

**GUIA CURRICULAR**  
**CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**MÓDULO III**

**Políticas, Planejamento e Organização**

---

**Unidade 3: Planejamento em Saúde**

**MANUAL DO ALUNO**



Belo Horizonte, 2013.

**Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**  
Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto/BH – MG  
CEP: 30190-002

**Unidade Geraldo Campos Valadão**  
Rua Uberaba, 780 – Barro Preto/BH – MG  
CEP: 30180-080  
[www.esp.mg.gov.br](http://www.esp.mg.gov.br)

**Coordenador Núcleo de Educação Profissional em Saúde**  
João André Tavares Álvares da Silva

**Coordenadora do Curso**  
Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira  
Taís Cirino Apolinário de Souza

**Elaboração / Conteudista**  
Sâmia Martins da Costa Silveira

**Referências Técnicas**  
Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira  
Taís Cirino Apolinário de Souza

**Equipe Pedagógica**  
Érica Menezes dos Reis  
Fabiana Gonçalves Santos Costa  
Jomara Aparecida Trant de Miranda  
Juracy Xavier de Oliveira  
Roberta Moriya Vaz

**Editor Responsável**  
Harrison Miranda

**Diagramação**  
Marcus Vinícius Estagiário Design Gráfico  
ESP-MG/ASCOM

**Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**  
Rodovia Prefeito Américo Giannetti, s/nº  
Bairro Serra Verde  
Edifício Minas - 12º andar - Cidade Administrativa de  
Minas Gerais  
[www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

**Ministério da Saúde**  
**Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**  
Esplanada dos Ministérios Edifício Sede, Bloco G, sala 751-  
Zona Cívico - Administrativa - Brasília - DF  
CEP: 70058-900  
e-mail:degerts@saude.gov.br

**Impressão:** Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

M663c Minas Gerais. Escola de Saúde Pública  
Curso técnico em vigilância em saúde: módulo III :políticas, planejamento  
e organização: unidade 3: planejamento em saúde: guia do aluno./ Escola de  
Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

71 p.

ISBN: 978-85-62047-83-1

1. Política de Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Vigilância em Saúde  
I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título

NLM WA 525

## SUMÁRIO

Atividade 1 – Apresentação .....	05
Atividade 2 – Relato da Dispersão .....	05
Atividade 3 – Buscando na Memória .....	05
Texto para leitura – Recordando .....	05
Texto para leitura – Guia de Eventos, Cerimonial e Protocolo Planejamento de Eventos .....	06
Atividade 4 – Planejamento Profissional no Exercício das Atividades de Vigilância em Saúde .....	09
Atividade 5 – Planejamento: Do que se Trata? Para que Serve? .....	09
Texto para leitura – Planejamento: Do que se Trata? Para que Serve? .....	10
Atividade 6 – Vídeos .....	12
Atividade 7 – Planejamento em Saúde:Planeja-SUS .....	13
Texto para leitura – Planejamento em Saúde: Planejamento no SUS - Planeja-SUS .....	13
Atividade 8 – Dinâmica .....	18
Atividade 9 – Bases Legais para o Planejamento .....	19
Texto para leitura – Embasamento Legal para o Planejamento em Saúde .....	19
Atividade 10 – Tipos de Planejamento .....	21
Texto para leitura – Tipos de Planejamento com Foco no Planejamento Estratégicos .....	21
Atividade 11 – Planejamento e Gestão em Saúde .....	24
Texto para leitura – Planejamento e Gestão em Saúde: Histórico e Têndencias com Base Numa Visão Comunicativa .....	25
Atividade 12 – Elaboração de um Planejamento Estratégico em Vigilância em Saúde .....	33
Texto para leitura – Da Teoria à Prática - Sugestão para Elaboração de um Planejamento Estratégico em Vigilância em Saúde .....	33
Atividade 13 – Estudo de Caso .....	37
Texto para leitura – Município de Água Boa .....	38
Atividade 14 – Monitoramento e Avaliação .....	40
Texto para leitura – O Processo de Monitoramento e Avaliação .....	41
Atividade 15 – Dinâmica: Tempestade de Ideias .....	43
Atividade 16 – Matriz de Avaliação dos Programas de Vigilância .....	43
Atividade 17 – Análise Crítica .....	47
Texto para leitura – Análise Crítica - Planejamento e Gestão em Saúde: Flexibilidade Metodológica e Agir Comunicativo .....	47
Atividade 18 – Dos Males, O Poir .....	56
Atividade 19 – Avaliação .....	56
Anexo 1 .....	57
Atividade de Dispersão – Módulo III – Unidade 3 .....	61



**ATIVIDADE 1**  
APRESENTAÇÃO*Tempo Estimado: 20 minutos*

- Momento reservado para o docente se apresentar para a turma.

**ATIVIDADE 2**  
RELATO DA DISPERSÃO*Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos***Objetivo**

- Socializar com a turma as atividades realizadas na dispersão da unidade 2 do módulo III.

**Material**

- Nenhum

**ATIVIDADE 3**  
BUSCANDO NA MEMÓRIA*Tempo Estimado: 2 horas e 40 minutos***Objetivos**

- Relembrar os temas, conceitos e instrumentos estudados nos módulos I e II do Curso Técnico em Vigilância em Saúde.
- Relacionar a necessidade do planejamento com diferentes áreas do conhecimento.
- Ressaltar a importância do planejamento em saúde para a qualidade dos serviços.

**Material**

- Texto: Recordando
- Guia de Eventos, Cerimonial e Protocolo Planejamento de Eventos.

**TEXTO PARA LEITURA**  
RECORDANDO

O Planejamento é um instrumento de extrema importância para a melhor eficiência da gestão municipal e sua elaboração deve levar em conta os recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos existentes, bem como os fatores ambientais, os aspectos culturais, turísticos, econômicos e sociais da região.

A Constituição Brasileira de 1988 deu ênfase à função de planejamento, quando introduziu significativamente mudanças na forma de condução do processo orçamentário e de gestão pública, pois aliou o orçamento público ao planejamento. Além disso, a Carta Magna tratou de evidenciar a integração dos instrumentos de planejamento: Plano Plurianual

(PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que também vamos tratar mais à frente nesta unidade.

Após a Constituição Federal de 1988 outras normas trataram do Planejamento e mais especificamente do planejamento em saúde, e também vamos estudar aqui.

**REFERÊNCIA**

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Curso técnico em vigilância em saúde: módulo I: unidade 3: O SUS e a vigilância em saúde: guia do docente/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas. – Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.



## TEXTO PARA LEITURA

### GUIA DE EVENTOS, CERIMONIAL E PROTOCOLO PLANEJAMENTO DE EVENTOS<sup>1</sup>

#### EVENTOS INSTITUCIONAIS: DEFINIÇÃO E PLANEJAMENTO

De acordo com Cleuza Gimenes, evento é a execução do projeto devidamente planejado de um acontecimento, com o objetivo de manter, elevar ou recuperar o conceito de uma organização junto ao seu público de interesse.

O evento pode ser empregado com sucesso em campanhas institucionais e de mercado. Seu objetivo, acima de tudo, é criar conceitos e reforçar a imagem de produtos, serviços, pessoas, entidades e organizações, por meio da aproximação dos participantes, possibilitando uma comunicação/exposição qualificada da instituição promotora.

#### OBJETIVOS DO EVENTO

Todo planejamento de eventos está intimamente relacionado aos objetivos que se deseja alcançar com a sua realização. Assim, é necessário defini-los, com precisão, a fim de que os resultados obtidos sejam os previstos.

#### NOME

O nome do evento deve exprimir seus objetivos e ser de fácil assimilação pelo seu público-alvo. Via de regra, a denominação do evento contempla inicialmente o número de série, a metodologia de trabalho e a abrangência. Por exemplo, “II Seminário Estadual, 4º Simpósio Internacional, IX Jornada, mesareonda, Feira Regional” etc. seguidos da temática a ser tratada. Também é possível a realização de eventos paralelos, integrando as respectivas programações em tempo/espço e público. Neste caso, o título do evento mais abrangente deve ser destacado no material de divulgação.

#### PÚBLICO

O público-alvo deve ser bem definido, para que se tenha conhecimento do número total de convidados e de quais estratégias de comunicação devem ser adotadas.

#### DATA, HORÁRIO E LOCAL

A fixação da data do evento e do horário é de vital importância. Marcar um evento, em data/horário coincidentes com outras iniciativas da mesma

natureza ou destinadas ao mesmo público/região, pode determinar o insucesso.

O êxito do evento também reside na escolha do local adequado. Por local não se entende somente o espaço físico - condizente com os objetivos e programação - onde será realizado o evento, mas o próprio local geográfico considerando os aspectos:

- facilidade de acesso;
- condições turísticas;
- infraestrutura de hospedagem e alimentação;
- condição econômica dos participantes;
- concentração de público-alvo.

#### PROGRAMAÇÃO VISUAL

As peças promocionais utilizadas devem ter o visual bem elaborado, com ilustração e texto relacionados com os objetivos. Além disso, na criação dos materiais publicitários, deve-se levar em conta a identidade visual da instituição, aplicações de logomarca, bem como a presença de outras informações relevantes sobre a instituição promotora. Nunca é demais frisar a importância de rigorosa revisão das propostas de folders, cartazes, faixas, fichas de inscrição e outros instrumentos de divulgação, observando-se especialmente a exatidão das informações e a correção da linguagem.

#### CONVITES

Ao planejar uma cerimônia, seja de caráter acadêmico, social, festivo ou outro, deve-se ter o cuidado de elaborar uma relação em que constem convidados direta ou indiretamente ligados ao evento e/ou de potencial público-alvo do serviço/produto a ser dada visibilidade. Além disso, a definição da lista de convidados necessita do aval do responsável direto pelo evento ou da direção da instituição promotora.

Quando o evento e a lista de convidados (ou possibilidades de candidatos inscritos) forem mais abrangentes, deve-se estabelecer limites para o número de convidados/participantes, em função do espaço disponível para acolher confortavelmente a todos.

Em relação aos órgãos de comunicação, sempre que possível, é interessante convidar profissionais que veiculem matérias ligadas ao ramo de atividades do evento.

<sup>1</sup> BRASIL, Ministério da Educação. Planejamento de eventos. Guia de Eventos, Cerimonial e Protocolo.2010.Pg.7-15.

Os convites devem ser discretos, com texto claro e objetivo, motivando a participação dos convidados. Além disso, devem conter elementos básicos como:

- cargo, instituição da pessoa que convida;
- nome do evento;
- local, data, hora;
- nome completo do convidado e, se for o caso, mencionar o cônjuge;
- informações para contato (telefone, e-mail);
- pedido de confirmação, se necessário;
- tipo de traje.

**IMPORTANTE:** A distribuição, para autoridades regionais e outros participantes, deve ser feita com 10 dias de antecedência. No caso de representantes de instituições públicas e privadas em âmbito estadual e federal, o convite requer uma antecedência maior.

## **DIVULGAÇÃO DO EVENTO**

Basicamente são utilizados jornais, revistas, rádio, televisão e internet. A divulgação de eventos deve observar os critérios – informação, precisão e correção linguística. A comunicação pode ser da seguinte forma:

- anúncios;
- releases (comunicação por meio de mídia espontânea - publicação gratuita e de interesse dos veículos, na forma de notícias e reportagens sobre o evento);
- outdoor;
- cartazes informativos;
- mala-direta;
- panfletos;
- ofícios;
- internet.

## **RECURSOS HUMANOS**

Na organização de qualquer evento, independente de sua dimensão, deve haver um responsável pela sua execução. Além disso, vários são os setores e pessoas envolvidas: transporte, hospedagem, vigilância, limpeza, recepção, sonorização, alimentação, cerimonial etc. Todas as tarefas devem ser executadas por pessoal qualificado, podendo, portanto, se necessário, ser terceirizado.

