o recurso financeiro e organizativo é viabilizado. Matus nos lembra ainda que a realização de nosso plano indica a inviabilidade do plano de outros atores.

MOMENTO EXPLICATIVO	É	Diagnóstico
MOMENTO NORMATIVO	DEVE SER	Proposta de alternativas para superação
MOMENTO ESTRATÉGICO	COMO PODE SER FEITO	Construção da Viabilidade
MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL	AÇÃO/AVALIAÇÃO	Coordenação Avaliação

Vale lembrar que estes **momentos** não eqüivalem às “fases” ou “etapas” do planejamento normativo, eles acontecem simultaneamente, buscando sistematizar a forma dinâmica com que a lógica do planejamento estratégico se desenvolve.

Talvez pudéssemos pensar a proposta de Matus da seguinte forma: uma vez identificado o tipo, a finalidade e o ideário da organização a qual o ator pertence, é possível construir, desenhar uma **situação-objetivo** pretendida, ou seja, o “deve ser”. Para alcançar a situação-objetivo, parte-se de uma **situação inicial** que deve ser transformada e, para que esta transformação ocorra, são necessárias tantas **situações intermediárias** quantas forem a exigência da mudança pretendida. À idéia que leva da situação inicial diretamente à situação-objetivo é chamada de **arco direcional** do plano e as trajetórias percorridas entre as diferentes situações intermediárias são chamadas de **arcos conjunturais**. É no espaço dos arcos conjunturais que se desenvolve a **programação operativa**.

É, em relação ao arco direcional do plano que devem ser avaliados, constantemente, os resultados dos projetos desenvolvidos nos arcos conjunturais, a fim de garantir a direção do plano, ou seja, que ele está se desenvolvendo na direção da construção da imagem-objetivo (utopia realizável) da organização.



Para Mario Testa não existe uma situação-objetivo, uma vez que considera o processo de planejamento uma forma de produção social cujo resultado é uma incerteza, é o desenvolvimento de uma série de projetos dinamizadores que visam o deslocamento de poder em um grupo social e que, portanto, tem conseqüências imprevisíveis.

Os dois autores utilizam um referencial marxista permitindo o aporte de outras abordagens afins. Entendem que a intervenção planejada na realidade deve ser de cunho libertador, ajudando a transformar condutores em condutores. Dessa forma, introduzem a população como um ator no espaço formal das instituições públicas de saúde.

Mas afinal, de que forma essa vertente estratégica do planejamento pode representar um salto qualitativo na transformação das instituições públicas de saúde na construção do SUS?

Segundo Giovanella (1990, p.141), “Poder é uma relação social que, na sociedade dividida em classes, tem os seus fundamentos nas relações de produção e na divisão social do trabalho”. Ele é exercido em um Estado ampliado, resultado de uma relação de forças entre classes e frações de classes. Pode ser sustentado pela repressão e pelo consentimento, pela coerção e pela persuasão. Poder é luta, é relação de controle e sujeição na luta poder-resistência, macroexercido nas relações entre classes e grupos sociais e microexercido nas relações entre pessoas. O poder social não é só poder de Estado, mas articula-se ao Estado. É relação sempre desigual, presente em todas as relações sociais, com base material ou não. As

relações de produção e a divisão social do trabalho determinam as relações de poder e, ao mesmo tempo, fundamentam a contradição que produz conflito.

As referências de Giovanella fazem parte de um estudo sobre o entendimento do poder em Testa, para quem pensar uma vontade coletiva - que é ação transformadora - significa pensar a relação de poder, não apenas como repressão, mas também como ideologia. Para Mario Testa ideologia é uma relação dialética entre saber e prática, assim como, comportamento e consciência, prática e concepção de mundo são inseparáveis. O poder, para ele, é uma categoria explicativa da realidade e o pensamento estratégico objetiva alterar as relações de poder - capacidade de uma classe social de realizar seus objetivos históricos. Mas não é só capacidade, é também relação - cujo resultado é sempre algo novo, diferente dos interesses estritos de cada participante - que constrói a sociedade e é intrinsecamente ligado ao Estado.

Para ambos autores as questões relativas à distribuição do poder constituem-se em ponto central para o planejamento estratégico, seja no âmbito das instituições governamentais ou das relações que estas estabelecem com o resto da sociedade.

A compreensão do poder como um recurso que pode ser acumulado pelos atores na medida em que se legitimam através das suas idéias, faz do planejamento estratégico uma forma organizativa democrática que permite incorporar novos atores ao processo social e ampliar as possibilidades de mudança frente a grupos hegemônicos.

O que é o Planejamento Estratégico Situacional?

Jackson De Toni*

Extraído de Revista Espaço Acadêmico – Nº 32 – Janeiro de 2004

“Um governo não pode ser melhor que a organização que comanda.”

C. Matus (em “Adeus, Senhor Presidente”)

O Planejamento Estratégico e Situacional, sistematizado originalmente pelo Economista chileno Carlos Matus¹, diz respeito à gestão de governo, à arte de governar. Quando nos perguntamos se estamos caminhando para onde queremos, se fazemos o necessário para atingir nossos objetivos, estamos começando a debater o problema do planejamento. A grande questão consiste em saber se somos arrastados pelo ritmo dos acontecimentos do dia-a-dia, como a força da correnteza de um rio, ou se sabemos onde chegar e concentramos nossas forças em uma direção definida. O planejamento visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países.

O processo de planejamento, portanto diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura. O planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro de nossas decisões.

Se tentarmos submeter o ritmo do desenvolvimento dos acontecimentos à vontade humana devemos imediatamente pensar que governar em situações complexas exige exercer a prática do planejamento estratégico até seu último grau. Para atingir este objetivo será necessário entender e ultrapassar muitos pré-conceitos em relação à atividade de planejamento no setor público.

Equívocos comuns sobre o conceito e a prática do planejamento:

I. “planejar é uma coisa, fazer é outra...”: frase utilizada com frequência para tentar minimizar ou ridicularizar o esforço de planejamento na organização de sistemas. Esta visão surge normalmente em contextos institucionais que tem precário ou nenhum planejamento, opõe processos supostamente antagônicos mas que, na verdade, são parte de um único momento, é na ação concreta que o plano se decide e prova sua importância. Os métodos de planejamento tradicionais, ao ignorar a variável política, cortaram o caminho para o diálogo entre plano e gestão, relação absolutamente imprescindível para casar o “planejar” com o “fazer”.

II. “o planejamento engessa a organização...”: ao invés da decisão meramente intuitiva e lotérica, da administração do dia-a-dia, estabelecem-se critérios, metas, objetivos, diretrizes de longo prazo, enfim, o planejamento é um exercício sistemático de antecipação do futuro e é intensivo em gestão. A crítica ao Planejamento como uma “camisa-de-força” normalmente surge das organizações que perdem a base clientelística ou corporativa quando sistemas de planejamento participativo são implantados. Uma organização que pensa e planeja estrategicamente cria condições para o surgimento da liderança baseada

* Economista, Técnico em Planejamento da Secretaria de Planejamento do Rio Grande do Sul e professor universitário na ULBRA e UERGS. Jackson@portoweb.com.br

¹ Chileno, Carlos Matus foi Ministro do Governo Allende (1973) e consultor do ILPES/CEPAL falecido em Dezembro de 1998, ministrou vários cursos no Brasil nos anos noventa (Escolas Sindicais, IPEA, Ministérios, Governos Estaduais e Municipais). Criou a Fundação Altadir com sede na Venezuela para difundir o método e capacitar dirigentes. Introduzido no Brasil a partir do final dos anos oitenta, o PES disseminou-se e foi adaptado amplamente nos locais onde foi utilizado, particularmente no setor público.

na democracia interna e na delegação de autoridade, o monolitismo político e o dirigente autoritário surgem, quase sempre, no ambiente de ausência de planejamento estratégico e participativo.

III. “O Planejamento é um rito formal, falado em código e desprovido de substância...”: este preconceito está muito associado com o próprio elitismo intelectual que o planejamento tradicional e seus defensores construíram ao longo de décadas venerando modelos abstratos e inúteis. Neste caso será sempre verdade o ditado que diz ser o improvisado sempre preferível ao planejamento malfeito, isto é, burocrático, formalista. O ritualismo mata o “bom” planejamento e condena à mediocridade dirigentes e funcionários. No mercado das consultorias organizacionais é comum o surgimento de “novas” técnicas e modelos esotéricos de planejamento ou temas afins. As siglas se proliferam e poucas delas tem realmente conteúdo prático e a aplicabilidade necessária. Quando se caminha para níveis cada vez mais abstratos de raciocínio, variáveis cada vez mais agregadas e grandes sínteses políticas é fácil descolar-se da realidade concreta e esta armadilha tem apanhado muitos planejadores. Nesta situação é sempre recomendável associar a intuição e o bom-senso - a expertise que falta para muitos - com as técnicas e modelos racionais adotados em qualquer manual de planejamento.

IV. “o planejamento é obra de pura técnica, e portanto deve ser neutro...”: é evidente que os planejadores devem ter conhecimento técnico mínimo sobre o que planejam. Tais conhecimentos podem ser apreendidos de forma padrão e uniforme, estão acumulados historicamente nos mais diversos setores do conhecimento humano. Entretanto, no setor público especialmente, seria um suicídio “planejado”, fazer planos sem incluir as variáveis de poder e da política na sua concepção e execução. Não existe planejamento neutro, pelo simples fato de que planejar é priorizar e resolver problemas e isto pressupõe uma determinada visão-de-mundo, concepção de Estado, de organização social e assim por diante. Planejar estrategicamente implica necessariamente em manipular variáveis políticas, em situações de poder compartilhado, onde os “outros” também planejam e formulam estratégias. O planejamento que se diz meramente técnico na verdade resulta em simples adivinhação e charlatanismo intelectual.

A superação da visão tradicional requer uma mudança de postura intelectual e governamental, compreender que não cabe ao planejamento predizer o futuro, mas buscar viabilidade para criar o futuro, como uma ferramenta que amplia o arco de possibilidades humanas, um instrumento de liberdade.

A “visão situacional” do PES - Os principais argumentos que sustentam o Planejamento Estratégico e Situacional² podem ser assim resumidos:

Mediação entre o Presente e o Futuro. Todas as decisões que tomamos hoje tem múltiplos efeitos sobre o futuro porque dependem não só da minha avaliação sobre fatos presentes, mas da evolução futura de processos que não controlamos, fatos que ainda não conhecemos. Portanto os critérios que utilizamos para decidir as ações na atualidade serão mais ou menos eficazes se antecipadamente pudermos analisar sua eficácia futura, para nós mesmos e para os outros. Qual o custo da postergação de problemas complexos ? Que tipo de efeitos futuros determinada política pública resultará ? Estes impactos futuros aumentarão ou diminuirão a eficácia do nosso projeto de governo ? Tais perguntas dizem respeito ao necessário exercício de simulação e previsão sobre o futuro, quando devemos adotar múltiplos critérios de avaliação e decisão.

² Sob a mesma filosofia inspiradora do PES várias outras adaptações metodológicas tem surgido: MAPP – Método Altadir de Planejamento Popular - é um “resumo” do PES feito por C. Matus, PED – Planejamento Estratégico e Democrático – aplicado por A. K. Sato no Governo Cristóvão Buarque em Brasília –DF, PEP - Planejamento Estratégico Participativo, a partir da experiência do Governo do Rio Grande do Sul, etc...

É necessário prever possibilidades quando a predição é impossível: na produção de fatos sociais, que envolvem múltiplos atores criativos que também planejam, a capacidade de previsão situacional e suas técnicas devem substituir a previsão determinística, normativa e tradicional que observa o futuro como mera consequência do passado. Decorre desta percepção a necessidade de elaborar estratégias e desenhar operações para cenários alternativos e surpresas, muitas vezes, não imagináveis.

Capacidade para lidar com surpresas: o futuro sempre será incerto e nebuloso, não existe a hipótese de governabilidade absoluta sobre sistemas sociais, mesmo próximo desta condição há sempre um componente imponderável no planejamento. Devemos então, através de técnicas de governo apropriadas, preparar-nos para enfrentar surpresas com planos de contingência, com rapidez e eficácia, desenvolvendo habilidades institucionais capazes de diminuir a vulnerabilidade do plano.

Mediação entre o Passado e o Futuro: o processo de planejamento estratégico se alimenta da experiência prática e do aprendizado institucional relacionados aos erros cometidos. Portanto será preciso desenvolver meios de gestão capazes de aprender com os erros do passado e colocar este conhecimento a serviço do planejamento.

Mediação entre o Conhecimento e a Ação: o processo de planejamento pode ser comparado a um grande cálculo que não só deve preceder a ação, mas presidí-la. Este cálculo não é obvio ou simples, é influenciado e dependente das múltiplas explicações e perspectivas sobre a realidade, só acontece, em última instância, quando surge a síntese entre a apropriação do saber técnico acumulado e da *expertise* política. É um cálculo técnico-político, pois nem sempre a decisão puramente técnica é mais racional que a política, e vice-versa. O cálculo estratégico dissociado da ação, será completamente supérfluo e formal, por sua vez, se a ação não for precedida e presidida pelo cálculo estratégico então a organização permanecerá submetida à improvisação e ao ritmo da conjuntura.

O enfoque proposto de planejamento, portanto, não é um rito burocrático ou um conhecimento que possa ser revelado a alguns e não a outros, mas uma capacidade pessoal e institucional de governar – que envolve a um só tempo perícia e arte -, de fazer política no sentido mais original deste termo. **O processo de planejamento não substitui a perícia dos dirigentes**, nem o carisma da liderança, ao contrário, aumenta sua eficácia porque coloca estes aspectos a serviço de um projeto político coletivo. Neste modo de ver a política, o governo e o planejamento ninguém detém o **monopólio** sobre o cálculo estratégico e sistemático sobre o futuro, há uma profunda diferença em relação ao antigo “planejamento do desenvolvimento econômico e social” tão comuns nos órgãos de planejamento de toda América Latina e particularmente na tradição brasileira.

A concepção tradicional de Planejamento e a nova concepção

Os métodos mais tradicionais de planejamento são extremamente normativos, impessoais e se dizem neutros, pois se pretendem amparados na “boa técnica de planejamento”. Vejamos como se estruturam teoricamente tais visões:

Há sempre um ator que planeja e os demais são simples agentes econômicos com reações completamente previsíveis. O planejamento pressupõe um “**sujeito**” que planeja, normalmente o Estado, e um “**objeto**” que é a realidade econômica e social. O primeiro pode *controlar* o segundo.

As reações dos demais agentes ou atores são **previsíveis** porque seguem leis e obedecem a prognósticos de teorias sociais bem conhecidas. O Diagnóstico é pré-condição para o planejamento, ele é verdadeiro e objetivo (segue do comportamento social) , portanto, único possível, não explicações alternativas dos demais atores.

O sistema gera incertezas, porém são numeráveis, previsíveis enquanto tais, não há possibilidade de surpresas não-imagináveis.

O ator social que planeja não controla todas variáveis, mas **as variáveis não-controladas não são importantes** ou determinantes, não tem um comportamento criativo ou são controladas por outros atores.

Há nesta visão, uma **aparente governabilidade**, gerada pela ilusão de que as variáveis não controladas simplesmente não são importantes. A governabilidade e a capacidade de governar são reduzidas e absorvidos, em última instância, pela aparente pujança do projeto político (que é “verdadeiro” *per se* e portanto, auto-legitimado). Neste cenário só há uma teoria e técnica de planejamento, além do mais, suas deficiências não aparecem como problema a ser resolvido, os dirigentes se concentram mais nas relações de mando e hierarquia e no tempo gasto na tentativa de corrigir a ineficácia dos projetos (gestados convencionalmente).

Uma concepção estratégica de planejamento – como a proposta pelo PES - parte de outros postulados. Na realidade social há vários agentes que planejam com **objetivos conflitivos**. A eficácia do meu plano depende da eficácia das estratégias dos meus oponentes e aliados. Não uma única explicação para os problemas, tampouco uma **única técnica de planejamento**. Neste modelo de poder compartilhado a teoria normativa e tradicional do planejamento perde toda sua validade. Normalmente pensamos que se nada deve mudar o planejamento é muito eficaz, embora desnecessário, por outro lado, se tudo está rapidamente mudando o planejamento é pouco eficaz, embora muito necessário. Este paradoxo aparente se dissolve quando abandonamos a idéia equivocada que associa o planejamento ao exercício inconseqüente da pura *futurologia*. Pensar estrategicamente neste novo enfoque pressupõe colocar as relações iniciativa-resposta de **agentes criativos** no lugar das relações causa-efeito, típica dos sistemas naturais.

O cálculo de planejamento é **sempre interativo** porque, sendo a eficácia do nosso plano dependente da eficácia do plano dos outros atores, há um componente de incerteza primordial, que é diferente de processos sociais repetitivos ou das relações das ciências naturais. Há portanto uma carga intensiva em formulação de estratégias e recursos de gestão, o oposto ao “plano-livro” estático e tradicional. O ator que planeja está inserido num jogo de **final aberto**, onde o próprio tempo já tem conceitos diferenciados conforme a percepção de múltiplos agentes em situação de poder compartilhado. Isto não quer dizer, entretanto que se rejeitem instrumentos e ferramentas metodológicas comumente utilizadas no planejamento normativo, ao contrário, tais ferramentas adquirem uma utilização ainda mais pragmática e eficaz.

Podemos resumir os postulados teóricos deste enfoque metodológico nos seguintes argumentos:

O sujeito que planeja está incluído no objeto planejado. Este por sua vez é constituído por outros sujeitos/atores que também fazem planos e desenvolvem estratégias. Deste contexto surge o componente de incerteza permanente e o cálculo interativo que exige intensa elaboração estratégica e um rigoroso sistema de gestão. O caráter modular do enfoque estratégico deriva desta necessidade de redimensionar, agregar, combinar diferentes operações em diferentes estratégias.

O “diagnóstico” tradicional, único e objetivo, já não existe mais, no lugar surgem várias **explicações situacionais**. Como os demais atores possuem capacidades diferenciadas de planejamento, a explicação da realidade implica em diferentes graus de governabilidade sobre o sistema social.

Não há mais comportamentos sociais **previsíveis** e relações de causa-efeito estabelecidas. O “juízo estratégico” de cada ator determina a complexidade do jogo aberto e sem fim. A realidade social não pode mais ser explicada por modelos totalmente analíticos, a simulação estratégica assume nesse contexto uma relevância destacada.

O planejamento deve centrar sua atenção na conjuntura, no jogo imediato dos atores sociais, o contexto conjuntural do plano representa uma permanente passagem entre o conflito, a negociação e o consenso, é onde tudo se decide. Na conjuntura concreta acumula-se ou não recursos de poder relacionados ao balanço político global das ações de governo. É por isso que “**planeja quem governa**”, e “governa” quem, de fato planeja. Quem tem capacidade de decisão e responsabilidade de conduzir as políticas públicas deve obrigatoriamente envolver-se no planejamento. A atividade de coordenação, assim, é indissociável do planejamento, que é, também, uma opção por um tipo organização para a ação que refere-se a oportunidades e problemas reais.

Os problemas sociais são mal-estruturados, no sentido de que, não dominamos, controlamos e sequer conhecemos um conjunto de variáveis que influenciam os juízos estratégicos dos demais agentes sociais envolvidos. Não há portanto como determinar com exatidão as **possibilidades de eficácia do plano** ou os resultados esperados em cada ação. Governar com plano estratégico mais do que resolver problemas significa promover um intercâmbio de problemas quando nosso objetivo é que problemas mais complexos e de menor governabilidade cedam lugar a outros menos complexos e de maior governabilidade.

O planejamento **não é monopólio do Estado**, nem de uma força social situacionalmente dominante. O planejamento sempre é possível e seu cumprimento não depende de variáveis exclusivamente econômicas, qualquer ator, agente ou força social tem maior ou menor capacidade de planejamento e habilidades institucionais.

A visão normativa e a visão estratégica não existem em “estado puro” na prática do planejamento e nas técnicas de governo, embora a maioria dos órgãos públicos e da geração de técnicos trabalhe sobre influência predominante da primeira.

Os momentos de aplicação do enfoque metodológico básico do PES - O enfoque participativo e estratégico do planejamento, no plano geral, é estruturado através de quatro grandes passos, ou fases que podem ser **recursivas e não-lineares**, mas que representam um sequenciamento lógico da elaboração teórica do planejamento. A seguir suas características básicas.

I. **Momento Explicativo**: no planejamento tradicional a realidade é dividida em setores e o método dos planejadores é tão fragmentado quanto são os departamentos dos órgãos de planejamento. O conceito de setor além de muito genérico e pouco prático é uma imposição analítica. O planejamento estratégico situacional propõe trabalhar com o conceito de problemas. A realidade é composta de problemas, oportunidades e ameaças. Esta categoria permite sintetizar a noção de explicação da realidade em suas múltiplas dimensões (inter-disciplinar) com a noção de direcionalidade do ator: saber selecionar e identificar problemas reais (atuais ou potenciais) e distinguir causas de sintomas e conseqüências já é mudar radicalmente a prática tradicional dos “diagnósticos” convencionais. Explicar a realidade por problemas também permite o diálogo e a participação com setores populares que afinal sofrem problemas concretos e não “setores” de planejamento, além de facilitar a aproximação entre “técnicos” e “políticos”. Na explicação da realidade temos que admitir e processar a informação relativa a outras explicações de outros atores sobre os mesmos problemas, isto é, a abordagem deve ser sempre situacional, posicionada no contexto.

II. **Momento Normativo:** após a identificação, seleção e priorização de problemas, bem como o debate sobre as causas, sintomas e efeitos estamos prontos para desenhar o conjunto de ações ou operação necessárias e suficientes para atacar as causas fundamentais dos problemas (também chamadas de Nós Críticos). Esta é a hora de definir o conteúdo propositivo do plano. É importante neste modelo de planejamento é discutir a eficácia de cada ação e qual a situação objetivo que sua realização objetiva. Isso só pode ser feito relacionando os resultados desejados com os recursos necessários e os produtos de cada ação. Os planos normativos normalmente terminam aqui, onde o planejamento situacional apenas começa, para que ações tenham impacto efetivo e real na causa dos problemas há ainda dois passos ou momentos fundamentais, o estratégico e o tático-operacional.

III. **Momento Estratégico:** se a realidade social não pode ser fragmentada em diferentes “setores”, se outros “jogadores” existem e tem seus próprios planos, se o indeterminismo e as surpresas fazem parte do cotidiano, então o debate sobre a viabilidade estratégia das ações planejadas não é só necessário como indispensável. Toda estratégia é uma exploração consciente do futuro, ela resulta da situação diferenciada dos vários atores em relação à problemas, oportunidades e ameaças. A parte a grande quantidade de conceitos envolvendo o termo “estratégia” aqui vamos adotá-la com um conjunto de procedimentos práticos e teóricos para construir viabilidade para o plano, para garantir sua realização com máxima eficácia. Dois instrumentos-processos cabem aqui: a análise de cenários e a análise criteriosa dos demais atores sociais ou agentes. Os cenários representam distintas reflexões, limitadas pela qualidade da informação disponível, sobre possíveis “arranjos” econômicos, institucionais, políticos, sociais, etc., capazes de influenciar positiva ou negativamente a execução das ações planejadas. Ao permitir a simulação sobre as condições futuras os cenários permitem a antecipação das possíveis vulnerabilidades do plano e a elaboração de planos de contingência necessários para minimizar os impactos negativos. Já a análise dos demais agentes envolvidos no espaço do problema-alvo do plano é imprescindível para identificar o possível interesse e motivação de cada um e o tipo de pressão que é (ou será) exercida em relação às ações planejadas. É obvio dizer que a elaboração de cenários e o “estudo do outro” só tem um grande objetivo: desenhar as melhores estratégias para viabilizar a máxima eficácia ao plano.

IV. **Momento Tático-Operacional:** é o momento de fazer, de decidir as coisas, de finalmente agir sobre a realidade concreta. É quando tudo se decide e por isso do ponto-de-vista do impacto do plano é o momento mais importante. Neste momento é importante debater o sistema de gestão da organização e até que ponto ele está pronto para sustentar o plano e executar as estratégias propostas. Para garantir uma resposta positiva será preciso acompanhar a conjuntura detalhadamente e monitorar não só o andamento das ações propostas, mas também a situação dos problemas originais. Deve-se reavaliar criticamente todo o processo interno de tomada de decisões, o sistema de suporte à direção, como os sistemas de informações, devem ser revistos e reformulados. Outros temas vitais neste momento são a estrutura organizacional, o fluxo interno de informações, a coordenação e avaliação do plano, o sistema de prestação de contas, as ferramentas gerenciais existentes e necessárias e finalmente a forma, dinâmica e conteúdo da participação democrática na condução do plano. Não podemos esquecer que o planejamento estratégico só termina quando é executado, é o oposto à visão tradicional do “plano-livro” que, separando planejadores dos executores, estabelecia uma dicotomia insuperável entre o conhecer e o agir.

Conclusão – O PES na prática.

O PES é um método que pressupõe constante adaptação a cada situação concreta onde é aplicado. Entretanto os principais momentos tendem a utilizar instrumentos metodológicos parecidos. Em síntese são trabalhados nesta ordem:

Momento Explicativo (substitui o antigo “diagnóstico”): Análise do Ator que planeja (limites e potencialidades, ambiente interno e externo), identificação e seleção de problemas estratégicos, montar os Fluxos de explicação do problemas com as cadeias causais respectivas, seleção das causas fundamentais – chamadas de Nós Críticos como centros práticos de ação, construção da Árvore de Resultados a partir de uma Situação-Objetivo definida pelo grupo.

Momento Operacional: desenhar ações ou projetos concretos sobre cada Nó Crítico – as chamadas Operações do Plano, definir para cada Operação necessária os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos, construir cenários possíveis onde o plano será executado, analisar a trajetória do conjunto das operações em cada cenários e – a partir disto – tentar diminuir a vulnerabilidade do Plano.

Momento Estratégico: analisar os Atores Sociais envolvidos no Plano, seus interesses, motivações e poder em cada uma das Operações previstas e cenários imaginados, definir a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecer um programa direcional para o plano, construir viabilidade estratégica para atingir a Situação-Objetivo.

Momento Tático-Operacional (sistema de gestão): debate sobre as formas organizativas, a cultura organizacional e o *modus operandi* da organização de modo a garantir a execução do plano. Neste momento devem ser encaminhados os seguintes temas: funcionamento da agenda da direção, sistema de prestação de contas, participação dos envolvidos, gerenciamento do cotidiano, sala de situações e análise sistemática da conjuntura.

A tecnologia de aplicação do PES é extremamente simples: (a) se apóia em visualização permanente, usando cartelas ou tarjetas³, (b) ambientes normais, não é necessário nenhum tipo de sofisticação e (c) os tempos necessários de trabalho intensivo costumam ser de aproximadamente 40 ou 50 horas. A realização de um seminário de Planejamento utilizando o PES **mobiliza muito as tensões** internas e faz aflorar conflitos muitas vezes ocultos pela rotina burocrática. Neste sentido é sempre recomendável o uso de técnicas e dinâmicas de grupo (como os jogos dramáticos, por exemplo) para trabalhar positivamente tais tensões e processos grupais.

Entretanto, pode apresentar algumas desvantagens, principalmente se não sofrer as adaptações metodológicas e operacionais necessárias: (a) normalmente a qualidade do método depende muito da qualidade do facilitador ou monitor que conduz o uso das técnicas e ferramentas necessárias. Isto recomenda o máximo cuidado na escolha do Consultor; (b) ele é um sistema metodológico tão potente, quanto complexo e motivador de compromissos coletivos, só é eficaz se a alta direção participar de todas atividades previstas, pelo tempo necessário e (c) não deve ser usado para solução de problemas não-complexos ou rotinas administrativas de baixo conflito, nestes casos a relação benefício-custo não é adequada.

O Método do Planejamento Estratégico e Situacional é antes de tudo um potente enfoque metodológico, com alguns princípios e visões filosóficas sobre a produção social, a liberdade humana e o papel dos governos, governante e governados. A análise de problemas, a identificação de cenários, a visualização de outros atores sociais, a ênfase na análise estratégica são elementos fundamentais e diferenciadores do PES em relação a outros métodos de planejamento.

O método tem particular validade e excepcionalidade de resultados no setor público, onde a presença de problemas verdadeiramente complexos e mal-estruturados compõe o cenário dominante. Além disso o

³ O “Projeto de Desenvolvimento de Sistema de Suporte ao Planejamento e Gestão”, desenvolvido pelo Laboratório Nacional de Computação Científica (MCT), desenvolveu produtos informatizados para ajudar a capacitação no método bem como sua aplicação concreta segundo o enfoque do PES (www.lncc.br).

PES, ao contrário de outros métodos ditos “estratégicos”, assume como dominante na análise estratégica, as questões relativas às relações de poder entre atores sociais, isto é, a variável política preside a elaboração da viabilidade e vulnerabilidade do Plano. Esta é uma vantagem metodológica vital para uso em organizações públicas onde estas questões fazem parte indissociável da produção de políticas públicas e do relacionamento entre *staff* político-dirigente e quadro de funcionários permanentes.

IDENTIFICANDO E EXPLICANDO PROBLEMAS

Flávio Ricardo Liberali Magajewski **

Os problemas: o que são e porque os explicamos

Vamos iniciar este módulo da nossa aventura prática com o planejamento falando de problemas. Para os objetivos que temos, é importante saber mais sobre o que é um problema e sobre como um problema é reconhecido na realidade, destacando-se com suas características próprias da caótica sucessão de fatos e acontecimentos que caracterizam nossa apreensão do mundo real. Estes problemas é que definirão as ações que desenvolveremos tentando resolvê-los.

Voltando ao assunto, a percepção de qualquer realidade ou um pedaço dela que nos interessa, não é feita à vista (e aos demais sentidos) desarmada. Muitos dos instrumentos cognitivos que temos para perceber a realidade trabalham para simplificá-la, tornando-a compreensível, em suas características distintivas, de outras realidades já reconhecidas em outros momentos de nossa vida. Uma situação recortada da realidade em geral nos interessa por possuir aspectos relevantes, ou seja, por acrescentar algo na rede de conhecimentos que temos organizada em nosso sistema cognitivo.

Os problemas emergem à nossa consciência quando cotejamos uma realidade com um padrão do real que consideramos ideal ou aceitável. Assim, apenas a título de exemplo, a visão de um menino de rua pode nos indignar ou nos deixar passivos. No caso da indignação, nosso modelo mental de referência para este tipo de situação não inclui o abandono de crianças e a sua sobrevivência em situação de risco. A produção de um posicionamento firme e motivado contra a situação que a imagem do menino de rua nos evocou definiu para nós o que é um problema: um dado aspecto da realidade que difere da nossa referência mental, ou nossa “visão de mundo”, destacando-se dela e nos motivando para assumirmos uma atitude que modifique a realidade percebida, que distorce o mundo que gostaríamos de ter. Enfim, um problema é um pedaço inaceitável (para nós), da realidade que percebemos.