## **TRANSPORTE**

### **Transporte urbano**

Fator que assume importância relevante quando o evento se desenvolve em local afastado dos locais de hospedagem. Dessa forma, providências quanto a transportes opcionais e coletivos devem ser tomadas.

## **Transporte aéreo**

**Palestrantes e autoridades geralmente requerem transporte aéreo. Nesses casos, é necessária uma meticulosa organização para reserva, troca de horários de voos, etc. Para facilitar o atendimento dessas demandas, geralmente de última hora, é oportuna uma efetiva aproximação da instituição com uma agência ou empresa aérea para coordenação do transporte aéreo dos participantes do evento.**

**A realidade local pressupõe a articulação entre transporte aéreo e terrestre o que exige redobrada atenção, tendo em vista a presteza do serviço conjugada com a racionalização dos recursos utilizados.**

## **HOSPEDAGEM**

Deve-se levar em conta a escolha dos hotéis, pousadas, restaurantes ou outras acomodações para os participantes. Informações sobre características dos hotéis, localização, custo das diárias, prazos e procedimentos para a confirmação de reservas devem ser previamente enviadas aos participantes, contemplando as várias opções de custo e possibilidades de deslocamento, de modo a atender à diversificação econômica desse público.

## **RECEPÇÃO E CREDENCIAMENTO**

A recepção aos participantes do evento poderá ser realizada nos pontos de chegada como aeroporto ou estação rodoviária. Além disso, a recepção poderá ser feita em hotéis ou no próprio local do evento.

É importante ressaltar que a recepção aos participantes é o momento em que eles têm a primeira impressão sobre o evento e a entidade promotora. Os processos de credenciamento dos participantes já inscritos, inscrições no ato e a entrega do material individualizado (pastas, caneta, folheteria) requerem uma eficiente e organizada equipe, para evitar o transtorno das grandes filas, da desinformação e o decorrente atraso no início do evento.

Cabe atentar para a adequação do espaço destinado a esse serviço em relação ao público esperado: indicação clara do critério para identificação (ordem alfabética, número de inscrição), bem como para a seleção de recepcionistas e secretários bem preparados, uniformizados e com crachá de identificação.

## **DECORAÇÃO**

O local deverá ser decorado conforme o caráter do evento. Os locais poderão ser decorados com painéis, flores, banners, faixas, balões.

Uma decoração/ornamentação discreta geralmente dá melhores efeitos: utilizar flores ou outros recursos em tamanho e disposição de forma a não dificultar a movimentação dos microfones e encobrir a visão das pessoas; escolher as cores para enfeitar o local, de acordo com o tipo de evento e com as da instituição; além do senso estético e a criatividade.

Os espaços de circulação de público podem ser aproveitados para dar visibilidade a projetos/produtos institucionais e materiais de divulgação do município/instituições culturais.

### MATERIAIS UTILIZADOS

Os materiais de expediente de um evento, bem como mesas, cadeiras, painéis, também devem ser pensados pela comissão organizadora.

Equipamentos devem ser solicitados junto aos setores responsáveis com antecedência para evitar transtornos de última hora e/ou correr o risco de os equipamentos não estar em disponíveis.

Definir o que será necessário para o evento e fazer as devidas solicitações.

Assim, providenciar, por exemplo:

- Projeção (retroprojetor, telões, telas, projetores de multimídia, caneta laser);
- Sonorização (microfones, amplificadores, aparelhos de som, gravadores, mídias digitais de hinos e música para ambiente);
- Secretaria (computador, impressora, copiadora, telefones, celulares, fax, flip chart, quadro, giz e apagador);
- Outros (café, água, sucos, chá, lanches, uniformes, extintor de incêndio, gerador, palanque, palco e passarela, cabine de tradução simultânea).

### CUSTOS

Qualquer atividade a ser desenvolvida para a realização de um evento, por mais simples que seja, envolverá gastos, os quais deverão ser combinados previamente com as pessoas/setores responsáveis. A previsão de custos deve acompanhar o planejamento, quando este for apresentado, o que permitirá verificar a extensão do que será feito em comparação ao que existe orçado na unidade responsável pelo evento, e as condições do fluxo de caixa para ordenar/ equilibrar a realização das despesas.

### CHECK-LIST

Na organização de um evento, faz-se necessário o controle da realização do que foi planejado.

Um recurso eficiente para este acompanhamento detalhado é o uso de uma lista de checagem padrão – check-list, contendo os itens básicos para a efetivação bem sucedida de uma solenidade:

### Atividades Gerais

- a. Dimensão do evento;
- b. Determinação do local;
- c. Cronograma de atividades;
- d. Convites: elaboração, listagem do convidados, expedição;
- e. Preparação da correspondência geral (autoridades, palestrantes, circulares);
- f. Preparação da correspondência específica (departamento de trânsito, bandas municipais, departamento de energia);
- g. Material aos participantes (brindes, blocos, pastas, canetas, crachás);
- h. Material gráfico (fichas de inscrição, folhetos, certificados, pastas, mapas, convites, programa, folders);
- i. Material para imprensa (Press-release, fotos, press-kit);
- j. Hotel (reservas, serviços de informação, flores);
- k. Programação visual (folders, cartazes, anúncios, pastas);
- l. Serviços logísticos (transportes, passagens aéreas, hospedagem);
- m. Programação social, elaboração de passeio pela cidade;
- n. Verificação: reuniões, almoços e jantares, coquetéis, imprensa, sala VIP, secretaria geral, informações, atendimento médico, estacionamento, sanitários, cozinha;
- o. Supervisão e operacionalização de serviços: recepção, secretaria, informações, sala VIP, tradutores, intérpretes, assessor de imprensa, operador de som, luz e projetores, limpeza, segurança e estacionamento, fotografia, filmagem, manutenção, mestre de cerimônias;
- p. Solenidade: mesa para o receptivo, lista de convidados, livro de presenças, lista de confirmações, reservas de mesas, tribuna/ púlpito, mastros e bandeiras, distribuição de lugares especiais, dimensionamento da mesa principal, mestre de cerimônias e roteiro para o cerimonial, hasteamento de bandeiras, hinos;
- q. Outros (momentos culturais, coral, banda, orquestra, show, correio, locação de veículos, exposição);
- r. Finalização: liquidar todas as pendências sobre instalações, devolução de materiais e equipamentos utilizados, certificados e comprovantes de frequência aos participantes e pessoal de apoio operacional, prestação de contas, avaliação, relatório final, ofícios ou cartas de agradecimento, arquivamento de toda correspondência recebida e expedida relacionada ao evento, álbum de fotografias, edições, clipping e anais.



**ANÁLISE E AVALIAÇÃO**

Ao final do evento, a equipe deve reunir-se para avaliá-lo em todos os aspectos, considerando os resultados

obtidos, a opinião das pessoas que compõem o grupo de trabalho e a tabulação do questionário de avaliação preenchido pelos participantes, contemplando todas as áreas da organização.

**ATIVIDADE 4****PLANEJAMENTO PROFISSIONAL NO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

*Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos*

**Objetivos**

- Responder as perguntas
- Discutir as informações contidas no vídeo.

**Material**

- Vídeo: “O melhor vídeo motivacional já feito 2012” Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=BvTgm5etRcM>

**Antes de assistir ao vídeo proposto, responda as seguintes questões:**

1. Você costuma planejar suas ações?
2. Qual o seu planejamento? Qual sua missão? Qual sua visão?
3. Qual é o seu plano de ação?

**ATIVIDADE 5****PLANEJAMENTO: DO QUE SE TRATA? PARA QUE SERVE?**

*Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos*

**Objetivo**

- Compreender o conceito de planejamento, sua importância e finalidade.

**Material**

- Texto: Planejamento: do que se trata? Para que serve?

**Em Grupos de 3 integrantes, responda as questões abaixo:**

1. O que é planejamento?
2. Qual a importância do planejamento?
3. Para que serve o planejamento?



## TEXTO PARA LEITURA

### PLANEJAMENTO: DO QUE SE TRATA? PARA QUE SERVE?

Sâmia Martins da Costa Silveira<sup>2</sup>

“Alice – Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?

Gato – Isso depende muito do lugar para onde você quer ir.

Alice – Não me importa muito onde.

Gato – Nesse caso, não importa por qual caminho você vá.”<sup>3</sup>

Esse pequeno diálogo, que faz parte do livro *Alice no País das Maravilhas*, ocorre entre Alice e o Gato, quando ela se encontra numa encruzilhada, sem saber ao certo para onde ir. Ele sintetiza, de forma simples, a essência do planejamento. É ao mesmo tempo extremamente reducionista e abrangente porque nos conta de forma bem elegante o limiar que existe entre o deixar-se levar ao sabor do acaso e o determinar aonde se quer chegar (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O planejamento serve exatamente para isto: determinar aonde se quer chegar (para onde queremos conduzir um sistema) e tomar as decisões pertinentes que, acreditamos nos levarão ao ponto desejado. Não que as coisas pareçam fáceis demais, porque, afinal, chegar a um acordo entre vários atores sociais sobre aonde queremos chegar com o nosso sistema de saúde não é tarefa simples; tampouco é fácil nos organizarmos para poder alcançar os pontos vislumbrados. Contudo, temos de concordar que, do ponto de vista conceitual o planejamento não é – como alguns podem ter feito parecer – um universo impenetrável para os que ainda não iniciaram nesse ramo formalmente. Visto sobre a ótica do dilema de Alice, planejamento é algo que fazemos todo o tempo, todos os dias, na nossa vida pessoal e – espera-se – na nossa vida profissional. Com certeza, existem gestores municipais de saúde que não definiram claramente aonde desejam fazer chegar o sistema que dirigem; é até possível que administrem esse sistema de forma zelosa, porém, sem saber para onde querem conduzi-lo; atuam como um motorista que dirige bem seu automóvel cumpre todas as regras de trânsito, mas que passeia ao léu, sem destino certo, definido. Entretanto, ainda devemos acreditar que a maioria vislumbra com clareza a missão do sistema, por onde quer conduzi-lo, os resultados e efeitos desejados (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Muitas vezes, imagina-se que o planejamento é a simples elaboração de um plano, ou a definição de condutas a serem seguidas por todos os que trabalham em uma determinada instituição, ou, ainda, o levantamento e cálculos de todos os recursos – materiais, humanos ou financeiros – necessários e disponíveis para que um determinado programa ou serviço funcione (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA; 2008).

Embora todas as atividades relatadas possam e devam fazer parte do processo de planejamento, estas são mais do que alguns de seus aspectos operacionais. Resumidamente, pode-se dizer que o planejamento parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser e permite definir que caminhos seguir para chegar até lá. Ou, dito de outra forma, planejar consiste em decidir com antecedência o que fazer para mudar as condições atuais, de modo a alcançar os objetivos que nos colocamos (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA; 2008).

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

Quando realizamos atividades e fazemos com que as coisas funcionem sem objetivos claros e bem definidos estamos desenvolvendo ações sem planejamento, sem direção e sem que se saiba aonde se quer chegar. Dessa forma, a funcionalidade das ações fica em risco, já que não se sabe ao certo aonde os caminhos poderão levar.

Outro risco desse tipo de gerenciamento, com a falta de definição de onde se quer chegar é o esquecimento de algo que parece evidente: o propósito da gestão de serviços de saúde (assim como do próprio planejamento) - a saúde, ou seja, a melhoria das condições de saúde das populações aos quais os programas e serviços se dirigem.

Sem planejamento, este objetivo é perdido de vista e passa-se a considerar a própria administração de recursos - materiais, humanos e principalmente

<sup>2</sup> Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

<sup>3</sup> Texto adaptado do preâmbulo do livro *Saúde & Cidadania - Planejamento em Saúde*. Para gestores municipais de saúde. TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. *Planejamento em Saúde*. Vol 2, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo SP, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

financeiros – como o objetivo final. Ou seja, o que são os meios, passam a ser os fins (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA; 2008).