Na verdade, toda a questão pertinente, ou seja, as questões que dizem respeito às coisas que nos interessam, e portanto as forças que nos motivam a agir e interagir com a realidade, tem como origem o espaço problemático que nos cerca e é percebido por nós.

Entretanto, como nosso espaço problemático (e não poderia ser de outra forma) é cheio de problemas, uma vez que nossa vida e o entorno que lhe dá sentido é bastante diferente do que gostaríamos que fosse, cabe a nós, se quisermos responder às provocações que nos chegam via identificação de problemas que fazemos a todo o momento, selecionar alguns desses problemas que consideramos mais importantes, para que possamos dar conta deles, ou seja, alterar a realidade para que ela não nos agrida tanto, tornando-se mais parecida com nosso modelo ideal de referência.

O conceito de Situação

É interessante notar que os problemas não são percebidos de forma homogênea por todos os que comparam uma realidade com seus modelos ideais, uma vez que os modelos ideais, calcados em valores, não são os mesmos para todos. Além e por conta disso, o espaço problemático que envolve uma pessoa é diferente do espaço que envolve outra. Assim, duas pessoas observando o mesmo espaço da realidade podem perceber problemas diferentes, ou divergir frontalmente sobre a existência ou não de problemas decorrentes daquela observação.

Por isso é importante neste momento introduzir o conceito de *situação*. Por situação, se entende um recorte da realidade onde pessoas (ou atores sociais, em uma linguagem mais técnica) convivem com seus

** Médico Pediatra, Sanitarista, Especialista em Planejamento de Sistemas de Saúde, Mestre em Administração Pública, Doutor em Engenharia de Produção. Ex-Secretário da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis-SC(1994-96), Diretor de Planejamento (2003-2005), de Políticas de Saúde (2005-2007) e de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde – SC (2007-2010).

problemas, tendo portanto várias explicações diferentes para essa mesma realidade. Dizemos que as pessoas tem *explicações situacionais*, pois essas mudam de acordo com a posição que a pessoa assume na situação. De certa forma, confirmamos no cotidiano as palavras autodefinitórias de Ortega y Gasset: “*eu sou eu e minha circunstância*”⁴.

Uma história muito antiga que relata a experiência de um grupo de hindus cegos com um elefante (*leia na íntegra na página 25*) nos mostra de forma metafórica uma forma tradicional de como as pessoas compreendem o mundo: a partir das suas experiências e interesses. Neste caso, a falta de diálogo permitiu que cada qual ficasse com uma percepção parcial (e rigorosamente verdadeira) do elefante, sem que pudessem se dar conta da insuficiência da sua explicação em relação ao problema que cada um tinha: a construção da imagem completa do elefante. Ao mesmo tempo, todos estavam certos,... e errados!

Ortega y Gasset indica que o conhecimento da realidade pode se dar de duas formas: através de um monólogo, configurando o que seria um diagnóstico tradicional, ou seja, uma prescrição relacionada com a realidade apreendida de forma solitária pelo formulador do diagnóstico. A outra forma de conhecer a realidade, e que queremos enfatizar neste texto, é que se produz através do diálogo com a situação. Nas palavras de Matus⁵, “a apreciação situacional é um diálogo entre um ator e outros atores, cujo relato um dos atores assume de maneira inteiramente consciente do texto e do contexto situacional que o torna coabitante de uma realidade conflitante que admite outros relatos. Minha explicação é um diálogo com a situação em que coexisto com o outro”.

Se estamos envolvidos na situação, nunca é demais salientar que não estamos fora dela. Não a observamos de forma totalmente objetivada. Na verdade estamos incapacitados de ter algum conhecimento objetivo da mesma. Segundo Gadamer, “sempre estamos dentro da situação e esclarecê-la é uma tarefa que nunca se completa inteiramente(...) Existir historicamente significa que o conhecimento sobre si mesmo nunca pode completar-se”⁶.

Explicando problemas: a árvore explicativa

A capacidade de explicar problemas distingue as pessoas que tem capacidade de intervenção sobre eles das que não tem essa capacidade. Explicar problemas é compreender em maior ou menor extensão a rede de causas que contribuem para a existência de um problema na situação, e as consequências que um problema produz sobre a realidade observável.

Para explicar um problema de forma gráfica, podemos utilizar parte do método criado por Carlos Matus, o MAPP – Método Altadir (de alta direção) de Planejamento Popular – simplificando o método PES – Planejamento Estratégico Situacional, muito utilizado no setor saúde na América Latina.

Assim, a explicação de um problema passa pela construção de uma árvore explicativa, que tem quatro fases:

1. O problema é esclarecido sendo descrito pela forma como é percebido na realidade. Por exemplo: Identificamos que os fluxos de comunicação entre a Secretaria da Saúde e suas unidades não vem se dando de forma satisfatória. A descrição desse problema seria a discriminação das várias informações que fizeram você chegar a este problema-resumo, de modo que possamos “medi-lo” ou quantificá-lo. Assim, a constatação de falta de retorno das unidades em relação a notícias e solicitações feitas pela SMS, os freqüentes conflitos criados por servidores pela interpretação distorcida de notícias e informações produzidas pelo setor de comunicação social da SMS e o atraso na entrega de relatórios de produção pelas unidades de saúde podem

⁴ ORTEGA Y GASSET. **História como sistema**. 1936.

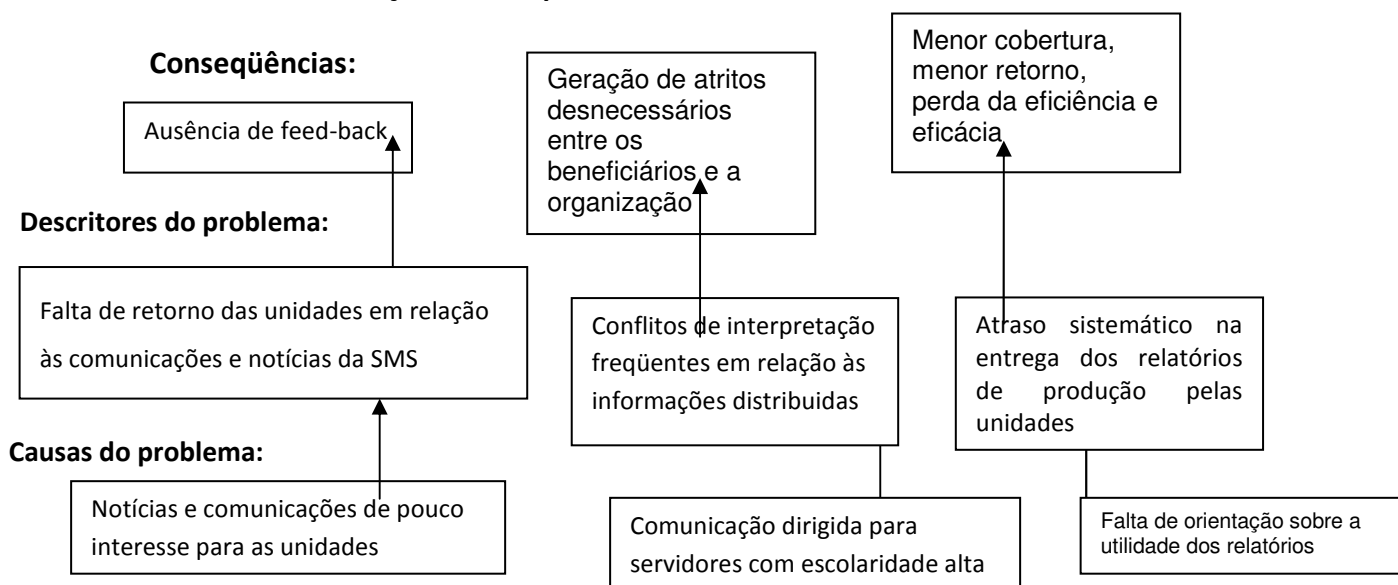
⁵ MATUS, Carlos. **Adeus, Senhor Presidente. Planejamento, Antiplanejamento e Governo**. Recife: Editora Literris, 1989. P. 204.

⁶ GADAMER, Hans Geog. **Truth and Method**. 1975.

ser os descritores específicos do problema inicial. É importante colocar que cada descritor deve ser independente dos demais, ou seja, não pode haver relação causal entre eles.

2. Distribuindo esses descritores do nosso problema no centro de um quadro ou folha de papel, podemos desenvolver a rede causal de nossa árvore explicativa para o lado das raízes, respondendo “porque este problema está aqui?” ou “porque este problema existe?” em relação a cada descritor. Essa pergunta pode ser respondida para baixo em quantos níveis quisermos.
3. Concluída a explicação das causas, vamos desenvolver nossa árvore em direção à aos galhos, perguntando a cada um dos nossos descritores “que consequências ele produz na realidade”. A árvore explicativa pode ficar com esta aparência e conteúdo (dependendo da explicação situacional assumida pelo ator social):

Problema: Comunicação inadequada entre a SMS e suas unidades de saúde.



4. Finalmente, a explicação de um problema se conclui quando identificamos na árvore explicativa os “nós críticos” da mesma. Nós críticos são problemas especiais da nossa árvore explicativa que tem duas características fundamentais: (a) são essenciais para a sustentação da rede de problemas, ou seja, a sua ausência desestruturaria a árvore explicativa modificando a realidade na direção que queremos; (b) são suscetíveis à nossa intervenção, ou seja, tem pontos fracos que podem ser atacados para que os eliminemos ou reduzamos sua importância na rede de causas recém construída. Com este entendimento, cada problema da rede causal (você notou que a construção da árvore explicativa tornou-se uma rede articulada de problemas?) deve ser examinado para que possam ser identificados os nós críticos da mesma. Feita a identificação, resalte os nós críticos dos demais problemas incluídos na árvore explicativa. Sobre estes nós críticos é que vamos concentrar nossas energias.

O CEGO E O ELEFANTE

John Godfrey Saxe (1816-1887)

Eram seis homens do Hindustão
Inclinados a aprender muito,
Que foram ver o Elefante
(Embora todos fossem cegos)
Que cada um, por observação,
Poderia satisfazer sua mente.

O Primeiro aproximou-se do Elefante,
E aconteceu de chocar-se
Contra seu amplo e forte lado
Imediatamente começou a gritar:
“Deus me abençoe, mas o Elefante
É semelhante a um muro”.

O Segundo, pegando na presa,
Gritou, “Oh, o que temos aqui
Tão redondo, liso e pontiagudo?
Para mim isto é muito claro
Esta maravilha de Elefante
É muito semelhante a uma lança!”.

O Terceiro aproximou-se do animal
E aconteceu de pegar
A sinuosa tromba com as mãos.
Assim, falou em voz alta:
“Vejo”, disse ele, “o Elefante
É muito parecido com uma cobra!”.

O Quarto esticou a mão, ansioso
E apalpou em torno do joelho.
“Com o que este maravilhoso animal
Se parece é muito fácil”, disse ele:
“Está bem claro que o Elefante
É muito semelhante a uma árvore!”.
O Quinto, por acaso, tocou a orelha,
E disse: “Até um cego
Pode dizer com o que ele se parece:
Negue quem puder,
Esta maravilha de Elefante
É muito parecido com um leque!”.

O Sexto, mal havia começado
A apalpar o animal,
Pegou na cauda que balançava
E veio ao seu alcance.
“Vejo”, disse ele, “o Elefante
é muito semelhante a uma corda!”.

E assim esses homens do Hindustão
Discutiram por muito tempo,
Cada um com sua opinião,
Excessivamente rígida e forte.
Embora cada um estivesse, em parte, certo,
Todos estavam errados!

MORAL

**Com freqüência em guerras teológicas,
Os disputantes, eu suponho,
Proseguem em total ignorância
Daquilo que cada um dos outros quer dizer,
E discutem sobre um Elefante
Que nenhum deles viu!**

(inclusão crítica posterior)

O Sétimo era um economista
Que viu imediatamente o problema,
E, nunca tendo tocado o animal,
Evitou falhas empíricas.
Disse ele, “O elefante, com toda a sua força e energia,
É melhor descrito em um gráfico semelhante a uma
curva!”.

Construindo ações para superar problemas

O momento de produção criativa de ações para enfrentar os problemas (lembra-se dos nós críticos que selecionamos da árvore explicativa?) que consideramos mais importantes para a sustentação de nosso problema síntese é chamado de momento normativo. Neste momento explicitamos o nosso “deve ser” do plano, ou seja, como gostaríamos que a realidade fosse após nossa intervenção.

As ações podem ser divididas em exigentes de recursos disponibilizados por nós mesmos ou exigentes de recursos sob controle de outros atores sociais. Para as primeiras, basta a sua descrição simples. Já para as que dependem de outros para serem realizadas, exige-se um plano de demandas, já que serão apresentadas na forma de solicitações para os que detém o poder de realizá-las.

Uma ação em geral pode ser sintetizada pelo uso de recursos para a produção de um produto, que também em geral se desdobra em resultados mais ou menos previsíveis.

Como recursos, devemos entender o poder, recursos financeiros, conhecimentos, capacidade organizativa, etc. Como produtos entendemos qualquer impacto de cunho mobilizador, gerador de novos recursos ou capaz de gerar novos conhecimentos, entre outros. Como resultados devemos assumir uma comparação entre os mesmos e os nossos objetivos. Afinal, as ações que realizamos devem ter seu impacto direcionado para a superação de nosso problema inicial.

Com essas explicações sumárias, já temos a perspectiva de pensar em ações que possam dar conta de nosso objetivo: alterar ou eliminar nossos nós críticos.

Tente fazer no quadro abaixo a descrição das ações que você criou para enfrentar os nós críticos selecionados no primeiro módulo. Não esqueça de registrar o nó crítico na célula correspondente, conforme a planilha abaixo. Não esqueça de incluir também o responsável pela realização da ação, para que possamos saber se ela é uma ação ou uma demanda. A listagem de quem apoiará a realização da ação também é útil.

Na planilha abaixo, a primeira linha foi utilizada para exemplificar a forma de sua utilização.

NÓS CRÍTICOS	AÇÕES	QUEM REALIZA	QUEM APOIA
<i>Falta de comunicação entre o nível central da SMS e as unidades de saúde.</i>	<i>1. Desenvolver jornal mensal com notícias da rede; 2. Criar jornal mural nas unidades de saúde</i>	<i>Equipe de IEC Colegiado de coordenadores de unidade</i>	<i>Gabinete da SMS Equipe de IEC</i>
...			

Apresentando nosso plano em uma Planilha Operacional

Nosso plano depende de recursos que devem ser calculados com antecedência para que possamos consegui-los em tempo hábil para a realização das ações programadas.

Para tal, além das informações já incluídas na planilha desenvolvida na última lição, devemos incluir uma previsão dos recursos financeiros (\$\$), organizativos (Org), e políticos (Pol) que serão necessários para a ação, e a fonte que garantirá os mesmos no momento oportuno. Este cálculo é o que chamamos de orçamentação do plano.

Os recursos financeiros incluem as necessidades materiais de investimento e custeio para a realização da ação. Os recursos organizativos incluem a estrutura necessária para executar a ação, inclusive a qualificação das pessoas necessárias para tal. Os recursos políticos são aqueles que precisamos para mobilizar os interesses de outros atores para nossas ações, o que inclui capacidade de negociação, cooperação, etc.