No entanto, ainda que seja essencial e necessário a elaboração de um planejamento escrito com a definição de metas, prazos e dos objetivos a serem alcançados, também é preciso evitar uma armadilha comum: que o processo de planejamento e o plano de ação resultante fiquem restritos a simples elaborações e declarações de como o serviço deveria ser.

Um bom planejamento é testado na prática e, por definição, deve ser factível tecnicamente, viável politicamente e financeiramente, sob o risco de se transformar apenas num exercício para quem planeja. Para passar no teste da prática, o planejamento deve estabelecer claramente de que forma operacionalizar as intervenções propostas e, se as condições para sua viabilização não estiverem completamente dadas, apontar as estratégias para criá-las.

Assim, não basta a um planejamento descrever que as metas de vacinação devem ser alcançadas, ou que as taxas de mortalidade infantil devem ser reduzidas. Até aí, temos somente a expressão de um desejo. É necessário que o planejamento, em seu diagnóstico, identifique as razões de taxas altas de mortalidade e que sejam elaboradas estratégias para enfrentar estas causas. Além disso, para que as estratégias sejam implementadas, é necessário definir as atividades a serem realizadas e os recursos necessários para que isto aconteça.

Tomemos o exemplo de um problema de saúde: o câncer de colo de útero. Sabemos que, como estratégia de prevenção e detecção precoce de casos, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer preconizam a realização do exame citopatológico em 100% da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos. Portanto, para este problema de saúde, o objetivo dos gestores municipais e estaduais deve ser o de diminuir a incidência e mortalidade de câncer de colo de útero, utilizando como estratégia a prevenção e detecção precoce de casos, através da realização do exame e identificação, tratamento e acompanhamento de casos de acordo com os estágios da doença. No entanto, não basta ao planejamento declarar que deseja realizar cobertura de 100% da população feminina de 25 a 59 anos, como comumente encontramos em planejamentos de saúde municipais ou estaduais. O planejamento deve identificar qual a cobertura realizada atualmente e se esta estiver longe de 100% (o que é muito comum), identificar as razões para a situação encontrada. Identificados os problemas, cabe elaborar as estratégias para enfrentá-los e quais e quantos recursos serão necessários para tal. Durante todo o processo de implementação do planejamento, seriam avaliadas suas estratégias e seus resultados, de modo a fazer

os ajustes necessários ao alcance dos objetivos e metas (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA; 2008).

#### **Nesse contexto o que o planejamento não é:**

- Não pode ser confundido com um plano. O plano é um dos produtos do planejamento, construído após amplo processo de análises e acordos.
- Não é tarefa somente de expertises em planejamento, estes podem auxiliar o processo, porém o planejamento deve ser construído em conjunto com os atores das ações.
- Não existe uma teoria ou um método exato a ser seguido. A literatura sobre tipos de planejamento e formas de construí-los é vasta, porém todas as teorias e os métodos existentes não escapam do dilema de Alice: definir qual o futuro desejado, isto é: aonde queremos chegar com o nosso sistema de saúde, para que lado apontá-lo e assim obtermos os resultados desejados.
- Planejar não é somente fazer declarações de boas intenções. O planejamento deve enunciar objetivos factíveis e alcançáveis, requer decisões e ações imediatas, caso contrário perderá a credibilidade.

#### **Nesse contexto o que o planejamento deve ser:**

- O planejamento é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento institucional. O planejamento é uma arma poderosa para apoiar o desenvolvimento e sofisticação administrativa das organizações e dos sistemas. Promover uma cultura institucional em que os agentes estão habituados a refletir sobre a finalidade das ações empreendidas é uma excelente forma de melhorar a qualidade e efetividade do trabalho. Nas organizações onde os funcionários são introduzidos à missão institucional, aos objetivos estratégicos e aos programas de trabalho, observa-se um maior compromisso com os resultados concretos do trabalho (por exemplo, com a satisfação dos usuários e com a resolução efetiva dos problemas de saúde), ao contrário de organizações onde os funcionários somente se preocupam em cumprir as tarefas que lhes são destinadas (por exemplo, realizar tantas consultas por jornada de trabalho ou preencher de forma correta um formulário).
- Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador. O planejamento não é uma mera ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação. Planejar é toda uma visão administrativa e envolve um variado número de atores sociais. Numa organização - como um hospital ou um centro de saúde -, pode envolver seus diretores, chefes de departamentos ou setores, profissionais prestadores de serviços e, não raro, os próprios usuários ou clientes. Na administração municipal, além da equipe dirigente da Secretaria da Saúde, pode envolver uma variada composição de atores sociais, representando a administração municipal, o governo estadual, o conselho local de saúde, outros representantes da

sociedade civil, representantes dos prestadores de serviços, etc. Nessas circunstâncias, é claro que o planejamento é um processo político de busca dos pontos comuns das distintas visões de futuro e de acordos sobre as estratégias para alcançá-los.

- A maior riqueza do planejamento está no processo em si de planejar. Todos os que alguma vez se envolveram em um planejamento sabem que a sua riqueza está no processo de análise e discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e programas de trabalho. Tem-se observado que, em todas as organizações e ambientes onde se estabeleceu o planejamento como uma prática permanente de participação, desenvolveu-se uma cultura em que há maior compromisso das pessoas para com a instituição. Basicamente, planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas decorrentes desse questionamento, ou seja, "o quê", "por quê", "como", "quando", "com quem" e "com o quê".

Então, o que é planejar?

Muitos são os estudos sobre planejamento e muitos autores definem esse conceito, vamos ver alguns:

Planejar é a arte de elaborar um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os

objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. Merhy (1994) define planejamento como "o modo de agir sobre algo de modo eficaz".

Para Levey e Loomba (1973), "planejamento é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos alternativos de ação para atingir essas metas e objetivos, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher o(s) plano(s) prioritário(s), iniciar as ações necessárias para a sua implantação e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema".

O planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar. O plano, portanto, constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada. O gestor é o responsável por coordenar a implantação e a execução do que foi planejado, sendo que todos os atores envolvidos (nós) somos co-responsáveis e executores das ações.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas envolvidos no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

## REFERÊNCIAS

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R. TAVEIRA, M. Planejamento e Programação em Saúde. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008

LEEVEY, S; LOOMBA, N. P. Health Care Administration: A Managerial Perspective, Philadelphia, Leppincott, 1973.

MEHRY, E. E. Razão e Planejamento, 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994, p. 118.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde. Vol 2, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo SP, 1998. (Série Saúde & Cidadania).



## ATIVIDADE 6

### VÍDEOS

*Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos*

### Objetivo

- Reforçar a necessidade do planejamento em todas as ações.

### Materiais

- Vídeos:

Muito desgaste sem planejamento 3:56min.

<http://www.youtube.com/watch?v=LOyX-vgdQGQ>

Mensagem Motivacional (Sapateado) 7:45 min.

<http://www.youtube.com/watch?v=7kT175uR58U>

**ATIVIDADE 7**

## PLANEJAMENTO EM SAÚDE: PLANEJA-SUS



Tempo Estimado: 3 horas

**Objetivo**

- Conhecer o sistema de planejamento do SUS: Planeja-SUS

**Material**

- Texto: Planejamento em saúde: planejamento no SUS – Planeja-SUS

**TEXTO PARA LEITURA**

## PLANEJAMENTO EM SAÚDE: PLANEJAMENTO NO SUS – PLANEJA-SUS

Sâmia Martins da Costa Silveira<sup>4</sup>

As quatro últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional.

A Constituição Federal de 1988 ampliou a responsabilização do Estado em relação às ações e serviços de saúde por meio da universalização do direito do cidadão e da integralidade da atenção à saúde. O processo de descentralização já colocou no município a execução das principais ações de saúde. Para corresponder à amplitude desse empreendimento, se fez necessária a adoção de estratégias capazes de promover máxima eficiência ao processo de gestão. Nesse sentido, a atividade de planejamento assume papel fundamental na racionalização da organização, acompanhamento e avaliação da atuação sistêmica inscrita na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, a descentralização, uma das diretrizes que orienta o funcionamento do SUS, gera a necessidade de pactuação entre as três esferas de governo. Num contexto social, político e econômico, o planejamento passou a ser tratado como importante mecanismo para conferir eficiência à gestão descentralizada, funcionalidade das pactuações e emprego estratégico de recursos. Um potente instrumento que colabora, plena e efetivamente, para o funcionamento sustentado do SUS (BRASIL, 2008).

*O planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão*

*das organizações e como prática social. Como instrumento administrativo e de políticas de governo, seu prestígio passou por vários períodos de altos e baixos, inclusive no setor da saúde. Nos anos 50, quando surge na vida política da ex-União Soviética e na vida administrativa de empresas americanas, foi “vendido” como mais uma das panacéias das ciências políticas e administrativas (assim como muitas outras são vendidas hoje em dia). Rapidamente, os governantes de vários países latino-americanos aderiram à idéia do planejamento econômico e social; aí embarcou o planejamento em saúde. Com o correr dos anos, os insucessos de vários planos governamentais e empresariais trouxeram muito descrédito ao planejamento. Houve momentos em que administradores passaram a renegar as técnicas e tratamentos propostos pelos planejadores e, no nível dos governos nacionais, os planos foram encarados com ceticismo, quando não com total descrédito. Felizmente, muitos dos erros cometidos ao longo de quatro décadas favoreceram um processo de amadurecimento e serviram como lições bem aprendidas; o planejamento e os planejadores foram se incorporando de forma mais pertinente ao dia-a-dia das práticas administrativas e adquirindo a humildade que não tinham a princípio.*

<sup>4</sup> Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

*Enfim, reconhecido não mais como panacéia, o planejamento é valorizado como um processo essencial de uma gestão moderna e eficiente (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998, p.05).*

Nesse quadro, o planejamento no setor saúde adquiriu maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Muitos gestores e profissionais do setor saúde vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 30 anos de sua criação. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, colaborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema.

Com esse intuito, foi criado o Sistema de Planejamento do SUS (Planeja- SUS), cuja regulamentação foi aprovada em 9 de novembro de 2006 pela Comissão Intergestores Tripartite. Esse sistema constitui-se em uma forma de atuação articulada, contínua, integrada e solidária entre as três esferas de governo, o que creditou à atividade de planejamento uma participação técnica mais efetiva nas decisões políticas dos gestores (BRASIL, 2008).

Esse processo começou com a elaboração do Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007 –, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, que deixou evidente a necessidade de se construir um sistema de planejamento do SUS. Para definir e aperfeiçoar as bases de organização e funcionamento do referido sistema, o Ministério da Saúde promoveu, em 2005 e 2006, oficinas macrorregionais que contaram com a participação de mais de duas centenas de dirigentes e técnicos que atuam na área de planejamento nas três esferas de gestão do SUS. O produto dessa discussão culminou no sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS (BRASIL, 2009a).

*Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – Planeja-SUS – a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o Planeja-SUS deve ser entendido como estratégia relevante à efetivação do*

*SUS. Para o seu funcionamento, são claramente definidos os objetivos e as responsabilidades das áreas de planejamento de cada uma das esferas de gestão, de modo a conferir efetiva direcionalidade ao processo de planejamento que, vale reiterar, compreende o monitoramento e a avaliação (BRASIL, 2009b).*

Para possibilitar a apropriação desse Sistema pelas distintas esferas de gestão, inclusive pela gestão municipal, é preciso considerar algumas premissas a seguir apresentadas:

1. O processo ascendente de planejamento, definido pela Lei Orgânica da Saúde, configura-se relevante desafio para os responsáveis por sua condução, em especial aqueles das esferas estadual e federal, tendo em conta a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à quantidade e diversidade dos municípios, além da grande desigualdade em saúde ainda prevalente, quer em relação ao acesso, quer no tocante à integralidade e à qualidade da atenção prestada.
2. Quanto à gestão, é importante levar em conta o fato de que cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e que 48% possuem menos de 10 mil, apresentando, no âmbito do planejamento, uma organização ainda incipiente, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS neste nível.
3. A área de planejamento do SUS ainda necessita, nas três esferas de gestão, de recursos humanos em quantidade e qualidade.
4. A disponibilidade de infra-estrutura adequada e a atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento em si – sobretudo em se tratando de monitoramento e avaliação, no seu sentido mais amplo –, assim como o domínio necessário das características e peculiaridades que cercam o próprio SUS e do quadro epidemiológico do território em que atuam, são condições estratégicas para a coordenação do processo de planejamento.
5. Na condição de Sistema, e consoante à diretriz relativa à direção única do SUS, o Planeja-SUS não envolve nenhuma forma de subordinação entre as áreas de planejamento das três esferas de governo.
6. Os processos de planejamento devem ser objeto de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada esfera de gestão, assim como das respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias.
7. Como parte integrante do ciclo de gestão, o Planeja-SUS deve estar próximo dos níveis de decisão do SUS. Nesse sentido, de forma tripartite, devem ser permanentemente pactuadas as bases funcionais do planejamento, monitoramento e

avaliação do SUS, promovida a participação social e buscada a intensificação da articulação intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

8. A proposta de formular instrumentos básicos para o processo de planejamento se configura como um dos objetivos específicos do Planeja-SUS. Destacam-se ainda a:

- pactuação de diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, englobando o monitoramento e a avaliação, que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
- implementação e difusão de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- promoção da integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a intersectorialidade deste Sistema, de forma articulada com as suas diferentes etapas;
- monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o Planeja-SUS e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS (BRASIL, 2009).

#### VOCÊ SABIA?

Que uma das providências centrais voltadas à implementação do Planeja-SUS foi o mapeamento da atividade de planejamento, nas três esferas administrativas, para a consolidação de informações que permitissem o conhecimento da estrutura disponível e da sua inserção no processo de gestão do SUS. O resultado desse trabalho foi divulgado em um documento, que disponibiliza informações da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde com a finalidade de traçar o perfil da operacionalização da atividade de planejamento no SUS.

Estas informações permitiram a identificação de padrões de inserção do planejamento no SUS em níveis municipal, estadual e federal. Por meio de enquête, foi possível investigar a segmentação do planejamento sob os aspectos caracterizadores de sua eficiência e efetividade.

Esse documento está disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v5.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v5.pdf)

O Planeja-SUS definiu ainda, com base legal, os instrumentos básicos que dão expressão concreta a este Sistema, que são: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual

de Gestão. Esses instrumentos são essenciais para a implantação do planejamento e execução da gestão nos Estados e Municípios.

Esses instrumentos compõem, assim, o elenco básico dos produtos a serem promovidos pelo Planeja-SUS. Nesse sentido, estão estabelecidos como instrumentos inerentes a todo o Sistema de Planejamento do SUS e, portanto, às três esferas de gestão de acordo com a Portaria Nº 3.085/2006.

Existem distintos modelos e métodos quando consideramos os instrumentos de planejamento. As variações vão desde aqueles que só contemplam a simples projeção de tendências, até modelos complexos, que propõem uma visão mais elaborada da situação problematizada. No âmbito do Planeja-SUS, esta opção foi a da construção coletiva, sendo que, seja qual for a opção feita o importante é ter em mente que planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos.

#### Mas, o que são esses instrumentos?

##### Plano de Saúde

Está definido no Art. 2º da Portaria Nº 3.332/2006, como sendo o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Não trata-se de um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do País. Dessa forma, o Plano de Saúde é um instrumento referencial básico e deve refletir essas diferentes realidades. O Plano de Saúde comporta, logicamente, a incorporação das adaptações que se fizerem necessárias, em cada esfera de gestão, em consonância com a política nacional de saúde expressa nos respectivos atos normativos.

Vale ressaltar que as ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano não são objeto de explicitação no Plano de Saúde.

Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

##### Programação Anual de Saúde

É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. A partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde são detalhadas na Programação as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam

o respectivo Plano. É importante identificar também as áreas responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer para o alcance dos objetivos.

Cabe enfatizar que a Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em determinado ano. Isso significa que a Programação Anual de Saúde contém – de forma sistematizada, agregada e segundo a sua estrutura básica – as programações de áreas específicas. Os resultados decorrentes da implementação da Programação compõem o Relatório Anual de Gestão.

### Relatório Anual de Gestão

Definido pelo Art. 4º da Portaria 3.332/2006 o Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.

Cabe destacar que, ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações. Para tanto, os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados, que além de contemplarem aspectos qualitativos e quantitativos, envolvem também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

Importante enfatizar, que o Plano, as suas respectivas Programações Anuais e os Relatórios Anuais de Gestão devem ser claros e precisos, de modo a facilitar o entendimento não só por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, como da sociedade, na medida em que envolvem a participação efetiva da população e cujos fóruns privilegiados para tanto são os Conselhos de Saúde. Um dos papéis fundamentais do Planeja-SUS é de justamente oferecer modelos básicos desses instrumentos que, devem ser acrescidos e adaptados às realidades da correspondente esfera de gestão. É oportuno assinalar, por fim, que o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem ser submetidos à apreciação e aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2009b).

### VOCÊ SABIA?

Que em 2009 foi realizado um levantamento sobre a elaboração dos instrumentos de planejamento pelos municípios, a partir de formulário preenchido por

478 gestores municipais e técnicos de municípios participantes do 2º Encontro Estadual de saúde, realizado em Belo Horizonte. A conclusão foi que a situação dos municípios mineiros no que diz respeito ao planejamento em saúde não estava satisfatória. Quanto à elaboração do Plano Municipal de Saúde, mesmo quando se referiu ao quadriênio 2006-2009, a maioria dos gestores (59%) ainda não haviam elaborado tal documento. Naquele ano, apenas 49% dos municípios tinham a programação Anual de Saúde elaborada, enquanto que 53% não possuíam o relatório Anual de Gestão confeccionado, relativo ao ano de 2008 (MARQUES, et al., 2011).

Tais dados expostos revelam uma situação preocupante da gestão em Minas Gerais, do ponto de vista da formulação do planejamento a médio e curto prazo, bem como a avaliação dos resultados alcançados. Ainda que tais informações não explicitem o caráter qualitativo dos instrumentos já elaborados até aquele momento pelos gestores municipais, ressalta-se a importância de se estimular a institucionalização do Planejamento em Saúde (MARQUES, et al., 2011).

Considerando o nível mais local, Estados e Municípios, existem outros instrumentos que foram se aperfeiçoando e sendo implantados de acordo com o processo de descentralização do SUS. Esses são importantes para a construção dos citados anteriormente. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um desses. Define o processo de regionalização da assistência em cada estado e no distrito federal. Está baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenções, de acordo com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado.

Resumindo, o PDR constitui instrumento de organização dos territórios Estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistências para conformação das redes hierarquizadas de serviço.

Assim, o PDR leva ao estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

A partir do PDR é elaborada a Programação Pactuada e integrada (PPI), outro instrumento de gestão a nível regional e que deve integrar o planejamento em saúde. Trata-se de um instrumento de planejamento físico orçamentário dos serviços de saúde. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospital, bem como as atividades de promoção e prevenção. Constitui o instrumento proposto para reorganização



do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação de recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

Portanto, a PPI consubstancia num pacto solidário entre gestores, à medida que traduz as responsabilidades de cada município em relação à garantia do acesso da população aos serviços de saúde.

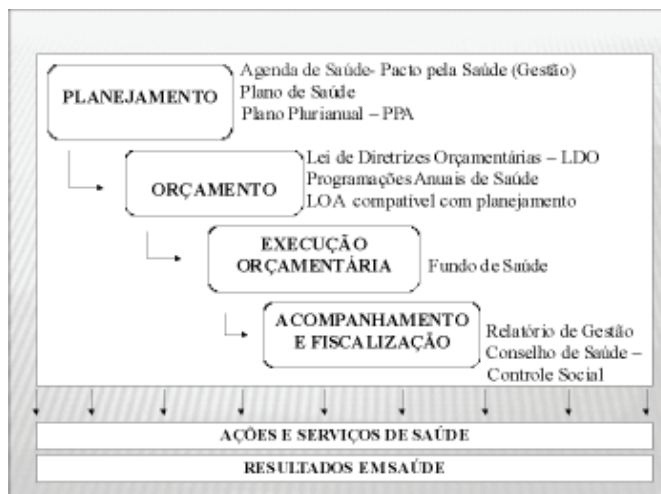
Assim, o principal objetivo da PPI é efetuar a programação assistencial, em que são definidos a quantos e a quais serviços de saúde a população terá acesso em seu município e quais os que serão

referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Então podemos concluir que os instrumentos de planejamento existentes estão integrados, sendo que o PDR insere-se nessa lógica como substrato para a elaboração dos Planos de Saúde: Estaduais e Municipais. Por sua vez, estes precisam orientar a elaboração da PPI, assim como o PDR também o faz.

A PPI irá compor a Programação Anual de Saúde que depende do Plano de Saúde elaborado. Todos em conjunto serão necessários para a construção do Relatório Anual de Gestão.

**Mas, ainda existem outros instrumentos e por curiosidade iremos conhecê-los na figura abaixo.**



Fonte: Adaptado de Brasil, 2003, p.47

Vamos entender:

- Plano de Saúde deve subsidiar a formulação do PPA – Plano Plurianual de Saúde;
- PPA deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e, para as relativas aos programas de duração continuada;
- O PPA é elaborado no 1º ano de governo e têm vigência para 4 anos.
- Para cada ano de vigência do PPA elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO, com o objetivo de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital para um exercício financeiro;
- Plano de Saúde se desdobra em Programações Anuais de Saúde (PAS) para cada ano de sua vigência, com o propósito de que sejam detalhados, para cada exercício financeiro, os objetivos, metas, ações e, especialmente, recursos necessários para realização das ações.
- Programação Anual de Saúde deve orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais - LOA, para que haja vinculação entre ações e recursos necessários programados e o orçamento aprovado, portanto, garantido, para sua execução.

**SAIBA MAIS!**

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o Planejamento no SUS acesse o site do Planeja-SUS no endereço: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1098](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1098).

Nele você terá disponível os Cadernos de Planejamento que detalham a sistematização destes instrumentos.

Para cada área específica do SUS existem outros instrumentos que vão auxiliar no planejamento específico das ações. Um exemplo é o Plano Diretor da Vigilância Sanitária (PDVISA) construído com o objetivo de fortalecer e consolidar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O PDVISA propôs cinco eixos diretores para a organização das ações de Vigilância Sanitária (VISA), em consonância com o SUS. Reconheceu que as ações de VISA devem ultrapassar os limites da fiscalização e do poder de polícia, para promover a intersetorialidade, bem como ações educativas e de comunicação destinadas à conscientização da sociedade (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

O PDVISA foi o marco inicial do diferencial tecnológico de planejamento da VISA. Os cinco eixos são baseados em estratégias de atuação e sinalizam para a necessidade de se ampliar as ações de VISA. O PDVISA rompe com a visão coercitiva e ressalta aspectos da integralidade, da intersetorialidade. Enfatizando a importância da Atenção Primária, das tecnologias sanitárias ampliadas, da tecnologia de comunicação social, da construção do conhecimento, da cidadania, da participação social e do planejamento.