Além disso, é interessante definir o prazo para a execução da ação. A definição do prazo é o que chamamos de cronograma de execução do plano. Ele pode ser sofisticado, como sistemas do tipo PERT ou CPM, utilizados na indústria para execução de projetos complexos, ou podem ser um calendário simples como o que utilizamos no controle de nossos compromissos.

A Planilha Operacional, assim acrescida, ficaria assim constituída:

<i>Nó Crítico</i>	<i>Ação</i>	<i>Responsável</i>	<i>Apoio</i>	<i>Prazo</i>	<i>Recursos</i>		
					<i>\$\$</i>	<i>Org</i>	<i>Pol</i>

Se os recursos forem obtidos de diversas fontes, coloque a participação de cada um designando a fonte ao lado. Como esse é apenas um exercício, não é necessária uma estimativa exata dos recursos. Utilize uma convenção simples: (+) para poucos recursos necessários; (++) para recursos moderados e (+++) para a necessidade de muitos recursos.

Tente completar a planilha para ter um documento com o qual você poderá negociar melhor as necessidades pendentes ou apresentar melhor seu projeto para possíveis apoiadores, simpatizantes ou aliados.

A título de síntese sobre o que já desenvolvemos até aqui, é interessante entender que um plano deve ser sempre uma orientação para ações comunicativas que devem trazer apoios ao seu projeto ou definir melhor os possíveis adversários de sua proposta, já que você não tem objetivos isentos de eventual oposição ou resistência.

Mapeando a situação: atores sociais, seus valores e interesses

Introdução

Todo o processo de tensionamento entre a mudança e a manutenção de uma situação social tem “atores sociais” que “personificam” posições em relação a seus objetivos, assumindo uma postura específica também em relação a cada uma das ações pretendidas no seu plano.

Neste módulo você aprenderá um método simples de “mapear” as situações de eventual conflito e/ou cooperação que potencialmente coexistem com seus propósitos de mudança, externados pelas ações que você criou para enfrentar os problemas da sua árvore explicativa.

Este momento do planejamento é chamado de momento estratégico por considerar os “outros” interessados no nosso problema, estimando seu grau de interesse e o valor que esses “atores” tem em relação ao nosso problema e às ações que estamos planejando para modificá-lo.

Você terá a oportunidade de utilizar este “mapa” dos “atores sociais” relacionados com o seu problema para definir com mais segurança a forma como você vai tratá-los no jogo social que é a sua trajetória em direção ao seu objetivo: a transformação da realidade.

Uma experiência com planejamento estratégico

A estrutura de Informação, Educação e Comunicação (IEC) da Prefeitura de Lago Lindo foi reformulada recentemente, integrando-se os setores que trabalhavam com a educação em saúde, controle social, e apoio a eventos com a assessoria de comunicação que estava até então vinculada ao Gabinete do Prefeito. Apesar dessa integração, a equipe permaneceu com sérios problemas operacionais e solicitou apoio para a realização de uma oficina de planejamento para tentar identificar os problemas que travavam o funcionamento do setor.

Entre os problemas identificados pela equipe, ficou claro que não vinham sendo aproveitadas as oportunidades existentes para o desenvolvimento de atividades de IEC que modificassem a situação de passividade da comunidade em relação ao controle social na área de saúde do município. A árvore explicativa para esse problema identificou dois nós críticos para enfrentamento: a falta de clareza em relação à tarefa sob responsabilidade da equipe e a ausência de atividades específicas de acordo com o perfil dos grupos sociais a serem mobilizados para a participação na gestão do SUS no município.

Para enfrentar esse último nó crítico, ficaram definidas três ações sob responsabilidade da equipe do IEC:

- a diversificação de meios para sensibilização da comunidade;
- a organização de uma programação mais consistente aproveitando eventos, datas e oportunidades para associar qualidade da saúde da comunidade com a participação efetiva da população nos conselhos locais e municipal de saúde;
- a produção de materiais mais específicos com os interesses dos grupos sociais representativos da comunidade.

Levando em conta essas ações, ficou claro para a equipe de IEC que era muito importante conhecer melhor todos os interessados na questão do controle social no município, já que esse tema pareceu a todos ter evidente conotação política, ferindo interesses diversos se alterado em qualquer sentido. Alguém lembrou no grupo que tinha lido uma definição de um médico chamado Mário Testa que dizia que podemos identificar um problema político sempre que nos encontrarmos com uma proposta para (re) distribuição de poder. Todos concordaram que iniciativas que ampliassem a participação da comunidade também incluíam a possibilidade de perda do poder de alguns (políticos, empresários, o padre e o dono do hospital, por exemplo) e a sua eventual transferência para outros (lideranças comunitárias, sindicais e os funcionários da Secretaria da Saúde do município). Pensando nisso, a equipe identificou todos os que tinham algum interesse nesse problema, criando uma tabela para facilitar seu trabalho. Ela foi desenhada com colunas para a identificação de cada ator social, para definição do interesse e valor desse ator social

em relação ao nosso problema e uma última coluna para a escolha da melhor maneira de tratar cada um desses atores de acordo com o valor e o interesse dos mesmos em relação às ações programadas.

A tabela ficou assim após a identificação dos atores sociais:

Ator Social	Perfil sumário	Interesse	Valor	Estratégia
Prefeito	Ex-deputado estadual, pertence a partido político conservador			
Padre	Liderança progressista, faz oposição ao prefeito			
Proprietário da Rádio	Tem ligações com o prefeito mas tem perfil mais democrático			
Sindicato dos Trab. Rurais	Liderança da oposição ao prefeito no município			
Associação Bairro Bela Vista	Seu presidente é vereador da oposição. Líder populista			
Dono do hospital	Ex-prefeito e principal aliado do atual prefeito no município. O primeiro médico da cidade.			
Dono do Jornal	Perfil moderado, tem simpatia pela oposição.			

Definindo o interesse dos atores sociais

A posição das pessoas ou dos grupos de pessoas em relação a determinada questão, problema ou ação pode ser estimada a partir do conceito de **interesse**. O interesse de um grupo social pode ser de apoio (+), de rechaço (-) ou de indiferença (0), que pode ser subdividida em indiferença real (0), indiferença tática (00) ou indiferença por desatenção (ϕ).

A indiferença tática significa que o ator ou grupo social dissimula um interesse real positivo ou negativo sob a máscara da indiferença. Em momento oportuno (ameaça ou outro) ele poderá surpreender assumindo o interesse real em relação a uma determinada questão. A indiferença por desatenção é aquela que o ator assume por não ter tido oportunidade de conhecer aspectos que o levariam a um posicionamento mais definido.

Tendo em conta essa orientação, você pode tentar definir o interesse dos atores sociais indicados pela equipe de IEC de Lago Lindo. Vamos tentar?

Após esse exercício, você pode tentar fazer a mesma coisa em relação ao seu problema: identificar os atores sociais que tem alguma ligação com ele e definir, ao seu julgamento, qual o interesse de cada um em relação às ações que você programou para enfrentá-lo.

Estimando o valor dado pelos atores sociais às ações programadas

Assim como você estimou o interesse dos atores sociais em relação às suas ações, você pode definir o valor que cada ator assume em relação a um problema ou ação que você pretende executar na realidade social. O valor que cada ator social define para uma determinada ação é o grau de importância que aquela ação tem para ele. Isso significa que o valor é um grau de intensidade que se associa com a magnitude do impacto que uma ação tem ou pode ter sobre aquele ator social. Assim, podemos expressar o valor que um ator social dá a uma determinada ação como Alto (A), Médio (M) ou Baixo (B).

Se você entendeu o recém exposto, tente fazer a classificação dos atores sociais identificados pela equipe de IEC de Lago Lindo a partir das observações colocadas na tabela da lição anterior.

Para sua orientação, reproduzimos abaixo a tabela completa com a avaliação dos atores sociais feita pelos profissionais de IEC de Lago Lindo:

Ator Social	Perfil sumário	Interesse	Valor	Estratégia
Prefeito	Ex-deputado estadual, tem personalidade autoritária e pertence a partido político conservador	(-)	A	
Padre	Liderança progressista, faz oposição ao prefeito	(+)	A	
Proprietário da Rádio	Tem ligações com o prefeito, mas tem perfil mais democrático	(00)	M	
Sindicato dos Trab. Rurais	Liderança da oposição ao prefeito no município	(+)	A	
Associação Bairro Bela Vista	Seu presidente é vereador da oposição. Líder populista	(+)	M	
Dono do hospital	Ex-prefeito e principal aliado do atual prefeito no município. O primeiro médico da cidade.	(-)	A	
Dono do Jornal	Perfil moderado, tem simpatia pela oposição.	(+)	M	

Escolhendo estratégias para a ação

Com o “mapa” dos interesses e valores em jogo em relação às ações programadas, a equipe de IEC de Lago Lindo pode estabelecer a forma como se relacionaria, em um primeiro momento, com cada ator social identificado. Eles já tinham aprendido que as estratégias podem ser de três tipos: *cooptação*, *negociação* ou *conflito*.

As estratégias de cooptação e negociação são ações cooperativas. Podem ser entendidas como associação de interesses com manutenção de maior ou menor grau de autonomia para atingirmos nossos objetivos, mas sempre com a agregação de mais recursos dos atores que associamos ao nosso projeto como aliados.

Cooptação é a associação de interesses sem qualquer concessão de qualquer das partes. É o caso da relação entre um sindicato e um vereador da oposição visando a aprovação de um projeto de lei que conceda benefícios para o funcionalismo municipal. Todos se beneficiam com a ação no caso de ser a mesma bem sucedida, sem que qualquer um dos dois interessados abra mão de qualquer ponto de sua agenda. A cooptação é um processo de sedução e aliciamento de um ator social para uma proposta para a qual ele não faz qualquer restrição essencial.

A **negociação** é um processo mais complexo, que exige dos interessados a capacidade de ceder em alguns pontos para garantir o apoio do parceiro, que por seu lado pode também ter aberto mão de algum detalhe do seu projeto para consolidar a aliança pretendida. Aqui os interesses também têm alguma afinidade, mas não são tão grandes que comportem o apoio sem contrapartida.

Já o **conflito** é a estratégia assumida na ausência de nenhuma possibilidade de aliança ou acordo. O ator social deve considerar que o conflito é um risco e pode resultar em perdas, chegando ao extremo da extinção do mesmo enquanto ator social, com a derrota do ator social e a manutenção do problema na realidade.

De posse desses conceitos de estratégia, você se considera capaz de, colocando-se no lugar da equipe de IEC de Campo Lindo, indicar a que melhores resultados trará se utilizada com cada um dos atores sociais indicados pela equipe de IEC de Lago Lindo?

Após esse exercício, você pode construir a tabela estratégica referente ao seu problema. Para tal, repita os passos que trilhamos neste módulo: liste os atores sociais, defina o interesse dos mesmos em relação ao seu problema, faça a mesma coisa com o valor que este ator dá às ações programadas e finalmente, considerando o perfil de cada ator, indique a melhor estratégia para você utilizar com cada um deles.

Momento Tático Operacional

O Momento Tático Operacional é o momento essencial: aquele que nucleia todo o esforço desenvolvido nos demais momentos do MAPP. É neste momento que coroamos o processo de planejamento **executando as ações definidas no momento normativo visando alterar a árvore de problemas construída no momento explicativo com o apoio viabilizado pelo cálculo interativo e as iniciativas pensadas no momento estratégico.**

Neste momento definimos quem opera ou coordena a execução do plano, em que momento serão deflagradas as ações, e em que seqüência elas se desenvolverão, sempre com o cuidado de uma avaliação permanente da conjuntura para que possamos garantir as condições mínimas para a melhor execução do plano e o seu monitoramento.

Para tal, é importante:

- Definir o Grupo de apoio que garantirá, junto com o responsável por cada ação, a sua realização com sucesso;
- Definir a Coordenação Geral do Plano/Programa
- Definir a periodicidade e forma das avaliações em relação ao desenvolvimento do plano;
- Garantir condições rápidas para contingenciamento e reação diante de situações inesperadas;

O Plano, no Momento Tático Operacional, deve ser absorvido pelas estruturas formais da instituição ou legitimado pelas mesmas (tipo força-tarefa, Grupo de Trabalho Interinstitucional...), especialmente no que se refere à necessidade de que as decisões referentes à execução do Plano devem passar pelos espaços de direção da organização.

Neste Momento, deve-se exercitar testes de acumulação/dependência e de viabilidade/factibilidade mais precisos ou contextualizados, garantindo adequação do anteriormente planejado ao momento da execução.

A avaliação/acompanhamento da execução do Plano deve ser definida pelo menos com os seguintes elementos:

- Gerência / Coordenação do Plano:
- Calendário de reuniões/encontros de avaliação/ acompanhamento;
- Procedimentos: (Relatórios escritos, orais)
- Acompanhamento dos resultados: desenho e seleção criteriosa de Indicadores de processo, de resultado, eficiência, eficácia, bem como quem estará responsável pela sua construção e busca de dados...
- Definir validade do plano e prazo para replanejamento.

O lay-out do Plano de Trabalho sugerido para um Plano de Ação pode ser do tipo:

Operação:				Validade do plano:		
Responsável Geral:				Periodicidade das avaliações:		
Apoios:				Observações:		
Ações/Subações	Cronograma	Objetivo	Meta	Indicador	Contingenciamento (Surpresas)	Ações Alternativas
1.						
2.						
3.						
4.						

APRESENTAÇÃO

A programação, um dos momentos do processo geral de planejamento em saúde, deve estar orientada pela busca de solução dos principais problemas de saúde da população, bem como pelos princípios, diretrizes e estratégias definidos para o setor.

Portanto, momentos constitutivos do processo de planejamento, como os da análise situacional, desenho e definição estratégica do modelo assistencial e de gestão, dentre outros, devem preceder e orientar o processo de programação.

Admite-se que, do ponto de vista operacional, cada eixo da Programação em Saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Assistência, Investimentos, Recursos Humanos e Desenvolvimento Institucional, etc), apresente especificidades e se pautem por tempos técnicos e políticos próprios, configurando processos que demandam lógicas, instrumentos e produtos também singulares. No entanto, a programação deve procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde, em coerência com o processo global de *planejamento*, considerando as definições anteriores expressas nos planos de saúde e as possibilidades técnicas dos diversos estados e municípios. Essa integração deve se dar no que diz respeito à *análise da situação de saúde* da população e *definição das prioridades* da política de saúde em cada esfera, como orientadores dos diversos eixos programáticos, bem como na sua *condução coordenada* que permita uma visão articulada da programação nos estados e municípios.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento histórico dos serviços de saúde no país se deu de forma completamente heterogênea, ao sabor de lógicas as mais diferenciadas, desde o modelo caritativo-autônomo das Santas Casas de Misericórdia do início a meados do século, passando pelo modelo asilar estatizado (hospitais de tuberculose, psiquiatria e hanseníase), pelo modelo previdenciário (do Estado Novo à ditadura militar) com os hospitais dos IAPs e do INPS, bem como pelo modelo sanitaria da antiga Fundação SESP.

Soma-se a estas lógicas, a localização não regulada pelo Estado dos hospitais privados das décadas de 70-80, que integraram a rede do antigo INAMPS. Mesmo no presente, a iniciativa reguladora do estado quanto à localização e dimensionamento de serviços públicos e privados nem sempre perseguiu critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários, gerando um quadro de enorme heterogeneidade e profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre as várias regiões.

Na assistência hospitalar há uma predominância de estabelecimentos hospitalares de pequeno porte (60%), que incorporam tecnologia em menor grau e localizados em municípios com menos de 20.000 habitantes (57,6%).