Cabe ressaltar que, apesar dos esforços empreendidos desde a criação do SUS e os avanços alcançados, a área de planejamento do Sistema ainda carece, nas três esferas de gestão, de recursos humanos em quantidade e qualidade. Observa-se que ainda faltam

infra-estrutura e atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento em si – sobretudo em se tratando de monitoramento e avaliação, no seu sentido mais amplo –, assim como o domínio necessário das características e peculiaridades que cercam o próprio SUS e do quadro epidemiológico do território em que atuam. Tais condições são estratégicas para a coordenação do processo de planejamento e, portanto, para o funcionamento harmônico do Planeja-SUS.

#### SAIBA MAIS!

Para aprofundar esse conhecimento conheça o PDVISA disponível em:  
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/index.htm>

#### REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. PDVISA - Plano diretor de vigilância sanitária: eixos e diretrizes. Brasília: Anvisa, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 66 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde : resultados da pesquisa – esfera municipal / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria

de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 142 p. : il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 5)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2)

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde. Vol 2, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo SP, 1998. (Série Saúde & Cidadania).



### ATIVIDADE 8

#### DINÂMICA

*Tempo Estimado: 30 minutos*

#### Objetivos

- Melhorar o entrosamento da turma.
- Fortalecer as relações interpessoais.

#### Materiais

- Tarjetas de papel A4.
- Pincel atômico.

**ATIVIDADE 9****BASES LEGAIS PARA O PLANEJAMENTO**

*Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos*

**Objetivo**

- Conhecer as bases legais para o planejamento em saúde.

**Material**

- Texto: Embasamento legal para o Planejamento em Saúde.

**TEXTO PARA LEITURA**  
**EMBASAMENTO LEGAL PARA O**  
**PLANEJAMENTO EM SAÚDE<sup>5</sup>**



O planejamento em saúde e os instrumentos resultantes de seu processo são objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse financeiro. A Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (inciso XVIII do Art. 16). A referida Lei dedica o seu Capítulo III ao planejamento e orçamento.

No primeiro artigo desse Capítulo III, é estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS, que “será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União” (Art. 36). Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. O cumprimento dessa orientação legal é um desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e necessidades próprias de cada município.

Nos parágrafos 1º e 2º do Art. 36, são definidos a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes. O primeiro parágrafo estabelece que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”. Já o segundo veta a “transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde”, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde. No Art. 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde,

“em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”.

A Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, define, no seu Art. 4º, os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixando que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do Art. 33 da Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990” (esse parágrafo refere-se ao acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria).

É importante destacar igualmente as Portarias editadas pelo Ministério da Saúde de Nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto e de Nº. 699, de 30 de março, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos compreendem o planejamento, a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação social, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS – Planeja-SUS – é objeto do item 4 do anexo da Portaria Nº. 399, estando nele contidos o seu conceito, princípios básicos e objetivos principais. Destaque-se, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

<sup>5</sup> Texto adaptado retirado do Volume 3 da Série Cadernos de Planejamento do SUS do Ministério da Saúde. Ressalto que estão descritas as principais legislações que abordam o Planejamento no SUS, não cabendo a nós a pretensão de extinguir o assunto.

1. A “adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS”;
2. A “integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo”;
3. A “institucionalização e o fortalecimento do Planeja-SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS”;
4. A “revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes”; e
5. A “cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS”.

No item 3 do capítulo relativo à responsabilidade sanitária, da Portaria Nº. 399 estão estabelecidos os compromissos de cada esfera no que concerne ao planejamento. Destacam-se como responsabilidades comuns aos entes federados: (i) “formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”; (ii) “formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde”; (iii) “elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente”.

Nesse contexto, é importante destacar as portarias que norteiam a organização e a implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJA-SUS) – pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite –, a saber:

- Portaria Nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o PlanejaSUS;
- Portaria Nº 3.332, do dia 28 subsequente, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema e revoga a Portaria Nº 548/2001 (“Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”);
- Portaria Nº 1.229, de 24 de maio de 2007, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão do SUS;
- Portaria Nº 1.885, de 9 de setembro de 2008, que institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.

Por fim, é importante lembrar que o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, instrumentos próprios de cada nível de gestão, devem manter coerência com o Plano de Saúde, guardando uniformidade de objetivos, diretrizes e metas. O plano de saúde é, enfim, instrumento que norteia todas as atividades.

Além dessas, não podemos deixar de citar o Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Neste Decreto, o planejamento em saúde é tratado mais especificamente no capítulo III, que dispõe:

Art.15.O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art.16.No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art.17.O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art.18.O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art.19.Compete à Comissão Intergestores Bipartite-CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional (BRASIL, 2011).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva): estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 114 p. – (Série

B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 3)

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso: em 12 jan. 2011.

## ATIVIDADE 10

### TIPOS DE PLANEJAMENTO



*Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos*

### Objetivo

- Conhecer os tipos de planejamento com ênfase no planejamento estratégico.

### Materiais

- Sugestão: Slides.
- Papel Kraft
- Pincel atômico.
- Texto: Tipos de Planejamento com Foco no Planejamento Estratégico

## TEXTO PARA LEITURA

### TIPOS DE PLANEJAMENTO COM FOCO NO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

*Sâmia Martins da Costa Silveira<sup>6</sup>*



Como vimos até agora a complexidade é uma característica marcante na gestão dos serviços de saúde. Múltiplos elementos compõem o sistema de saúde fazendo-o parecer paradoxo com um difícil exercício de escolhas árduas. Muitas vezes gestores e profissionais na saúde precisam escolher entre eficiência ou satisfação do usuário, qualidade ou ampliação do acesso.

Ela precisa ter uma clara compreensão dos seus objetivos, de sua estrutura e seu funcionamento, sua cultura, suas políticas e as diretrizes orientadoras da ação, suas necessidades em termos físicos, humanos e de desenvolvimento tecnológico (SHIMAZAKI et al., 2010).

**Você, que atua hoje na Vigilância em Saúde tem essas questões bem claras e definidas?**

### PARA REFLETIR

Mas será que não dá para ter tudo isso nesse sistema? E quando falamos de Vigilância em Saúde, essas questões possuem respostas melhores ou piores?

Uma organização, ou serviço, de qualquer porte, seja pública, sem fins lucrativos ou privada, tem necessidade de compreender completamente onde se encontra no momento e aonde quer chegar no futuro.

Foi realizada uma pesquisa com 160 empresas norte-americanas, entre 1986 e 2001 (Projeto Evergreen – Nitin Nohria – Harvard School), para identificar motivos pelos quais algumas empresas prosperavam nos contextos mais difíceis, enquanto outras do mesmo setor de atividades, com um porte parecido e utilizando uma tecnologia semelhante, entravam em decadência. Uma das conclusões foi surpreendente: as análises mostraram não existir relação causal entre o uso da maioria das técnicas de gestão e um desempenho superior da empresa. Então não existe uma regra para o planejamento e para a gestão de uma empresa. Entretanto, o estudo mostrou que o

<sup>6</sup> Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

importante é dominar, em profundidade, alguns dos fundamentos clássicos do planejamento e da gestão. As empresas que prosperam utilizam quatro práticas primárias de gestão:

- **Estratégia:** formular e manter uma estratégia clara e objetiva;
- **Desempenho:** desenvolver e manter um desempenho operacional impecável, inclusive dos recursos humanos;
- **Cultura:** desenvolver e manter uma cultura baseada no desempenho;
- **Estrutura:** construir uma empresa com serviços dinâmicos, flexíveis e simples (ALBUQUERQUE, et al., 2008).

Essa pesquisa tratou de organizações privadas, mas podemos e devemos aprender com elas. Precisamos retirar o que tem de bom, elencar os valores para se construir fundamentos que orientam as ações e o trabalho do serviço. São os valores, o crer e a filosofia que norteiam a forma de atuar. São as crenças e os valores que formulam a Cultura da organização e dos serviços (MOTTA, 1999).

Não é fácil alcançar essa excelência nos serviços, sendo o planejamento essencial para assegurar o alcance dos melhores resultados. No processo de planejamento, tudo está interligado, o que aumenta a necessidade de ações cada vez mais coerentes e assertivas. Se, por exemplo, adota-se uma situação problema que não reflete a realidade da situação de saúde da população, o efeito da ação não será o desejado, ficando o resultado comprometido. Da mesma forma, se as ações, os objetivos e as metas são construídas de forma desconexas da situação problema e da realidade administrativa, política e institucional, o resultado dessas ações também pode ficar comprometido (MINAS GERAIS, 2013).

Então, o processo de planejamento pode se apoiar nas definições e nas diretrizes emanadas por políticas públicas já estruturadas e definidas. Não precisa ficar “reinventando a roda”. Essas devem ser tomadas como caminhos a serem seguidos para a construção de cenários ou para o direcionamento de projetos e ações. O modo de se construir um planejamento dependerá, assim, da intenção de quem o planeja, dos objetivos construídos, do momento em que se esteja das políticas públicas vigentes e das prioridades definidas com a situação de saúde da população. Essa também deve ser a realidade da Vigilância em Saúde.

Existem inúmeras técnicas que apoiam a construção dos instrumentos de planejamento, advindos de

diferentes teorias do planejamento em saúde. Todas apresentam vantagens e desvantagens, de acordo com a finalidade do planejamento, do local que se planeja, do tempo disponível para sua operacionalização, e dos atores envolvidos. As técnicas de planejamento podem auxiliar na organização das informações disponíveis para a decisão, bem como facilitar a construção de propostas de saúde, permitindo ampliar a efetividade e a integralidade das diversas políticas de saúde existentes (MINAS GERAIS, 2013).

Portanto, na medida em que o processo de planejamento consiste em definir objetivos a serem alcançados, para nortear a definição de estratégias a seguir, fica claro que a identificação dos problemas a serem enfrentados e os caminhos a seguir não são únicos nem universais. Dependendo da perspectiva e dos interesses em jogo, o que é problema para alguns pode ser solução para outros.

### **Então, vamos conhecer um pouco das técnicas de planejamento?<sup>7</sup>**

Tradicionalmente, quando falamos de planejamento em saúde na América Latina, estamos nos referindo especificamente àquele feito por governos, e que tem por objeto o amplo campo das ações de saúde realizadas por um sistema público. É comum considerar dois grandes momentos no desenvolvimento desse planejamento: o momento “normativo”, representado pelo método CENDES-OPAS e um segundo momento que se identifica com o movimento conhecido como Planejamento Estratégico.

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

O Método CENDES-OPAS<sup>8</sup> foi desenvolvido entre 1962 e 1963 e surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961 - que reuniu os ministros da saúde dos países latino-americanos. Era necessária a formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos. Estes, na concepção desenvolvimentista, permitiriam que os países da região pudessem percorrer as diversas etapas que já haviam sido percorridas pelos países mais desenvolvidos.

<sup>7</sup> Texto adaptado de CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R. TAVEIRA, M. Planejamento e Programação em Saúde. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008

<sup>8</sup> O método CENDES/ OPAS foi publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em abril de 1965, sob o título “Programación de la salud. Problemas conceituais e metodológicos” Série Publicaciones Científicas no. 111. Washington, DC.

Neste contexto, os planejadores em saúde eram basicamente os técnicos do nível central dos Ministérios da Saúde dos diversos países em questão que, com exceção do Brasil, possuíam e geriam a maior parte dos serviços de saúde em seus países. Assim, quase que naturalmente, ficava claro que o planejamento seria basicamente normativo, definindo o que deveria ser feito e como, no âmbito dos serviços de saúde. Na realidade, o poder dos técnicos era só aparente, já que, no melhor dos casos, se restringia ao âmbito do próprio processo de planejamento, enquanto que o mundo real seguia seu curso e neste mundo real, as decisões continuavam a ser tomadas pelos políticos (CHORNY, 1993).