A rede assistencial é, em geral, fragmentada e desarticulada, onde a própria população busca a solução de seus problemas de saúde deslocando-se para os municípios-pólo das regiões. Estes recebem uma demanda regional de maneira desorganizada, com conseqüente dificuldade de acolhimento, inclusive das situações de urgência/emergência.

Além disso, encontram-se, hoje, situações onde a responsabilidade pelo “consumo” de AIHs ainda é atribuição de cada unidade hospitalar, que emite suas próprias autorizações, a sua clientela. Desta forma, o hospital funciona como um órgão autônomo, cujo limite é a “cota” preestabelecida pelo sistema, com possibilidade real de triar e escolher seus pacientes, seja em caráter de urgência ou eletivo. Pode ainda encaminhar aqueles que excederem sua cota ou que, por motivos financeiros, não interessarem ao hospital proceder à internação.

Disso se conclui que ainda persistem importantes falhas de mercado e carência de mecanismos regulatórios mais eficazes no sistema, resultando em distorções e fraudes, enquanto os prestadores de serviços reclamam incessantemente do baixo valor das tabelas de remuneração.

O sistema de avaliação de serviços de saúde predominante limita-se, em geral, apenas ao controle das faturas dos serviços remunerados por produção, reduzindo o objeto da avaliação ao ato ou procedimento

médico ou laboratorial. A análise dos problemas de saúde, expressos através de indicadores de qualidade de vida e de morbimortalidade, permanece secundarizada.

A superação deste quadro, implica na redefinição de diretrizes estruturais para construção de modelos inovadores de atenção à saúde, a partir de métodos e instrumentos de planejamento e regulação do sistema, bem como num amplo processo de desenvolvimento das capacidades de gerência e gestão, na busca da qualidade da assistência.

O modelo que se propõe é o da conformação de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas, também denominadas sinteticamente de “redes funcionais” a partir da reorganização da atenção básica. Pretende-se, com sua organização, garantir, da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis do sistema e a integralidade da atenção.

A racionalidade que orienta a organização dessas “redes funcionais” fundamenta-se no pressuposto de que o número de casos de doenças que precisam de tecnologia (equipamentos e recursos humanos) mais complexa para serem resolvidos é pequeno, se comparado com os casos que necessitam cuidados de menor complexidade. Assume-se que serviços básicos estruturados, podem resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população. Naturalmente, essa resolubilidade é condicionada às habilidades incorporadas aos profissionais da atenção básica para responderem a complexidade de conhecimentos demandadas neste nível de atenção.

Por conseguinte, a quantidade de unidades adequadas para atender às necessidades da população é inversamente proporcional ao seu grau de complexidade.

Mesmo se considerando as esperadas variações no perfil epidemiológico, esta afirmação continua verdadeira. Os serviços de maior grau de complexidade precisam ter uma dimensão determinada (que varia de acordo com a especialidade) para que a pesada infra-estrutura de que necessitam funcione a custos operacionais razoáveis. Um hospital de 30 leitos, por exemplo, tende a apresentar custos relativos mais elevados que um de 50 leitos, mantido o mesmo padrão de complexidade e qualidade. Daí resulta que a implantação de serviços mais complexos só deveria ser empreendida quando há uma base populacional suficiente para suprir uma demanda que o torne justificável do ponto de vista de seu custo-benefício. Do contrário, essas unidades ficarão relativamente ociosas, significando desperdício dos já poucos recursos, ou serão construídas em escala menor do que o razoável, tornando-se extremamente onerosas.

De acordo com as características demográficas existentes, observa-se que a maioria absoluta dos municípios não têm base populacional suficiente para que se justifique implantar uma rede completa de serviços em todos os seus níveis de complexidade. No entanto, a população desses locais tem tanto direito à saúde quanto os moradores dos grandes centros. A única forma de garantir o acesso, portanto, é organizar redes de serviços, regionalizadas e hierarquizadas, onde um serviço de maior complexidade deve servir a mais de um município.

A base populacional é, então, um dos critérios fundamentais a serem levados em consideração no processo de regionalização. O outro é a forma como essa população se distribui espacialmente e as condições de seu acesso aos serviços, inclusive os tempos de deslocamento envolvidos, a malha viária existente, e finalmente, mas não com menor importância, a consideração das suas formas de adoecer e morrer.

Em função dessas variáveis, embora a concepção permaneça a mesma, a conformação de cada rede específica pode ser diferente, em atenção às diversidades regionais, trabalhando-se com várias alternativas de tamanho, complexidade e especialidade de unidades.

Assim, em relação à atenção básica preconiza-se que as unidades se localizem o mais próximo possível da residência do usuário. Nas áreas com grande concentração de população deve-se dispersar espacialmente unidades básicas de forma que o usuário não tenha necessidade de utilização de meios de transporte e as equipes possam ter contato constante com o espaço territorial a elas adscrito. A experiência, em curso, de implantação das equipes de saúde da família, demonstra que cada unidade básica pode adscrever, como limite, 10.000 pessoas por unidade, comportando no máximo 3 equipes.

Para cada grupo de aproximadamente 10 a 15 equipes organiza-se uma unidade ambulatorial de referência em atenção básica onde se busca potencializar a resolubilidade deste nível de atenção concentrando profissionais nas áreas de ginecoobstetrícia, pediatria, cirurgia geral, saúde mental ou outras definidas como prioritárias de acordo com o perfil epidemiológico do espaço territorial coberto. Nestes espaços, com cobertura total de saúde da família deverá ocorrer um processo substitutivo da rede de serviços, não se devendo manter unidades do modelo tradicional em funcionamento concorrendo no atendimento à mesma clientela adscrita, já que isto significa uma duplicação de serviços, com custos insustentáveis.

Para outros níveis de referência, em áreas com grande concentração de população e melhores condições de acesso, pode-se considerar unidades ambulatoriais maiores, com maior grau de complexidade, concentrando-se recursos tecnológicos e aumentando a resolutividade. Já as regiões de grande dispersão populacional, com precárias condições de transporte, são necessárias unidades de menor porte, localizadas em pontos estratégicos, em maior quantidade de forma a garantir fácil acesso, mas apresentando uma relação custo-benefício adequada e com garantia de referência para serviços mais complexos.

O mesmo raciocínio se aplica às unidades hospitalares. De acordo com cada região cabe estudar várias alternativas, desde pequenas unidades mistas, passando por hospitais gerais, cujo tamanho ideal situa-se entre 50 e 250 leitos, até unidades de alta complexidade e maior incorporação de tecnologia.

Para que esse conjunto de unidades forme uma rede devem ser estabelecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, sob coordenação dos estados, mecanismos e fluxos de encaminhamentos de referências intermunicipais e inter-regionais, para os procedimentos de maior complexidade do que aqueles com que conta cada município, estabelecendo-se a(s) porta(s) de entrada, fluxos e protocolos claros para encaminhamentos.

Entende-se a programação das ações assistenciais como um instrumental básico para alocação de recursos com equidade, para a explicitação das responsabilidades de cada gestor na organização das ações e serviços de saúde, para acompanhamento e avaliação dos resultados, e que contribui para conferir transparência dos critérios utilizados na distribuição dos recursos.

O instrumento que preside a função alocativa no SUS é a Programação Pactuada e Integrada – PPI, cuja condução deve ficar sobre a responsabilidade do estado, isto é, de sua Secretaria Estadual de Saúde. Através da PPI, o gestor estadual define as prioridades na distribuição de seus recursos destinados aos diversos campos de intervenção do setor saúde e consubstancia os critérios de distribuição e mecanismos de alocação pactuados com os gestores municipais. A PPI, dessa forma, viabiliza, no âmbito da assistência, as políticas, diretrizes e prioridades do nível estadual, contidas no Plano Estadual de Saúde, articulando-se com as políticas, diretrizes e prioridades municipais, estabelecidas nos Planos Municipais de Saúde. À PPI devem se somar necessariamente mecanismos alocativos dinâmicos e flexíveis que permitam ajustes periódicos na distribuição dos recursos destinados aos diversos componentes da assistência: atenção ambulatorial básica, de média e alta complexidade e atenção hospitalar.

Para que estes mecanismos sejam instituídos é preciso explicitar claramente nas programações os montantes financeiros que correspondem à cobertura da população do próprio município e aqueles destinados ao financiamento da assistência para os pacientes referenciados por outros municípios de menor grau de complexidade tecnológica.

A formalização das propostas de alocação de recursos financeiros para os municípios que polarizam a atenção, através do *Termo de Compromisso para Garantia de Acesso*, subscrito pelos gestores envolvidos e o estado, permitirá o acompanhamento do comportamento dos fluxos de referências físicos e financeiros. Fica claro que a responsabilidade pela relação direta com os prestadores permanece com os gestores municipais, quando em gestão plena, bem como o fluxo de recursos financeiros permanece seguindo as normas vigentes (NOB 96, NOAS-2001/2002 e Pacto pela Saúde).

I - PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

PROGRAMAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE PARÂMETROS ASSISTENCIAIS: LIMITAÇÕES E PAUTAS DE SUPERAÇÃO

Em geral, as metas físicas e financeiras para os sistemas de saúde, em seus diferentes graus de abrangência e complexidade são estabelecidas a partir de uma base populacional - definida como a população projetada pelo Ministério da Saúde, com base no Censo Demográfico realizado pelo IBGE a partir de parâmetros gerados através da série histórica de produção dos serviços e dos valores médios associados aos grupos de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS.

Considerando as metas físicas geradas para os diferentes grupos de procedimentos da Tabela SIA-SUS, o gestor municipal referencia para outros municípios, parcelas ou a totalidade dos procedimentos previstos para atendimento de sua própria população, nos grupos cuja capacidade instalada municipal for insuficiente ou inexistente.

A lógica assim instituída pressupõe um processo linear, de transferência de metas referenciadas desde os municípios menores, com baixa estrutura assistencial, até os municípios maiores de maior capacidade resolutive.

Este modelo funcionaria se os fluxos de referência se comportassem de maneira unívoca e estável dentro de um sistema que tivesse sido desenhado racionalmente, com estruturas assistenciais projetadas para atender estes fluxos de forma organizada e com capacidades instaladas proporcionais às necessidades das populações a eles referidas.

No entanto, o padrão realmente existente caracteriza-se pela desigualdade e heterogeneidade estrutural, que condiciona o fluxo real de pacientes no interior do sistema.

As diferenças entre as regiões são fruto de acumulações históricas verificadas não apenas no setor saúde, mas que podem e devem ser revertidas com políticas de estado, envolvendo investimentos setoriais e políticas econômicas que redirecionem os eixos tradicionais do desenvolvimento.

Além disso, um comportamento defensivo adotado freqüentemente pelos gestores municipais durante as programações é a “retenção de metas” caracterizado pela superestimação dos quantitativos de metas a serem realizadas em seu município e subestimação dos encaminhamentos previstos aos municípios-pólo.

Como conseqüência desse quadro de grande heterogeneidade, bem como do comportamento concentrador dos gestores, antevê-se a dificuldade dos fluxos de metas referenciadas chegarem automaticamente aos seus destinos e alimentar os municípios de maior densidade tecnológica na assistência, já distanciada historicamente dos demais nos patamares de concentração tecnológica e assistencial.

Portanto, a aplicação de parâmetros rígidos e a captação do fluxo de metas referenciadas demonstram-se pouco eficaz frente à complexidade e heterogeneidade do sistema de saúde, resultando na subutilização de capacidades instaladas em municípios com potencial de atendimento a uma região, bem como na imobilização de recursos financeiros em municípios com reduzidas estruturas assistenciais.

Os parâmetros assistenciais, devem se revestir de um papel de referências quantitativas que permitam a comparação entre as diversas situações, com vistas a um desenvolvimento mais harmônico e equânime entre os municípios e regiões e também entre os próprios serviços existentes em um mesmo município. Padrões qualitativos também deveriam ser desenvolvidos, no que tange aos modelos técnico-assistenciais e organizacionais, pois diversas situações assistenciais não seriam diretamente comparáveis apenas pelo enfoque quantitativo.

O processo de construção dos parâmetros deve se basear crescentemente em padrões ou protocolos consensuados de práticas sanitárias pensadas num contexto operacional e descentralizado, partindo-se de projetos assistenciais específicos como a assistência a populações com perfis de risco e agravos singulares. Destas normas consensuadas se construiriam então parâmetros mais agregados que poderiam se prestar à análise da oferta de serviços nas diversas regiões. Revertendo o cálculo simplista com base no tamanho da população geral, a construção das normas e padrões assistenciais deve se basear em variáveis demográficas e epidemiológicas e em modelos que contribuam na previsão dos impactos das ações sanitárias empreendidas. O incipiente estágio de desenvolvimento da pesquisa em avaliação de tecnologias no país impede uma apropriação imediata das normas geradas pelos consensos de

especialistas, muitas vezes eivados de distorções corporativas ou pouco adaptados à realidade assistencial de amplas regiões do território nacional. Do mesmo modo, a transposição automática de normas e protocolos seguidos em outros países mais desenvolvidos esbarra na incapacidade da oferta gerada pela insuficiência de equipamentos especializados ou capacitação da força de trabalho, quando não da mera inviabilidade de seu financiamento. Daí que, para fins de programação de curto e médio prazo como é o caso da PPI anual, nem sempre é possível utilizar padrões “ideais” recomendados, desconsiderando nossa realidade.

Os parâmetros devem ser portanto, flexíveis e utilizados como balizamentos quantitativos frente a variáveis de natureza social e política, por se tratarem de aproximações apenas modelares às necessidades de saúde, que têm determinações complexas e transcendem os limites dos recursos metodológicos e do saber epidemiológico disponível. Devem ainda considerar tanto a especificidade de projetos assistenciais inovadores que justifiquem a adoção de variantes alternativas como a existência de estruturas demográficas e epidemiológicas e demandas sociais singulares (minorias, questões socialmente relevantes, fluxos migratórios, populações flutuantes, etc.).

Considerando as limitações apontadas e o reconhecimento do caráter processual da construção de parâmetros assistenciais amplamente reconhecidos pelo conjunto do sistema, bem como para contribuir na deflagração desse movimento, um elenco de parâmetros elaborado pelo MS pode ser encontrado no site do Ministério da Saúde (Portaria GM 1101/2002).

I - PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

A abordagem metodológica do processo de programação e a lógica dos instrumentos adotados devem ser coerentes com a estratégia de regionalização e hierarquização da assistência, definidas no *Plano Diretor de Regionalização* em cada estado. Pretende-se, com isso, fazer da PPI um instrumento efetivo para a implementação dos planos de organização da assistência elaborados pelas SES, através da explicitação dos recursos federais, estaduais e municipais. De acordo com a proposta de “*Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização e a Equidade no Acesso*”, para a assistência ambulatorial, propõe-se uma abertura programática que a diferencie em três níveis de complexidade: **atenção básica, assistência ambulatorial de média complexidade e de alta complexidade**. Essa divisão se justifica pelas especificidades de cada um desses níveis, no que diz respeito ao modelo de atenção; organização da rede; distribuição de responsabilidades; dispersão/concentração de serviços; disponibilidade de acesso da população e lógica de financiamento proposta.

Segue-se a estrutura metodológica geral e a lógica de programação proposta para os três níveis de complexidade acima descritos.

1.1- Programação da Atenção Básica

A programação da Atenção Básica – AB - tem como eixo a ampliação do acesso a esse nível da atenção, através da identificação de um conjunto de responsabilidades e de atividades a serem assumidas e desenvolvidas por **todos os municípios do país em** áreas estratégicas estabelecidas por negociação na Comissão Intergestores Tripartite e revisadas bianualmente no bojo do Pacto pela Vida.

A base da programação e do monitoramento da Atenção Básica devem pautar-se pelo estabelecimento de *parâmetros e metas assistenciais* que estejam associados aos pactos estabelecidos para avaliação do desempenho dos municípios na atenção básica.

Os parâmetros e metas assistenciais permitirão:

- avaliar a suficiência dos recursos disponíveis nos municípios para o cumprimento de suas responsabilidades;
- mensurar os investimentos e os acordos de cooperação, técnica e financeira, entre a esfera federal, estadual e municipal, que se façam necessários para que o conjunto dos municípios do estado possam qualificar-se para oferecer as ações de atenção básica ampliada;
- estimar a necessidade de recursos financeiros, estaduais e municipais a serem acrescidos ao montante de recursos federais para custeio da atenção básica;

- fixar metas mínimas para avaliação do desempenho na produção de serviços assistenciais, visando o cumprimento dos pactos firmados.

1.2- Programação da Assistência Ambulatorial de Média Complexidade

Bloco de Média Complexidade e Elencos de Procedimentos de Abrangência Microrregional e Regional.

A Média Complexidade Ambulatorial – MC – é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, de apoio diagnóstico e terapêutico, com algum grau de economia de escala e portanto não disponibilizáveis em todos os municípios do país, a curto ou médio prazo.

Conforme definidos estritamente pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, os procedimentos de MC são aqueles que pertencem aos seguintes grupos: 07– Procedimentos Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio; 08– Cirurgias Ambulatoriais Especializadas; 09– Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos; 10– Ações Especializadas em Odontologia; 11– Patologia Clínica; 12– Anatomopatologia e Citopatologia; 13– Radiodiagnóstico; 14– Exames Ultra-Sonográficos; 17– Diagnose; 18– Fisioterapia; 19– Terapias Especializadas; 21– Próteses e Órteses; 22– Anestesia; 37– Hemoterapia.

Assim, na nossa realidade, por se tratarem de procedimentos que, em geral, são viáveis economicamente em escala populacional maior que 25.000 pessoas, nem todos os sistemas municipais devem dispor destes serviços em sua base territorial. Para que os municípios menores garantam o acesso de sua população aos mesmos, numa distância de deslocamento compatível com a qualidade desejada, estes deverão alocar suas referências, preferencialmente em um único município que polarize sua microrregião ou região, visando a conformação de um módulo assistencial. O cenário desejado é que todas as regiões, disponham de oferta suficiente destes procedimentos.

O bloco de procedimentos de média complexidade do SIA SUS, assim constituído – é composto por grande quantidade de procedimentos, bastante heterogêneos, de complexidade e custo variados e cuja dispersão territorial da oferta entre os municípios obedece a lógicas distintas, sendo portanto de difícil organização e controle.

Partindo dessas premissas, buscou-se a reorganização do Bloco de Procedimentos de MC que pudesse subsidiar o desenho de uma rede assistencial crescentemente resolutiva, admitindo a incorporação tecnológica diferenciada e gradativa entre serviços e os diferentes municípios que compõem uma dada microrregião ou região nos estados.

Para tanto, os procedimentos de MC foram subdivididos em três grandes elencos de procedimentos, admitindo-se três níveis de complexidade: nível I (EPM-I), nível II (EPMII) e nível III (EPM-III).

O primeiro – **EPM I** - é composto por ações do primeiro nível de referência da MC para a atenção básica, de abrangência municipal ou microrregional (módulo assistencial e/ou microrregião) dependendo do porte populacional dos municípios, de sua capacidade de oferta e das estratégias de regionalização adotadas em cada estado.

Estes procedimentos estão associados, principalmente, a um aumento da resolutividade e da qualidade das ações prioritárias na atenção básica - controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle da diabetes mellitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher – através da garantia de acesso de toda a população a um grupo de serviços que compreende: laboratório, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica e algumas ações de odontologia especializada.

O segundo conjunto de procedimentos da MC ambulatorial – **EPM II** – é compreendido por ações consideradas de grande relevância e de menor complexidade e custo e que, idealmente, devem ser comuns a todos os sistemas de abrangência microrregional ou regional, conforme as características dos municípios que o compõem e a definição do *Plano Diretor de Regionalização* de cada estado, podendo compor, a critério do estado, o segundo nível de referência intermunicipal da MC.

Para definição do conjunto de ações e serviços neste nível da atenção, procurou-se, estabelecer quais as especialidades que deveriam compor a equipe mínima de profissionais no segundo nível de referência da MC. Esta escolha pautou-se pela discussão sobre as necessidades de organização de uma rede assistencial resolutive, de modo a manter coerência com os elencos de procedimentos básicos e do primeiro nível de referência, previamente selecionados.

O elenco de procedimentos que poderá servir de linha de base para a caracterização de municípios-pólo do segundo nível de referência da MC em uma dada microrregião ou região nos estados, foi formado, basicamente, mediante a análise de listas de procedimentos realizada por profissionais de diversas especialidades, a partir de sua prática clínica.

O terceiro – **EPM III** – é composto pelos procedimentos de MC de maior complexidade e custo em relação ao M1 e M2, cuja oferta, em certos casos, só é possível em nível regional e/ou estadual, entendidos, portanto, como o terceiro nível de referência da MC .

1.3- Programação da Assistência Ambulatorial de Alta Complexidade

Blocos de Procedimentos de Abrangência Regional e Estadual

O Bloco de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo foi composto levando –se em consideração critérios como alto custo individual de cada procedimento, alto custo em função do tempo de tratamento e/ou restrição da oferta com pouca disponibilização em algum estado, baixa cobertura populacional e dificuldade de acesso.

Portanto, compõem um bloco com características especiais, de maior densidade tecnológica e/ou custo, que devem ser ofertados em municípios-pólo de regiões, ou pólo estadual ou macrorregional e devem ter tratamento diferenciado no processo de programação da sua oferta, já que permite a mensuração das necessidades, oferta e demanda, orientada para a definição da situação futura mais próxima do desejável, avaliando resultados e aprimorando práticas de promoção e prevenção.

O elenco de “Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade” é composto pelos seguintes grupos:

1. Patologia Clínica (3 procedimentos do Grupo 11);
2. Radiodiagnóstico (34 procedimentos do Grupo 13);
3. Hemodinâmica (3 procedimentos – Grupo 26);
4. Terapia Renal Substitutiva (19 procedimentos – Grupo 27);
5. Radioterapia (26 procedimentos – Grupo 28);
6. Quimioterapia (124 procedimentos – Grupo 29);
7. Ressonância Magnética (18 procedimentos – Grupo 31);
8. Medicina Nuclear (73 procedimentos – Grupo 32);
9. Radiologia Intervencionista (35 procedimentos – Grupo 33);
10. Tomografia Computadorizada (17 procedimentos – Grupo 35),
11. Acompanhamento de pacientes (56 procedimentos do grupo 38)
12. Hemoterapia (25 procedimentos do grupo 37)

Totalizando 12 áreas de especialidades para programação dentro da PPI da Assistência. Propõe-se que os serviços de hemoterapia, sejam programados à parte, com lógica diferenciada.

O elenco de “Procedimentos hospitalares de alta complexidade” é composto pelos seguintes grupos:

1. Cardiovascular (22 procedimentos – Grupo 32);
2. Lesões labiopalatais/deformações craniofaciais (17 procedimentos dos grupos 33, 37, 38 e 44)
3. Implante coclear (1 procedimento do grupo 37)
4. Doenças do Sono (2 procedimentos – Grupo 81);
5. Gastroenterologia (1 procedimento – Grupo 33);
6. Cirurgia Oncológica (procedimentos – Grupos 31,32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40)
7. Radioterapia Cirúrgica (6 procedimentos – Grupos 34 e 43);
8. Quimioterapia (6 procedimentos do grupo 79);
9. Iodoterapia (6 procedimentos do grupo 85)
10. Ortopedia (procedimentos – Grupo 39 e 40);
11. Epilepsia (2 procedimentos dos grupos 40 e 81)
12. Neurocirurgia (50 procedimentos – Grupos 32, 33, 34, 37, 38 e 40);
13. Tratamentos da AIDS (10 procedimentos – Grupos 70, 91);
14. Queimados (6 procedimentos do grupo 38),

totalizando 14 grupos de procedimentos passíveis de programação.

A programação do bloco de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional, estadual ou macrorregional dos serviços e da proposição inicial de uma delimitação financeira no teto estadual para o seu custeio, feita pela Secretaria de Estado de Saúde após avaliação/pactuação na CIB .

As diferenças de concentração de serviços entre as regiões devem ser consideradas, buscando-se, de forma racionalizadora, a desconcentração geográfica de sua oferta, com vistas à equidade e facilidade de acesso.

2- INSTRUMENTOS E MÉTODOS PARA A PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL

Em coerência com o exposto, os instrumentos de programação da assistência foram desenhados com uma estrutura interna que reflete as lógicas propostas de pactuação e de definição dos limites financeiros municipais da assistência, subdivididos em elencos de procedimentos por grau de resolutividade, em blocos de procedimentos da Atenção básica, de Média e de Alta Complexidade, como se segue:

2.1- Metodologia para a Programação Ambulatorial na Atenção Básica

O detalhamento da proposta deve garantir uma programação mais minuciosa dos serviços destacando-se em cada um dos ciclos de vida, suas prioridades.

A ampliação da resolutividade da atenção básica também deve ser considerada incluindo-se ações relacionadas à urgência clínica básica, pequenas cirurgias ambulatoriais, ações de odontologia, entre outras que compõe o PAB ampliado.

É necessário que cada município faça adaptações dos parâmetros ao perfil etário de sua população e à realidade epidemiológica do território municipal. Para isto o instrumento eletrônico de programação PROGRAB permitirá a adequação das faixas etárias para cada um dos municípios, a modificação das coberturas nos blocos de ações e também possibilitará o aumento ou a redução das concentrações propostas para as atividades.

2.2- Instrumentos e Métodos para a Programação da Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade

Avaliar os gastos com TFD em cada área e identificar as **referências intermunicipais ocorridas** nos últimos 12 meses, que pode ser fornecida por todos os municípios, é a base para estudos da **distribuição macrorregional e regional** dos serviços.

Analisar a situação de cada área específica quanto à **cobertura assistencial** (existência de fila de espera, protocolos para indicação, controle de qualidade, etc) permite dimensionar a oferta e a procura de forma dinâmica.

A partir dessa avaliação, é necessário definir de forma negociada na CIB uma **delimitação orçamentária** inicial no teto estadual para o custeio, do bloco de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade após estudos coordenados pela Secretaria de Estado de Saúde.

Com a definição de **parâmetros de programação** para os diversos grupos de procedimentos, considerando a cobertura ideal segundo consensos de especialistas e estudos de custo-efetividade, quando existirem, ou série histórica de produção no estado e em outros estados. (Considerar os gastos com TFD, demanda reprimida ou fila de espera). Esses parâmetros podem e devem ser ajustados de acordo com o perfil epidemiológico, as especificidades das regiões e as prioridades da política estadual de saúde. A definição de prioridades é importante para orientar a alocação de recursos limitados, nortear a aplicação dos recursos disponíveis e a busca de outras fontes.

Com as informações acima, é possível a definição dos **tetos regionais** para cada um dos grupos, a alocação de **metas físicas** nos municípios-pólo e a definição da **área de cobertura** de cada serviço, discutida e negociada em reuniões regionais com representantes da SES, do município pólo e dos municípios da mesma área de abrangência.

Este fluxo deverá ser operacionalizado e acompanhado através dos **serviços de regulação** a exemplo da regulação feita pela Central de Internações, Central de Marcação de Consultas e/ou Exames Especializados, com os objetivos de organizar os mecanismos e instrumentos de planejamento, controle e avaliação do sistema, racionalizar a utilização dos recursos disponíveis e facilitar o acesso da população aos serviços.

II- PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Nos últimos anos, com o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde tem tido como estratégia conferir maior resolutividade à rede assistencial local.

Nota-se em geral nos municípios menores o crescimento de estabelecimentos hospitalares de pequeno porte. Atualmente, 20% dos hospitais públicos e filantrópicos possuem entre 50 e 100 leitos, 11% entre 100 e 200 leitos, e 7% mais de 200 leitos. O restante, (62%) possui menos de 50 leitos, sendo que 40% possui menos de 30 leitos.

Ao cruzarmos os procedimentos mais comuns com o número de leitos, verificamos que 50% dos partos normais, 14 % das cesarianas e 40% das internações por crise asmática são feitas nos hospitais com menos de 50 leitos. Além disto, este grupo de hospitais disponibiliza 18% dos leitos cirúrgicos.

A especialização, por si só, não indica necessariamente elemento de complexidade em um hospital. A diversidade de serviços é mais indicativa de complexidade. Um hospital especializado lida normalmente com uma menor diversidade de recursos humanos, de insumos e de equipamentos.

O processo de avaliação da rede hospitalar para a regionalização da assistência deve incluir:

1. classificação dos CTIs e/ou número de leitos de terapia intensiva. Deve-se incluir aqui não somente os leitos de UTI neonatal, mas também os de berçário de alto risco.

2. número de cadastros no SIPAC.

3. existência ou não de pronto-atendimento em clínicas básicas. A simples existência deste pronto-atendimento é uma medida de complexidade, mas que merece uma pontuação baixa, caso não seja acompanhado da oferta de serviços mais especializados que garantam a resolutividade.

4. tipo de inserção no Sistema Estadual de Referência em Urgência e Emergência, (Portaria GM n.o 479) ou no Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestação de Alto Risco (Portaria GM 3477, de 20/08/1998).

5. número de leitos cirúrgicos existentes. A atividade cirúrgica aumenta a complexidade do hospital. Pode-se utilizar o número e porte das cirurgias realizadas ou o número de leitos cirúrgicos cadastrados. Chamamos a atenção para o problema decorrente dos leitos destinados às cesarianas em maternidades e hospitais gerais. Apesar de tratar-se indubitavelmente de uma atividade cirúrgica, a inclusão deles neste item causaria uma distorção na avaliação da complexidade, já que todos os leitos de maternidade potencialmente são cirúrgicos.

Visando a ordenação, hierarquização e integração da rede hospitalar existente, ao processo de organização da rede assistencial e de planejamento e programação da assistência hospitalar e da necessidade de investimentos, uma proposta de classificação de hospitais tem sido utilizada pelo MS.

Do ponto de vista assistencial, o objetivo maior, senão o único, desta classificação é facilitar e organizar o acesso. Dessa forma alguns serviços devem necessariamente ser ofertados ao usuário para conformação de módulo assistencial. O desafio é compatibilizar a realidade atual da rede hospitalar com critérios de hierarquização, resolubilidade, integralidade e acessibilidade.

O quantitativo de AIH do município deve ser proporcional à população, respeitado o perfil epidemiológico e a complexidade da rede e as referências negociadas entre os municípios. O parâmetro para internações nos estados tem variado entre 6 a 8% de cobertura populacional.