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

No entanto, a partir da década de 70, as condições políticas na América Latina já eram outras, a partir do golpe em 1964 no Brasil, no Chile em 1973, e o advento de regimes autoritários em outros países latino-americanos nos anos seguintes. Os técnicos, que na década anterior haviam participado da formulação de planos de saúde no âmbito do governo, por esta época, muitas vezes exilados de seus países, passaram a rever profundamente o processo de planejamento e seus determinantes. A partir de fins da década de 70 e início dos anos 80, surge uma nova forma de encarar o planejamento em saúde, que nasceu, entre outras causas, das críticas e fracassos que acompanhavam a visão normativa adotada até então.

Esta nova concepção refere-se ao planejamento estratégico. Um grande diferencial entre este tipo de planejamento e o anterior é o papel do planejador. Na formulação do planejamento normativo, o planejador é um agente externo ao sistema, não existem “outros”, assim como não existem conflitos. O enfoque estratégico, no entanto, pressupõe que o planejador é um ator social, ou seja, é parte de um jogo onde existem outros atores, com interesses e força distintos. Uma consequência desta primeira admissão é que não existe apenas um diagnóstico de quais são os problemas nem apenas uma explicação acerca de suas causas.

A partir de então surgiram várias vertentes do planejamento estratégico, que com suas sucessivas releituras e reelaborações foram se desenvolvendo uma série de abordagens e métodos de planejamento em saúde e uma vasta literatura, na qual são utilizadas diferentes terminologias. Como já foi dito anteriormente existem diversos métodos e teorias de planejamento e que variam de acordo com os objetivos que se perseguem. A definição acerca de aonde chegar e dos objetivos a serem alcançados não são únicas nem universais e variam de acordo com quem planeja. Propósitos e

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

Em linhas gerais, o processo de planejamento consiste em:

- Identificar problemas – atuais e futuros;
- Identificar os fatores que contribuem para a situação observada;
- Identificar e definir prioridades de intervenções para implementar soluções;
- Definir estratégias e cursos de ação que devem ser seguidos para solucionar um determinado problema;
- Definir os responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações;
- Definir os procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que se propôs realmente está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados.

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

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

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

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

ações que maximizem o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos estratégicos.

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

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

O momento **operacional** se refere à execução propriamente dita, em essência no âmbito da

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

Durante todos os momentos das dimensões citadas o planejamento deve ser monitorado e acompanhando para que se possa ir adequando e “aparando as arestas”, como em um ciclo. Depois de contemplado um período suficiente e definido para as ações serem implementadas o planejamento deve ser avaliado para se verificar e medir os resultados e impactos obtidos. O que se espera é que após a implementação a unidade ou o serviço planejado encontre-se em um patamar superior de desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F.; MOTA, T.; BENTINHO, P. Balanced Scorecard: o caso do sistema público de seguridade social em Portugal. Convibra, 2008. Disponível em: <[http://www.convibra.com.br/2008/artigos/81\\_0.pdf](http://www.convibra.com.br/2008/artigos/81_0.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2011.

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

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R. TAVEIRA, M. Planejamento e Programação em Saúde. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atualização profissional de vigilância em saúde: caderno de organizações das práticas de promoção da saúde: guia do aluno/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013. 67p.

MOTTA, P. R. Transformação organizacional. São Paulo: Editora Infinito, 1999.

SHIMAZAKI, M. E. et al. Planejamento estratégico: guia do participante. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. 28p.



## ATIVIDADE 11

### PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

*Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos*

#### Objetivo

- Discutir as informações contidas no artigo relacionando-as com o quadro esquemático da atividade anterior.

#### Material

- Texto: Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500002&script=sci_arttext)>.



## TEXTO PARA LEITURA

### PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE: HISTÓRICO E TENDÊNCIAS COM BASE NUMA VISÃO COMUNICATIVA<sup>9</sup>



#### INTRODUÇÃO

O planejamento admite uma primeira distinção, dependendo de seu lugar dentro de um sistema social: como substituto do mercado ou forma de regulação global da economia, de caráter imperativo nas sociedades socialistas e com caráter indicativo, no capitalismo, na medida em que o Estado indica rumos, estimula ou desestimula formas de investimento e prioridades, através de instrumentos de política econômica, ancorado na teoria de Keynes.

Ambas as formas de planejamento estão marcadas por dilemas que geram crises e fracassos relativos. No caso do planejamento socialista, verifica-se uma contradição básica entre plano e descentralização. É o predomínio da centralização a causa fundamental da crise deste modelo de planejamento. A crise do planejamento imperativo corresponde à crise de um paradigma normativo, economicista e tecnocrático, típico duma visão do planejamento como instrumento do Estado em situações de concentração de poder. No caso do planejamento indicativo, o problema básico é o confronto entre plano e mercado, com a possibilidade real de uma superação do plano pela lógica do mercado, que responde mais a interesses particulares do que a interesses gerais da sociedade.

Na América Latina, o planejamento econômico e social recebe a influência dessas duas formas. Um maior dirigismo estatal com planejamento é visto como a racionalidade necessária a uma política substitutiva a serviço do crescimento e do desenvolvimento. Esta noção, inicialmente compreendida como mero crescimento econômico, evolui em função de vários determinantes históricos para uma concepção integrada, que incorpora o social. É nesse contexto que surge o método CENDES/OPAS (Centro de Desarrollo/Organização Pan-Americana da Saúde) de programação em saúde, principal marco metodológico do planejamento de saúde. Criticado por seu formalismo economicista e complexidade, o método se torna o representante de um tipo de planejamento normativo, preso a um referencial de eficiência econômica e marcado pela omissão dos aspectos políticos inerentes ao processo de planejamento. Este método foi concebido para operar em um contexto caracterizado por um grande controle do Estado e por um grau avançado de integração sistêmica, condições que não se verificam em um setor saúde com uma forte representação do privado e com altas doses de fragmentação. A

fraqueza do setor público e a desconsideração dos aspectos políticos e macroinstitucionais envolvidos nos processos de formulação de políticas e planos contribuíram para invalidar parcialmente a proposta do CENDES. Como alternativa para uma visão do planejamento como a busca da maximização de recursos econômicos abstratos, surge o conjunto de vertentes do planejamento estratégico, articuladas pela concepção do planejamento como processo interativo, que obriga a considerar os vários atores envolvidos e a viabilidade política dos planos.

A partir da crítica ao planejamento como resultante de um único ator, o Estado, desponta uma visão mais plural, segundo a qual a dinâmica estatal e de intervenção social pressupõe situações de compartilhamento de poder, que suscitam a necessidade de planejar em situações de conflito e cooperação entre os atores. Situações de exceção (regimes autoritários) exacerbaram o conflito e a relação de desconfiança reforçou contextos estratégicos. Com a democratização, volta-se a garantir a institucionalização e legitimação dos espaços de participação da sociedade, na interface entre a sociedade civil, a política e o poder administrativo. Num contexto em que vários projetos de sociedade/atores se encontram em confronto constante, além do reconhecimento do conflito e sua tematização, é preciso fortalecer a capacidade de escuta do outro e de interação e negociação. Por isso, afirmamos que uma concepção pluralista e comunicativa do planejamento apresenta maior aplicabilidade.

Este artigo tem por objetivos apresentar uma visão condensada das principais tendências no Brasil, estabelecer uma taxonomia geral dos modelos de planejamento e gestão em saúde, tendo como base o cenário internacional, e fundamentar a proposta de um planejamento comunicativo.

#### PRINCIPAIS TENDÊNCIAS DE PLANEJAMENTO/ GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Paim e Teixeira buscam identificar as inflexões que marcaram a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão no Brasil, considerando as diversas conjunturas políticas e acadêmicas, e concluem que esta produção é marcada pelos desafios que exigem não só conhecimento técnico-científico, mas também militância sociopolítica. Alguns autores adotaram uma periodização que contempla diferentes fases em que os temas são incorporados

<sup>9</sup> Rivera, Francisco Javier Uribe; ARTMAM Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Ago.2010.

segundo se apresentam novos desafios na trajetória política, fortemente marcada pela Reforma Sanitária e suas diferentes fases de implementação. Outros autores assinalam a existência de quatro correntes de planejamento/gestão em saúde, que não deixam de estar marcadas pelos desafios prático-teóricos e diversidade de influências teórico-metodológicas:

A gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas defende um modelo de gestão colegiada e democrática, com as seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. Propõe a utilização de uma "caixa de ferramentas", que inclui o pensamento estratégico de Testa, o planejamento estratégico-situacional (PES) de Matus, elementos da qualidade total, da análise institucional, entre outros. Esta corrente critica o modelo piramidal da proposta de hierarquização de serviços em prol do modelo do círculo, que enfatiza a coordenação horizontal entre todos os níveis da rede e a centralidade da rede básica de atendimento. Mais recentemente, incorpora, a partir da Saúde Mental, os conceitos de acolhimento e vínculo, ligados à política de humanização. Crescentemente preocupada com os microprocessos de trabalho assistencial, a escola introduziu novos instrumentos de análise, como os fluxogramas analisadores. É importante citar, ainda, os aportes relacionados ao conceito de clínica ampliada ou do sujeito, que integraria o melhor da clínica não degradada, um olhar voltado para a subjetividade dos usuários e outro para seu o contexto social e de Mehry sobre o processo de trabalho médico, que utiliza tecnologias leves, leve-duras e duras<sup>15</sup>, destacando-se a importância do componente relacional da tecnologia leve;

O planejamento estratégico comunicativo, representado por núcleos da ENSP/Fiocruz, com base na teoria do agir comunicativo (TAC) de Habermas, resgata aspectos comunicativos do planejamento estratégico-situacional, mas não se limita a ele. Incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais e desenvolve uma reflexão sobre componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural, redes de conversação, com alguma influência da escola da organização que aprende e da filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional. Representa uma crítica ao paradigma estratégico. Também é necessário destacar que a contribuição da ENSP/Fiocruz não se limita ao grupo do "planejamento estratégico comunicativo" referido por Mehry. Um importante aporte tem sido feito por pesquisadores que buscam aplicar o referencial da psicossociologia à gestão organizacional e ao desenvolvimento das capacidades de liderança;

A corrente da Vigilância à Saúde, representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico e

institucional, postula um modelo de vigilância à saúde que propõe pensar numa inversão do modelo assistencial. Este modelo combate a velha atomização dos programas verticais da Saúde Pública e defende a necessidade de integração horizontal dos seus vários componentes. Em grande parte, esta possibilidade de coordenação se apoia na aplicação do PES no processamento de problemas transversais. A Vigilância à Saúde se caracterizaria por este tipo de integração, mas também pela busca de uma atuação intersetorial, na linha da promoção à saúde, que seria o paradigma básico da vigilância, alternativo ao paradigma flexneriano da clínica. Contemplaria como um dos seus alicerces assistenciais a rede básica de atendimento e primordialmente o modelo de médico de família. Uma das principais contribuições da escola é a proposta de sistemas de microrregionalização solidária, como célula de um sistema regionalizado que avance na possibilidade de constituir sistemas integrados de saúde por oposição aos sistemas fragmentados. A este respeito, é importante destacar a contribuição de Mendes no planejamento e montagem de redes de atenção à saúde;

A escola da ação programática da Faculdade de Medicina da USP destaca-se pela ênfase a formas multidisciplinares de trabalho em equipe. Sustenta a necessidade de uma abertura programática por grupos humanos amplos, para além de um recorte por patologias. Enseja assim condições para uma abordagem mais integrada e coordenada do atendimento. Atribui, tal como na escola da vigilância, uma importância crucial ao uso inteligente da epidemiologia clínica e social, como disciplina útil na possibilidade de programação das práticas de serviços, incluindo os clínicos. Alguns autores<sup>42-44</sup>, da mesma forma que a corrente da ENSP, mostram uma preocupação importante pelo ramo da filosofia da linguagem dentro da vertente comunicativa de Habermas. Considera que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares depende basicamente do estabelecimento de processos comunicativos. Esta escola tem se diferenciado, ainda, pelas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde. É relevante a análise de Schraiber sobre as características do trabalho médico, enquanto um duplo técnico e humano: um saber e uma forma de intervenção tecnológica e uma forma de interação ou de agir comunicativo.