PORTARIA GM Nº 3.332, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2006

Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, do parágrafo único, do art. 87, da Constituição Federal, e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006; Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão;

Considerando que o Pacto pela Saúde estabelece uma agenda de prioridades para o Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, na qual estão estabelecidos os instrumentos básicos deste Sistema; Considerando a importância da institucionalização e do fortalecimento do planejamento no SUS, legitimando o mencionado Sistema como processo estratégico de gestão;

Considerando as responsabilidades específicas de cada esfera de gestão no Sistema de Planejamento do SUS; Considerando que o processo de planejamento em cada esfera de gestão deve ser desenvolvido segundo as respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias; Considerando que o desenvolvimento desse processo deve ter em conta a necessidade da participação social e da intensificação da articulação intra e intersetorial;

Considerando que a formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento - englobando o monitoramento e a avaliação - devem traduzir as diretrizes do SUS e ser adaptável às particularidades de cada esfera administrativa;

Considerando a importância da implementação e difusão de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo e que subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; e

Considerando a necessidade de monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema de Planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS, resolve:

Art 1º Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, a saber:

- I - Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; e
- II - Relatório Anual de Gestão.

§ 1º A formulação e a implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem ser desenvolvidos, em cada esfera de gestão, na conformidade de suas especificidades e necessidades.

§ 2º Os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

§ 3º O Plano de Saúde, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via conseqüência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 2º Definir como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS.

§ 1º O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

§ 2º O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

§ 3º O Plano deve, assim, contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção;

§ 4º No Plano devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão;

§ 5º A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos, a saber:

I - o da análise situacional; e

II - o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

§ 6º A análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos:

I - condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;

II - determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e

III - gestão em saúde.

§ 7º O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo.

Art. 3º Definir como Programação Anual de Saúde o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

§ 1º A Programação Anual de Saúde deve conter:

I - a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;

II - o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;

III - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e

IV - a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

§ 2º A Programação Anual de Saúde congrega - de forma sistematizada, agregada e segundo a estrutura básica constante do §1º precedente - as demais programações existentes em cada esfera de gestão.

§ 3º O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Art. 4º Definir como Relatório Anual de Gestão o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

§ 1º Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

§ 2º O Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

§ 3º Em termos de estrutura, o Relatório deve conter:

I - o resultado da apuração dos indicadores;

II - a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e

III - as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).

§ 4º Esse Relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

§ 5º O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

§ 6º Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência.

§ 7º Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.

§ 8º Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 548/GM, de 12 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 73, de 16 de abril de 2001, seção 1, página 18.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Avaliação de Serviços de Saúde

Adaptado de Cláudia H. Silveira, Márcia Cambuí, Paulo Battaglin Machado

1. Ato de avaliar

Avaliar é criar a possibilidade de reverter a direção de nosso trabalho, corrigir o rumo de nossas ações, no sentido de que elas se tonem mais eficientes (agir sem desperdiçar recursos), eficazes (realizar o que planejamos de acordo com o planejado) e efetivas (resultar na melhoria da saúde da população). Dizendo de outro modo, avaliação é um processo contínuo de sucessivos diagnósticos, referente a toda ordem de questões relacionadas a nossa atuação em saúde. Diagnosticamos um problema; montamos uma estratégia para enfrentá-lo, para atingir determinados objetivos; escolhemos indicadores que possam demonstrar que os objetivos traçados estão sendo atingidos; implementamos as ações planejadas; voltamos a diagnosticar para medir em que grau transformamos a realidade em causa; corrigimos nossa estratégia e assim por diante.

Avaliar pode ser entendido, numa definição simplificada, como “atribuição de valores a partir de um padrão de medida (parâmetros) que pode ser qualitativo ou quantitativo, definido a partir dos objetivos que queremos alcançar”. Ao contrário do senso comum que nos induz a acreditar que medir é o mesmo que avaliar, pode-se dizer que estes termos não são sinônimos, mas complementares, pois medir é parte do processo de avaliação. A avaliação depende do objetivo proposto, o qual se efetua a partir do planejamento e tomada de decisão. Para tanto, todo o processo de trabalho deve ser avaliado, sendo sua inserção temporal colocada antes, durante e depois de tal processo. A avaliação tampouco pode estar distante dos atores que planejam e decidem, pois estes são os principais protagonistas do processo de trabalho. Avalia quem planeja e decide. Nesse sentido avaliação pode ser interpretada como a construção de um juízo sobre determinada situação. Este ponto remete ao entendimento de situação segundo Matus onde a situação expressa a condição a partir da qual, indivíduos ou grupos interpretam e explicam a realidade. Nessa perspectiva *juízo* também é auto-referência da compreensão da realidade que fundamenta a percepção dos atores sociais os quais refletem valores, concepções, preconceitos e enfoques inerentes à composição multidiferenciada da sociedade.

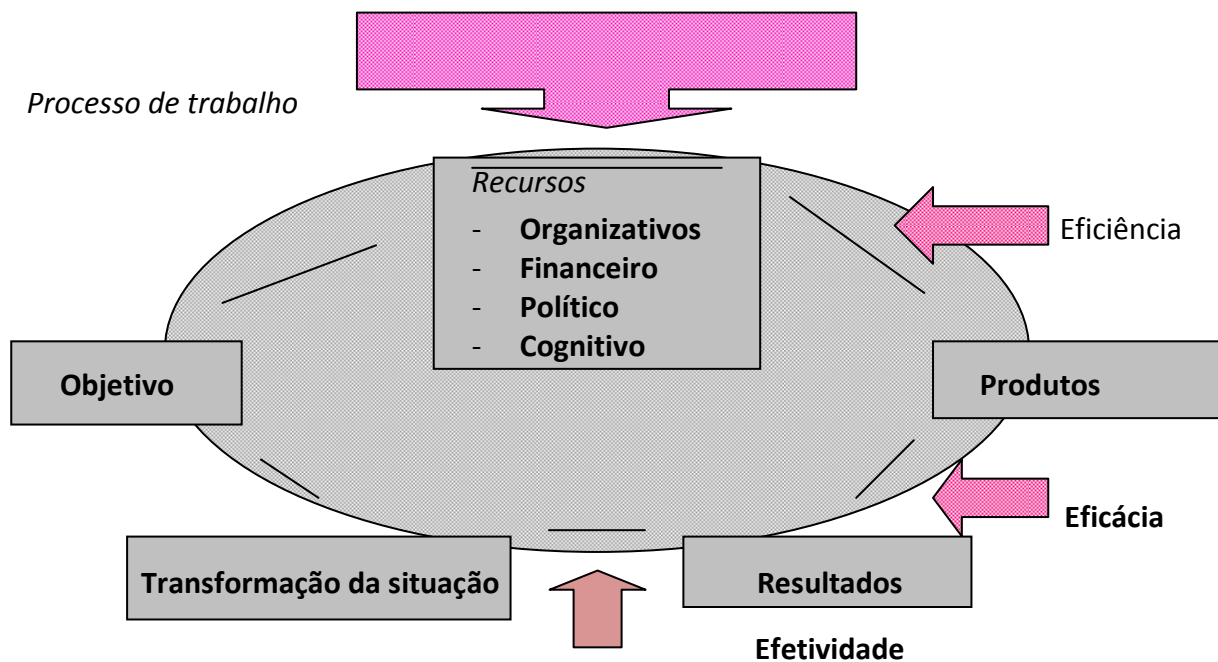
Assim, quando avaliamos, podemos analisar o processo através de diferentes dimensões. A primeira análise refere-se à disponibilidade de recursos que possuímos, sendo esses recursos de todas as ordens; financeiros, humanos, organizativos, cognitivos, políticos entre outros. Se estes recursos são otimizados e potencializados ao máximo, refletindo na sua utilização adequada, então temos um processo eficiente, isto é, temos o produto de uma ação concretizada. Para que atinjamos os resultados conforme planejado, é necessário que o processo seja eficaz, revertendo o produto da ação em resultado. Produto é o objetivo imediato da ação e resultado é o impacto sobre os problemas ou sobre as causas destes, em função da ação desenvolvida. Para se obter o objetivo proposto, buscamos a efetividade de um processo, que representa a transformação de uma situação, ou seja a mudança da realidade observada pelo ator que planeja.

Podemos ainda referir-nos aos aspectos do processo de trabalho onde avaliamos o contexto das soluções propostas através das diferentes ações que contemplam as diversas operações. Isto é a avaliação do processo. Se temos em mente analisar se a

realidade observada sofreu alteração, então voltamo-nos ao cenário dos problemas e os descritores que o dimensionam, onde avaliamos se as mudanças foram favoráveis nos descritores. Esta análise consiste numa avaliação de resultado. No campo das macro-atuações públicas, a avaliação de processo pode representar o monitoramento da gestão governamental, enquanto que a avaliação de resultados incide diretamente no impacto que esta gestão proporcionou à população.

O planejamento estratégico incorpora mecanismos onde o processo de trabalho é avaliado levando em consideração o impacto que suas ações terão sobre a realidade da condição de vida da população em questão ou do meio urbano que ela se encontra.

O modelo abaixo esquematiza a relação do processo de trabalho com os resultados de sua ação sobre a realidade:



1. Informação e avaliação

Segundo Boschilia, entende-se como informação a relação entre dois ou mais elementos de significado restrito (dados) a partir da qual se possa tomar uma decisão ou mudar um comportamento (o que, em última análise, significa também uma decisão de mudança). Em uma situação problema, é a necessidade de decisão que materializa a demanda de informação. Sem problema, inexistente a possibilidade de decisão e, em consequência, a demanda de informação.

A informação só será válida enquanto o perceptor seja capaz de apreendê-la, isto é que, além de perceber, interprete. Quando a informação é apreendida, interpretada e decodificada, ela serve para resolver novas situações.

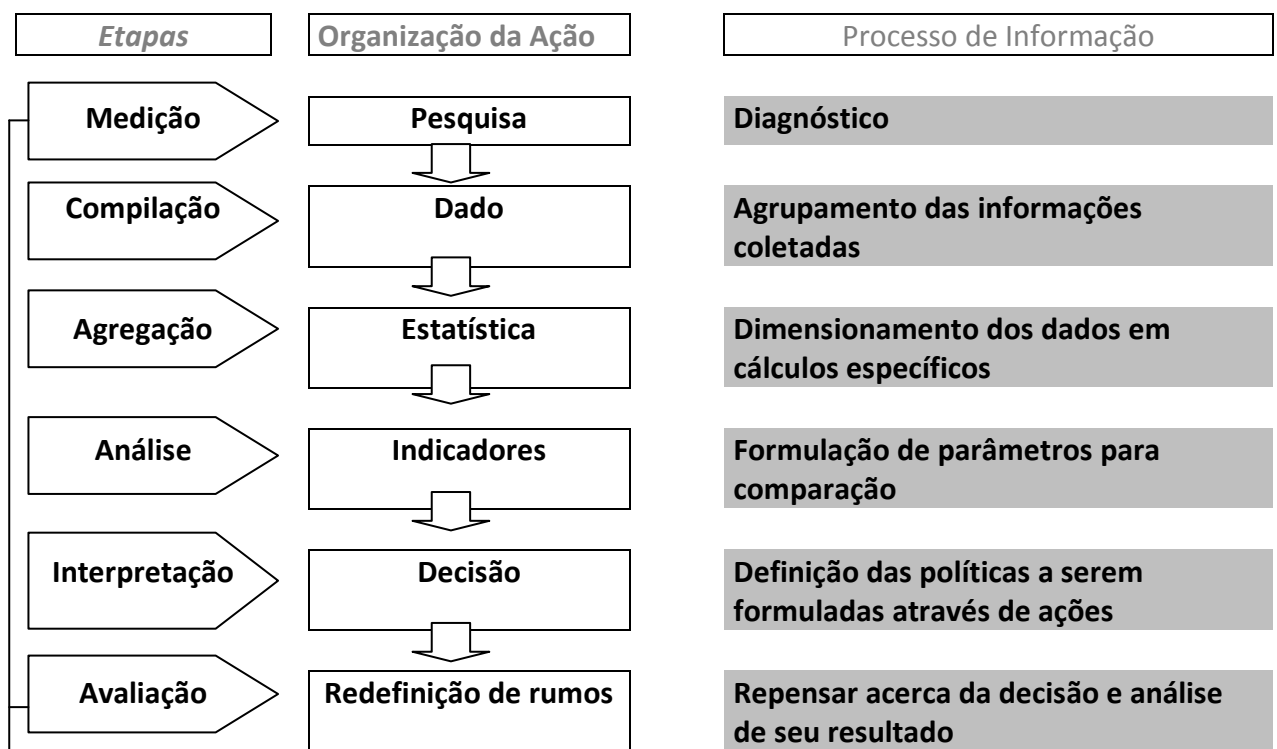
A percepção do conjunto, ou seja, de um sistema, é a forma de proceder em relação ao todo do mesmo, um modo de pensar acerca dos elementos que o compõem. A maneira de apreender o todo e pensar acerca dos elementos que o compõe é denominada abordagem de sistemas. A visão do conjunto é a única capaz de superar o traço alienador típico da sociedade atual.

Um sistema de informações, informatizado ou não, é assim chamado não pelo simples fato de guardar dados e documentos, mas sim pela possibilidade de, através do mesmo, ser possível a produção de informações, entendidas estas como relações significantes colocadas em processos decisórios visando a eliminação de problemas. Um sistema de informações, no contexto do planejamento estratégico, fornece o instrumento essencial que subsidia a descrição, interpretação e avaliação dos problemas.

Um sistema de informações é construído desde a coleta do dado até a avaliação do mesmo, sendo esta última etapa um novo enfoque de diagnóstico e reconstrução do processo. É importante salientar que o processo de planejamento serve-se do sistema de informação em todos seus momentos, realimentando o referido sistema em todas suas etapas.

A construção e aplicação da informação utiliza dados qualitativos e quantitativos, oriundos de fontes primárias ou secundárias produzidas através de pesquisa (incluída a estimativa rápida) ou agregação de rotina.

O esquema a seguir explicita as etapas de transformação da informação, desde sua apreensão até o tratamento avaliativo que ela recebe. Este quadro segue o formato desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em documento que discute o papel da informação na tomada de decisão em saúde.



Fonte: OMS,

3. Contextualização

No Brasil, as práticas avaliativas não têm demonstrado eficácia na orientação das ações. O planejamento governamental recentemente vem incorporando a avaliação em instrumentos como o Planejamento Plurianual, mas frequentemente as decisões não são tomadas a partir de seus indicadores. Avaliar serviços fica sendo uma atividade ineficaz e, portanto, de baixo interesse porque mesmo os macro-indicadores que se

constróem não são levados em conta. Há aqui uma espécie de círculo vicioso. O que se faz de avaliação está longe dos serviços e por isso não os entusiasma o que se constrói de indicadores em parte não reflete os serviços e, por isso, não é considerado para orientar/reorientar a ação, e em parte não é considerado (mesmo em sua relativa utilidade) porque a decisão é exclusivamente política, via de regra, ao sabor do clientelismo de Estado do país. A desconsideração com os resultados da avaliação aumenta o desinteresse por ela e dela afasta os serviços cada vez mais. Avaliar, de verdade, para quê? Basta “cavar” alguns dados para atender a demanda burocrática.

No âmbito da “saúde pública” os manuais de avaliação de serviços do Ministério da Saúde, feitos para serem aplicados em unidades de saúde constituem tentativas de complementar a óptica “financista”, regulatória de convênios. Sofrem desde a origem do vício de ser avaliação para os serviços, descendo como mais uma demanda burocrática. E de quebra encontram a sólida resistência de equipes que já preenchem papéis demais. Papéis que quando tem alguma finalidade elas não conseguem ver onde está.

A avaliação, nestes limites, constitui-se num trabalho alienado porque as equipes estão alienadas do planejamento de suas ações e da decisão gerencial a respeito de seu trabalho. Neste sentido, o desafio de mudança de direção na questão da avaliação em serviço é da mesma natureza do desafio da mudança de direção do planejamento local, da gerência, do “sistema” de informação. Aliás, tudo isso é, em essência, uma coisa só. Não se pode pensar numa isolada das outras.