É importante destacar a contribuição específica do Instituto de Medicina Social da UERJ, que se refere ao desenvolvimento de um laboratório de integralidade, que produziu um grande volume de trabalhos sobre o tema inseridos na área de gestão de redes em Saúde.

#### **ENFOQUES METODOLÓGICOS DE PLANEJAMENTO: PANORAMA INTERNACIONAL**

Inicialmente, identificam-se dois grandes modelos: o primeiro, o planejamento baseado no enfoque problema-solução, correspondente ao planejamento estratégico-situacional e ao enfoque de planejamento

da qualidade total, e, um segundo, o planejamento estratégico a partir de cenários, no qual se destaca o modelo da prospectiva estratégica de Godet. No primeiro, temos um modelo de planejamento que vai do presente para o futuro. No segundo, um enfoque que transita do futuro para o presente.

Embora existam similaridades entre os instrumentos do PES e da qualidade total na explicação dos problemas, esses enfoques são bastante diferentes. Em um contraponto entre os dois, Rivera assinala que o método da qualidade total difere do PES pela ausência de análise estratégica dos atores do plano e pela falta do cálculo de cenários.

A gestão pública por resultados defende a necessidade de explorar os dois enfoques, correspondendo a um modelo misto. O PES se diferencia da prospectiva de Godet, mas também contempla no momento normativo uma análise de cenários, embora simplificada. Apresenta, ainda, forte correlação com a gestão pública por resultados, pois é desenhado para a administração pública centrada na avaliação por resultados.

Outro enfoque importante no campo corporativo é de Porter, com adaptações para o campo da saúde. Apoia-se na análise estratégica das vantagens comparativas dos vários segmentos de produção. Embora a categoria segmento seja o ponto de partida, permite problematizar e tem um conteúdo prospectivo que corresponde à análise do valor ou do grau de atratividade dos segmentos em função da análise do ambiente externo específico a cada um deles, ao lado da análise da outra variável representada pelos fatores-chave de sucesso (FCS) de cada atividade.

Mintzberg estabelece uma diferenciação entre estratégia e planejamento. A estratégia seria o fruto de uma análise da alta gerência, a partir dum cálculo de síntese, baseado na intuição, na experiência e na necessidade imediata da ação. O planejamento, como cálculo analítico, seria um desdobramento operacional da estratégia. O perigo desta visão é recair numa concepção autoritária e centralizadora da estratégia, que se opõe a uma visão de planejamento comunicativo, na qual a estratégia é fruto da negociação entre atores plurais.

Este autor permite, porém, ressaltar a importância de funções cruciais do planejamento, como de comunicação e de controle de resultados, e de funções dos planejadores, dentre elas, a função de analistas estratégicos e de catalisadores da formação das estratégias e planos. No processo de aprendizagem, os planejadores teriam uma função importante, difundindo teorias, enfoques e métodos, apropriados pelos agentes organizacionais e utilizados nos cálculos estratégicos e operacionais, realizados ao interior de processos de negociação e de tomada de decisão da assim chamada gestão do cotidiano, que redundam

em estratégias emergentes. Este último conceito, diferente do conceito de estratégia pretendida pela cúpula, chama a atenção para a possibilidade de um processo participativo e real de formação da estratégia, não dissociada do operacional, que situa o planejamento como instrumento de aprendizagem. Seriam padrões que surgem em determinados setores da organização, no processo de busca de soluções e se tornam modelos. No entanto, para que aconteça uma inflexão estratégica importante que ultrapasse o incrementalismo, é necessário que este processo de aprendizagem se apoie em teorias, métodos e enfoques que induzam a pensar globalmente a organização, incluindo a necessidade de uma boa análise do ambiente externo, de uma formulação coletiva de prioridades e de uma definição de um esquema de pertença a redes amplas. Haveria também a necessidade de articulação de uma estratégia pretendida prospectiva que reagisse às estratégias emergentes de maneira construtiva no sentido de influenciá-las e de ser influenciada por elas. Antecipação é fundamental especialmente em contextos de mudança veloz.

Os tipos ideais de organizações de Mintzberg ajudam a pensar o contexto organizacional da saúde onde há forte predominância da autonomia dos centros operadores devido a um saber especializado, o que exige comunicação intensiva com a finalidade de prover formas de autoconhecimento e insumos para a formulação coletiva de uma visão estratégica. A função de catalisador dos planejadores (estimulando processos de aprendizagem coletiva) e a função de comunicação dos planos e dos processos de formulação dos mesmos se destacam neste processo específico.

Há nesta fundamentação de um planejamento mais informal, exigente em comunicação e em reconhecimento mútuo, elementos da proposta da escola da organização que aprende. Esta assume o planejamento como instrumento de aprendizagem e, especificamente, o planejamento de cenários como um diálogo, que permitiria trazer à tona e discutir os modelos mentais que presidem as narrativas de futuro, facilitando a obtenção de consenso a partir dos pressupostos básicos da construção de futuros.

## O PLANEJAMENTO COMUNICATIVO

O planejamento comunicativo representa um contraponto aos enfoques de planejamento estratégico em saúde, tendo por referência a teoria do agir comunicativo (TAC) de Jurgen Habermas e se insere no campo da filosofia da linguagem, dentro de uma perspectiva pragmática baseada em grande parte na teoria dos atos de fala de Austin e Searle. A partir da identificação de limitações destes enfoques estratégicos, dentre as quais se destacam a visão instrumental e quantitativa do poder, a sobrevalorização das situações do conflito implicando

uma visão reificada do outro, a ausência de maior aprofundamento analítico da dimensão da cultura, o insuficiente tratamento da estratégia de negociação cooperativa e uma discussão ainda instrumental do fenômeno da liderança, buscou-se desconstruir o planejamento estratégico e propor uma versão mais comunicativa conduzida pela busca do entendimento e pela preocupação com a legitimidade dos planos. Estas áreas definem desafios metodológicos importantes e se transformam em questões norteadoras e protocolos de pesquisa e investigação. Com base em Habermas, busca-se explorar os elementos comunicativos, os quais, embora presentes na obra de Matus e Testa, encontram-se ainda insuficientemente aprofundadas.

Na perspectiva de fundamentar um modelo comunicativo, é importante salientar que autores tradicionais do planejamento estratégico como Testa e Matus se preocuparam em inserir elementos comunicativos no planejamento, a partir dos aportes de Habermas, Toulmin, Austin, Searle e Flores, entre outros. Testa atribui à comunicação, com base em Habermas, a função de produzir consenso e sustenta que "[...] o plano só tem sentido na medida em que proporciona uma linguagem e uma estrutura comunicativa na qual o povo debate sua história e seu futuro". Para Matus, o plano é uma aposta argumentativa, cuja confiabilidade depende de um exame apurado das condições de vulnerabilidade dos argumentos implícitos na definição do modelo de explicação causal dos problemas, do plano normativo de operações e do modelo de análise estratégica do momento normativo. Para o autor, o plano é ainda um conjunto de atos de fala ou um conjunto de módulos comunicacionais, em que cada ato de fala comporta critérios de validação característicos, que devem ser considerados nos processos argumentativos que visam ao resgate de pretensões específicas. Por fim, o autor, analisando os tipos de liderança, estabelece uma ligação clara entre o modelo maquiavélico de liderança e a racionalidade estratégica e o modelo de Ghandi e a racionalidade do acordo comunicativo, fazendo eco à tipologia da teoria da ação habermasiana e reafirmando a dimensão comunicativa dos processos de condução.

O PES, enquanto uma análise situacional de problemas, comporta uma tendência para o estabelecimento de nexos ou transversalidades, que ajuda a costurar redes. Em função disso, a escola da vigilância à saúde defende o uso do PES, de modo a superar a visão arcaica de programas verticais e promover um sistema em rede, que articule a promoção.

Austin<sup>32</sup> e Searle<sup>33</sup> questionam a visão representacional e passiva da linguagem, restrita à nomeação de objetos de um mundo ontológico, e propõem uma visão pragmática, segundo a qual os atos de fala são formas de ação que criam novas realidades no mundo. Ambos os autores estabelecem uma taxonomia dos atos de fala, em que podemos

citar as declarações, as afirmações, as petições e os compromissos, dentre outros.

No campo da gestão organizacional, Flores e Echeverria se apropriam da teoria dos atos de fala desses autores, aplicando-a diretamente a uma nova compreensão linguística das organizações. Matus<sup>7</sup> aplica-a na compreensão do plano como compromissos de ação. Estes autores realizam uma mediação entre uma metateoria - o agir comunicativo - e a gestão organizacional, considerando as ligações entre Habermas e a pragmática de Austin e Searle. Flores<sup>35</sup> é um dos primeiros autores a entender as organizações como redes de conversações. Esta compreensão supõe que a organização responde, em última análise, a uma petição ou demanda social do ambiente ex-terno e que, internamente, ela se configura como uma rede predominantemente de petições e compromissos, apoiada nas afirmações e declarações. Estas últimas fundam ou criam as organizações. Os nós desta rede corresponderiam a especializações em determinados compromissos com conversações nitidamente recorrentes.

Para Rivera, a teoria social habermasiana aplicada ao campo das organizações refere uma visão dual de sociedade, configurada por duas perspectivas de análise relacionadas dialeticamente: o mundo da vida e o sistema. Esta visão opera como pano de fundo para o entendimento do fenômeno organizacional a partir de uma metáfora múltipla, que incorpora elementos do enfoque sistêmico e contingencial, assim como elementos do paradigma da ação, que acentua o lado da organização como construção social de atores, de natureza dialógica. Dentro deste marco interpretativo que destaca o múltiplo, a própria metáfora da cultura destaca-se como uma compreensão importante da organização e, neste caso, é vista como dimensão fundamental do conceito de mundo da vida da teoria social de Habermas, ou seja, como o conjunto de configurações simbólicas da tradição organizacional que serve de base ou de pré-compreensão para os processos de percepção e intervenção organizacionais.

Na busca de respostas às lacunas observadas nos enfoques de planejamento, apontam-se desenvolvimentos específicos sobre a negociação cooperativa e o diálogo, utilizando como referências "o modelo de negociação baseado em princípios", de Fisher, Ury e Patton, de Harvard, e os protocolos de diálogo, de indagação e argumentação, apresentados por Senge. As contribuições de autores como Thévenet e Schein nas reflexões sobre métodos de ausculta cultural, passível de ser utilizada em pesquisas desenvolvidas em organizações profissionais, permitem discutir as relações entre cultura, gestão e mudança organizacional, no contexto da saúde. O campo da liderança, instância facilitadora da aprendizagem coletiva, também se mostra promissor.

O enfoque habermasiano representa uma proposta profícua para entendermos como os agentes sociais coordenam a ação e se organizam como sociedade. A coordenação enquanto fenômeno linguístico corresponde ao reconhecimento feito por Habermas de uma forma de ação social, o agir comunicativo, que representa uma alternativa ao agir estratégico e que permitiria a coordenação dos agentes sociais através do entendimento linguisticamente mediado. Entendendo a linguagem como um conjunto de atos de fala que operam como pretensões de validade ou proferimentos que podem ser aceitos ou não, o agir comunicativo seria uma forma de produção linguística de consensos naturais (acríticos) ou argumentativos (discursivos) sobre pretensões. Diferentemente da coordenação viabilizada pelo agir comunicativo, o agir estratégico seria uma forma de coordenação da ação de mais de um agente, com base em seus interesses particulares condicionados pelas esferas do poder e do mercado. Este agir pode se ancorar indiretamente em atos de fala, utilizando-se de argumentos empíricos e coercitivos, mas não seria uma coordenação baseada no entendimento. Este conceito de coordenação da ação de natureza comunicativa se revela um instrumento poderoso para compreensão da lógica da coordenação de serviços de saúde, dentro da imagem-objetivo dos sistemas integrados de saúde.