A avaliação em serviços de saúde coloca para nós desafios da mesma ordem que estas outras realidades. Tais desafios são de ordem teórica, metodológica, técnica, e, principalmente, política. Com desafio político queremos dizer que, mesmo resolvidas, as questões relativas ao conhecimento, planejamento, informação, gerência e avaliação, só ganham força, só se estabelecem como ferramentas eficazes nos serviços de saúde quando a partir deles pode-se tomar decisões, pode-se implementar ações.

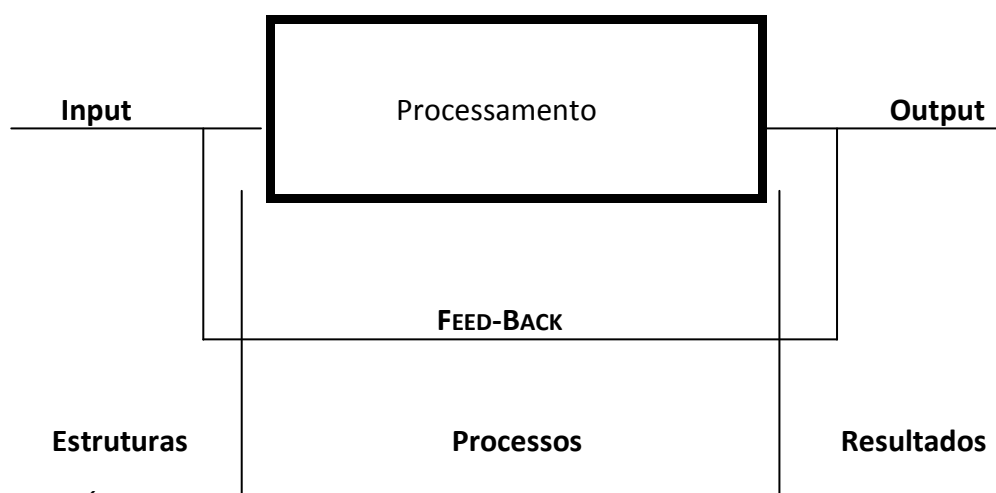
Além das questões políticas, que são as fundamentais, a avaliação em serviços de saúde depara-se com insuficiências teóricas importantes. Por ter na epidemiologia um de seus maiores aportes, defronta-se também com os problemas desta ciência, que no Terceiro Mundo quer colocar-se como epidemiologia social, para aumentar sua potência explicativa frente a determinação social do processo saúde-doença.

É claro que a eficácia da epidemiologia clássica é inquestionável. a erradicação da varicela é um exemplo. Mas é também inquestionável o esgotamento de sua potência explicativa diante das doenças da modernidade, como as crônico-degenerativas, as mentais, a violência urbana. De tal forma, que as questões colocadas para a epidemiologia também se colocam para a avaliação de serviços por ela informada.

Deve-se trabalhar com o novo. Neste campo encontra-se a possibilidade da contribuição dos serviços na produção do conhecimento. Mas o “novo” terá que ir surgindo e impondo-se, até a fronteira da validade do “velho”. Primeiro, porque é necessário desenvolver métodos coerentes com os propósitos de transformação social, ou então ela não ocorrerá. Segundo, porque na transformação social e no trabalho coerente com ela reside o reencontro da nossa realização como trabalhadores sociais da saúde. O que se disse acima sugere um certo equilíbrio, uma certa coexistência como ponto de partida. Ponto de partida para esta organização concreta na qual trabalhamos, e não para uma realidade abstraída.

No Brasil, como já dissemos, pouco se faz de avaliação em serviços de saúde. No mundo, as primeiras estatísticas de saúde pública remontam à Inglaterra no século XVIII. Nos últimos 30 anos a avaliação de serviços teve um grande impulso no mundo desenvolvido, principalmente em função do crescimento dos custos da prática médica. Países como EUA, Inglaterra e Canadá produzem uma enormidade neste sentido e tem ditado as regras no campo. Principalmente os EUA e nele um famoso autor chamado Avedis Donabedian que nos últimos 20 anos sistematiza e desenvolve uma proposta metodológica de avaliação. A característica destas propostas é seu marco teórico nitidamente delimitado no campo do funcionalismo, bem a gosto da sociologia de Bertalanffy. Tanto assim que a proposta básica de Donabedian é a de avaliação de estruturas, processos e resultados, bem e acordo com aquela concepção.

Teoria dos sistemas



É claro que isto coloca limites ao “novo” que pretende avançar no campo da lógica dialética. Mas, por outro lado, detém grandes possibilidades de avanço. O funcionalismo não é bom ou ruim, é apenas um método, que tem limites.

Trabalhos específicos de avaliação de serviços pelo método dialético são raros. o ponto de equilíbrio consistiria, por um lado, em contemplar os indicadores de produtividade e morbi-mortalidade que constituem demandas institucionais ou universais. Por outro lado, adotar uma “postura eclética” (Carvalho) que permita desenhos avaliativos que transmitam pelos dois referenciais mas que, fundamentalmente, estejam colados a prática de cada equipe, firmemente ancorados nos seus problemas e interesses.

Com respeito a avaliação alguns pontos são básicos:

a) Avaliação não é uma ação que deixamos para o fim. Não fazemos para depois avaliar, mas vamos fazendo e avaliando. Aliás, esta visão é coerente com a noção de processo, que está presente em todo o nosso trabalho. Não diagnosticamos nossos problemas uma vez, vamos sempre diagnosticando. Não planejamos uma vez, vamos sempre planejando. Não avaliamos uma vez, vamos sempre avaliando

b) Quem avalia o que fazemos somos nós mesmos. Uma das causas do freqüente insucesso das avaliações de serviços de saúde reside no fato de serem pensadas distantes das questões concretas dos serviços. Alguém que entende de avaliação define o que e como avaliar e quem executa preenche formulários. Não dá

certo. A avaliação é parte indissociável do planejamento. Todos planejam e todos avaliam. Para a OMS “os indivíduos e grupos responsáveis pelo estabelecimento e aplicações de programas e atividades nos diferentes escalões políticos também assumem a responsabilidade de sua avaliação”. Assim, a avaliação é uma atividade que deve ser realizada em todos os níveis com abertura e inter-relação de diferentes serviços e escalões, e com difusão de resultados para todos os níveis de serviços, para os profissionais que participam da execução das atividades e para o grupo da população interessado na atividade em questão.

c) O nível local, o nível regional e o nível central, fazem avaliação em serviços de saúde. Cada nível, quando avalia, guarda as especificidades relacionadas àquilo que lhe diz respeito mais diretamente. As avaliações de todos os níveis em muitos pontos devem se encontrar para compor as visões mais gerais, mais totalizadoras a respeito do todo. Assim, cada unidade deve monitorar, ao longo dos anos, o coeficiente de mortalidade infantil (inclusive levando em conta as áreas homogêneas de condições de vida). Também a regional, numa visão mais ampliada. E também o central, numa visão para a cidade como um todo. Isso significa que cada instância, quando avalia, deve ter um pé nas suas necessidades, naquilo que é o mais importante a avaliar na sua realidade. E deve ter o outro pé nas necessidades das outras instâncias. Para fazer avaliações de abrangência mais ampla os níveis regional e central dependem, fundamentalmente, de informações que partem do nível local. Para que o nível local possa comparar seus resultados com outros locais, para corrigir os rumos de seu trabalho, ele depende dos níveis regional e central.

d) Na avaliação em serviços de saúde não existe o falso dilema do quantitativo versus o qualitativo. Os dois aspectos são necessários. Com freqüência a qualidade requer quantidade. Inúmeras questões devem ser avaliadas através de abordagens que levem em conta os dois aspectos.

e) A avaliação em serviços de saúde não é uma disciplina, mas um imenso campo de estudos. Para avaliar, lançamos mão de conhecimentos médicos, epidemiológicos, estatísticos, sociológicos e muitos outros. Isto significa que as possibilidades em avaliação em serviço são quase infinitas. É preciso fazer escolhas. Nossas escolhas são feitas respeitando três direções: primeiro os aspectos ligados aos nossos problemas mais importantes, segundo os aspectos ligados aos interesses mais amplos da instituição, terceiro aspectos ligados aos nossos interesses enquanto pesquisadores (aqui entendidos como trabalhadores dos serviços de saúde que desejam contribuir para a construção do conhecimento em saúde coletiva).

f) Ao fazermos nossas escolhas sobre como avaliar devemos levar em conta a existência de métodos e técnicas de avaliação já aplicados e nos valer deles. Mas, por outro lado, devemos ser criativos e avançar sobretudo nos aspectos qualitativos das avaliações dos fenômenos. De qualquer modo, muitos aspectos, serão avaliados por todos os locais e ao mesmo tempo. Por exemplo: a produtividade das unidades, a incidência das doenças a mortalidade, etc.

A pesquisa avaliativa em serviços de saúde configura-se como importante campo instrumental para melhoria dos mesmos. Não é disciplina mas um campo de estudos que se destina a investigar as inter-relações entre consumidores e produtores de serviços de saúde.

Entre os fatores que justificam a pesquisa em serviço de saúde podem ser citados: a rápida mudança nos padrões de morbimortalidade cuja dinâmica

epidemiológica precisa ser desvendada; o aumento de custos da assistência que levam a necessidade de avaliar as tecnologias empregadas; a crescente definição de saúde como dever do Estado, que encerra o potencial de uma grande demanda de serviços que requer uma precisa investigação de reais necessidades, de organização da assistência e de investigação dos resultados que a mesma produz

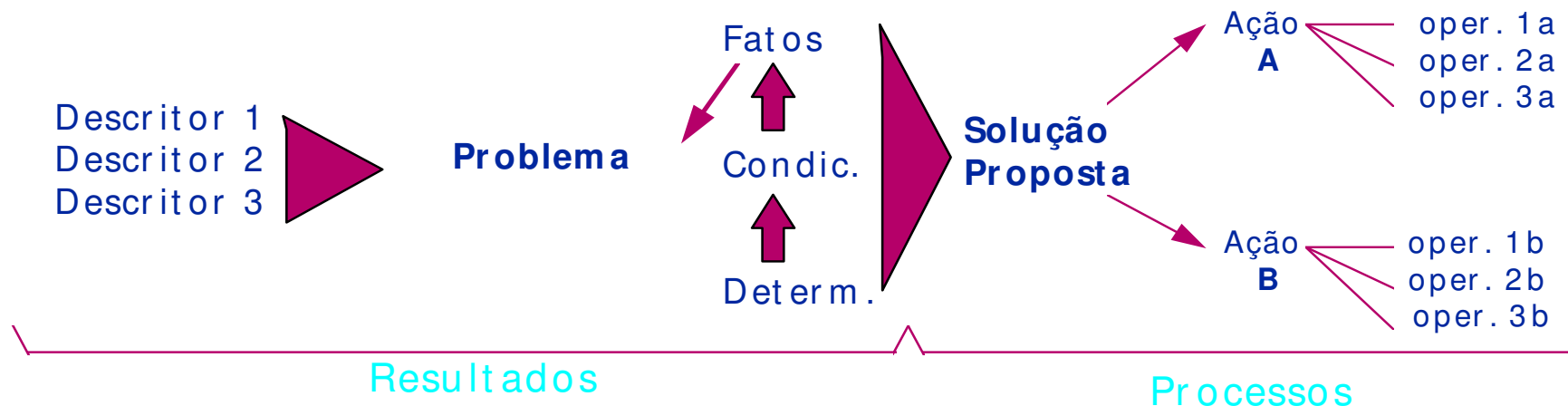
A instituição como um todo aborda o processo avaliativo. Porém, para cada nível e instância institucional pode haver interesses coincidentes, e recortes mais específicos

Fica claro que existe um núcleo de avaliação, o institucional, que segue um fluxo normal de tomada de dados e construção de indicadores. Neste caso, esta construção se dá a partir de um sistema de informação institucional. Mas há também o lado que deve responder as especificidades de cada local, cada regional, cada instância central. Para isso, também a informação necessária deve ser construída especificamente. De qualquer forma, cada projeto deve receber o apoio institucional. Seja de assessoria para montagem do desenho de pesquisa, seja de suporte tecnológico que possa facilitar o trabalho (por exemplo: software adequado a um ou outro caso), seja de divulgação e troca dos resultados. Com o tempo, alguns recortes se mostrarão necessários à instituição como um todo e poderão passar a fazer parte dos que seguem os fluxos normais e contínuos de construção de indicadores.

Quais os trabalhos específicos de avaliação em serviço que poderiam interessar ao nível local? Evidentemente, quaisquer dos aspectos antes abordados e muitos outros. A coerência do método com os propósitos que temos, existe para que cada local reflita sobre esta questão. As equipes locais saberão detectar o que é necessário avaliar. E estabelecerão o como avaliar mesmo que, eventualmente, necessitem de assessoria para isso.

Cada linha de ação e/ou as diversas operações que lhe correspondem devem ser monitorizadas para que detectemos suas falhas ou potencializemos ainda mais seus resultados. A própria equipe deve estabelecer como isso será feito. Para isso terá que se perguntar: Nesta operação que resultados espero obter? O que poderá me indicar que estes resultados serão obtidos? Que informações eu preciso obter para construir estes indicadores? Que instrumento de coleta de dados eu preciso confeccionar para obter tais informações? Quem colherá os dados e quando?

MONITORAMENTO DAS AÇÕES NAS UNIDADES DE SAÚDE



Primeira questão: Construimos a solução “como tinha sido planejado”?

Processos

Segunda questão: A solução construída deu resultado?

Resultados

Processos: Avaliar os aspectos da realização das operações (que constróem as ações que constrói a solução).

Resultados: a) Avaliar as mudanças que a realização das operações provoca nos descritores do problema;

b) Avaliar quais as causas do problema que as operações removem.

- Valores quantificáveis ou qualificáveis que possam mostrar que os passos das operações foram bem realizados (conforme as normas, seguindo as técnicas preconizadas, atingindo os números propostos).
- **Fatos que diminuíram ou foram removidos, condicionantes que mudaram favoravelmente o seu comportamento.**
- **Alterações quantitativas ou qualitativas que demonstrem uma mudança favorável nos descritores do problema.**

A seguir quadro esquemático indicando a busca dos dados a serem utilizados na avaliação e os instrumentos passíveis de uso na sua construção.

Fundamentação da Avaliação	Instrumentos
Análise dos dados em saúde levantados como fonte secundárias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicadores epidemiológicos ▪ Indicadores sociais ▪ Pesquisas quali-quantitativas
Análise dos dados observados na rotina da Unidade de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados do sistema de informação local ▪ Dados do sistema de informação institucional
Análise dos dados levantados na estimativa rápida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação do território ▪ Entrevistas com informantes-chave
Análise de dados de outras áreas da Administração municipal, Estadual, Nacional, Internacional, ONGs e outras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados populacionais, ambientais, sociais, econômicos, infra-estrutura, etc. ▪ Fontes: IBGE, IPPUC, IPARDES, etc ▪ Pesquisas acadêmicas
Análise qualitativa da percepção da população acerca da condição de vida local	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisas qualitativas acerca de hábitos, expectativa, saber, ideário e necessidades da população
Análise de estudos complementares que trabalham índices sintéticos acerca da qualidade de vida local, onde se identifica áreas de risco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicadores de qualidade de vida ▪ Informações georeferenciadas ▪ Indicadores sintéticos por componentes principais