Lima analisa a coordenação de serviços de saúde a partir de um modelo construído a partir da lógica do agir comunicativo e baseado na interrelação entre interdependência, coordenação e integração, cujo eixo estruturante é uma rede dinâmica de conversações que se estabelece entre os distintos atores que interagem no sistema. A ideia de rede de conversações como operadora da atividade de coordenar interdependências e promover integração fornece uma oportunidade de análise a partir das conversações que se estabelecem nas distintas dimensões de integração do sistema. O autor rastreia as redes de conversações que se estabelecem a partir de determinados rompimentos (quebres) na experiência analisada de um SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência) regional, identificando os atos de fala predominantes nestas redes: juízos, afirmações, declarações, ofertas, promessas e os principais grupos de atores envolvidos nos fluxos de conversação catalogados, assim como as possibilidades de encaminhamento positivo dos rompimentos em termos de compromissos.

A partir de Searle, Flores e Echeverria assumem que os atos de fala em geral correspondem a formas de compromisso social, na medida em que os sujeitos que proferem estes atos se obrigam a determinados compromissos. Por exemplo, quem faz uma promessa, assume os compromissos da sinceridade, da consistência e da responsabilidade. Quem faz afirmações, por outro lado, obriga-se a apresentar

evidências ou testemunhas que avalizem a descrição de situações de fatos.

Esta concepção da linguagem como compromisso social foi explorada por Rivera e Artmann para fundamentar uma nova compreensão do fenômeno da liderança, apoiada em boa medida em reflexões prévias de Flores. Nesta moldura, a liderança surge como um juízo estabelecido pela comunidade acerca do grau de cumprimento dos compromissos sociais inerentes aos atos de fala da liderança e aos seus atos derivados. Assim, uma liderança inconsistente e pouco responsável no plano dos seus atos compromissários tende a perder níveis de confiança e a se enfraquecer, considerando que a responsabilidade, a consistência e a sinceridade são os critérios de validade dos compromissos. Esta linha de análise representa outra vertente de aplicação do paradigma da linguagem à gestão organizacional, que pode oferecer possibilidades importantes no campo da pesquisa.

No Brasil, diversos autores destacam a importância que assume a comunicação no desenvolvimento de cuidados de saúde de natureza mais integral, de uma cultura de humanização que permeie as políticas e cuidados de saúde e, dentro da perspectiva da humanização do cuidado, de um sistema de acolhimento dos pacientes marcado por um relacionamento ético e por uma perspectiva receptiva e integradora.

Campos propõe uma clínica ampliada, que articularia o melhor da clínica não degradada, o resgate da subjetividade do usuário e seu sofrimento com a preocupação com o contexto social do sujeito doente. Esta clínica seria uma conjugação de saber tecnológico e agir comunicativo e incorporaria um enfoque de educação em saúde ou de promoção voltado para aumentar a capacidade de autonomia dos sujeitos que adoecem.

Peduzzi trabalha especificamente a questão do desenvolvimento de equipes multiprofissionais de saúde como condição de possibilidade de um atendimento integral, a ser verificado já no acolhimento primário do paciente. Para a autora, esta equipe deveria assumir, a partir de Habermas, a feição de uma equipe-interação, articulada pela comunicação, com um nível de reconhecimento expressivo entre os participantes e com a possibilidade de refletir e definir um projeto assistencial comum.

Teixeira entende o sistema de acolhimento como uma rede de conversações. O conceito chave do autor é o de acolhimento-dialogado, que possui uma dimensão primária de aceitação moral de uma demanda do paciente e a dimensão de um diálogo voltado para o reconhecimento das necessidades trazidas pelo paciente e das formas de intervenção, que implicam eventualmente o encaminhamento do paciente para o nível de complexidade tecnológico mais adequado

dentro do sistema. Neste sentido, o acolhimento é uma conversa que objetiva também a distribuição do paciente pelos vários pontos de atenção. Na medida em que os diferentes saberes são insuficientes, há a necessidade de equipes e de uma interconexão entre os serviços. O conceito de acolhimento como rede conversacional corresponde à possibilidade de interconexão entre saberes, categorias profissionais e pontos de atenção em saúde, que condensam conversações especializadas ou recorrentes e diferenciadas. O acolhimento não se refere apenas à relação profissional-usuário, mas se refere ao acolhimento entre profissionais e serviços, como dinâmica de vínculos dialógicos entre profissionais e instâncias diferentes, mas interdependentes.

Artmann e Rivera desenvolvem uma discussão sobre a política de humanização na sua relação com uma cultura da comunicação, assumida como premissa para o sucesso dessa política. Os autores sustentam que é possível falar em humanização, apesar das dificuldades para sua implantação como política. Isto se deve ao desenvolvimento de um padrão cultural nas organizações profissionais de saúde com traços emergentes de uma cultura que preza o trabalho em equipes e em redes solidárias, e um modelo de gestão mais colegiado e participativo que dê conta da articulação entre os diferentes saberes em pauta. A reflexão é de que enfoques e modelos de gestão comunicativa seriam capazes de reforçar o desenvolvimento de coletivos participativos, em que se problematize a qualidade do atendimento à saúde.

Estes autores, entre outros, contribuem para estabelecer uma sólida vinculação entre políticas e práticas de saúde e agir comunicativo. Já autores como Fleury e Ouverney aplicam o paradigma das redes à organização de sistemas regionais de saúde, referindo-se à necessidade de um consenso comunicativo para a ação coordenada e interdependente dos serviços. Para eles, as redes se caracterizam como sistemas não hierárquicos, essencialmente cooperativos, intensivos em informação e comunicação, em que se destaca a permanente busca de reconhecimento do outro.

Destacam-se, ainda, estudos que apontam para a possibilidade de um entendimento comunicativo do enfoque *démarche* estratégica, reforçando o objetivo fundamental da perspectiva de colaboração em redes estabelecidas através de parcerias entre hospitais e outros serviços.

Uma contribuição importante para a perspectiva da negociação se refere à produção sobre a escuta<sup>36</sup>, tida como uma capacidade básica da aprendizagem, ligada em primeiro lugar à dimensão da indagação.

Escutar e saber indagar são capacidades extremamente importantes para um modelo de negociação, junto à dimensão da argumentação ou fala propositiva.

A teoria da argumentação pode ser trabalhada a partir de autores como Toulmin<sup>60</sup>, responsável pela elaboração de um modelo de análise crítica dos argumentos, tendo como base uma lógica informal, prática, e o modelo da jurisprudência e Perelman<sup>61</sup>, representante da escola da nova retórica, com uma contribuição decisiva no tocante ao desenvolvimento de técnicas discursivas.

Este desafio de aprofundar modelos de negociação é coerente a partir da perspectiva do planejamento em organizações profissionais<sup>51</sup> e em contextos políticos de compartilhamento do poder. Por último, salientamos as várias complementaridades entre as diferentes escolas de planejamento identificadas, dentre as quais podemos destacar: (a) um componente comunicativo comum entre a clínica ampliada de Campos, a perspectiva de Ayres e Schraiber da chamada ação programática em Saúde e o enfoque do planejamento comunicativo da ENSP; (b) o resgate do planejamento situacional por parte da Vigilância de Saúde na construção das transversalidades típicas de um enfoque de trabalho a partir de problemas e na fundamentação da promoção correspondente a um modelo de gestão de redes, que, como assinalado, baseia-se na cooperação e no intercâmbio comunicativo; (c) o acolhimento-diálogo de Teixeira, lido numa perspectiva de reforçar modelos de gestão comunicativa e (d) o resgate comunicativo do planejamento e da concepção linguística das organizações de Flores por parte de Cecilio.

Podemos concluir, portanto, que as diversas correntes, embora com diferentes perspectivas e encaminhamentos teórico-metodológicos, dialogam num processo de troca mútua e de aprendizagem.

## REFERÊNCIAS

Rivera FJU, organizador. Planejamento e programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989

Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de Saúde na América Latina. *Cad Saude Publica* 1991; 7(1): 26-44

Mehry EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. Razão e planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995

- Keynes JM, Kalecki M. Os pensadores. São Paulo: Abril Cultural; 1978
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Washington, D.C: Cendes-Venezuela, 1965. [Publicación científica nº 111]
- Testa M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. Cuadernos Médico-Sociales 1987; 38 (1ª parte) y 39 (2ª parte).
- Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1993
- Matus C. Adeus, Sr. Presidente. Governantes e governados. São Paulo: FUNDAP; 1997.
- Paim JS, Teixeira CF. Política, Planejamento e gestão em Saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saude Publica 2006; 40(N Esp):73-78.
- Levcovitz E, Baptista TWV, Uchoa SAC, Nespoli G, Mariani M. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em Saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília: OPAS; 2003. [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde nº 2]
- Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Cien Saude Colet 1999; 4(2):355-365.
- Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997
- Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saude Publica 1997; 13(3):469-478
- Merhy E, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno W. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Merhy E, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Habermas J. Teoria de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1987.
- Artmann E. O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1993.
- Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento & AIDS. Cien Saude Colet 2001; 6(1):183-195.
- Rivera FJU. Agir comunicativo e planificação social (uma crítica ao enfoque estratégico). Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- Rivera FJU. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Kopf AW, Hortale VA. Contribuições dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. Cien Saude Colet 2005; 10(supl):157-165.
- Heredia-Martínez HL, Artmann E, Porto SM. Enfoque comunicativo del Planeamiento Estratégico Situacional en el nivel local: salud y equidad en Venezuela. Cad Saude Publica 2010; 26 (6):1194-1206.
- Crémadez M, Gâteau F. Le management stratégique hospitalier. Paris: Intereditions; 1997.
- Rivera FJU. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. Cad Saude Publica 1997; 13(1):73-80.
- Artmann E. Démarche stratégique (Gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e da solidariedade em rede. Campinas: UNICAMP; 2002.
- Artmann E, Rivera FJU. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. Cien Saúde Colet 2003; 8(2):479-499.
- Andrade MAC, Artmann E. Démarche estratégica em unidade materno-infantil hospitalar. Rev. Saude Publica 2009; 43(1):105-114.
- Rivera FJU, Artmann E. A liderança como intersubjetividade linguística. Interface Botucatu 2006; 10(20):411-426.
- Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Lima JC, Rivera FJU. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. Interface Botucatu 2009; 13(31):329-342
- Austin J. How to do things with words. Oxford: Oxford University Press; 1962.

- Searle JR. A taxonomy of illocutionary acts in language, mind and knowledge. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1976.
- Senge PM, compilador. La quinta disciplina en la práctica. Estrategias y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje. Barcelona: Granica; 1995.
- Flores F. Inventando la empresa del siglo XXI. Santiago: Hataché; 1989.
- Echeverria R. Ontologia del lenguaje. Santiago: Dolmen; 1997.
- Azevedo CS, Braga Neto FC, Sá MC. Indivíduo e a mudança nas organizações em saúde: contribuições da psicossociologia. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):235-247.
- Teixeira CF. A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito sanitário. In: Mendes EV, organizador. Planejamento e programação da Vigilância da Saúde no distrito sanitário. Brasília: OPS; 1994. [Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 13]. p. 43-59.
- Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *RAP* 2000; 34:63-80.
- Mendes EV, organizador. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília: OPS; 1993. [Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 10]
- Mendes EV. As redes de atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG/Autêntica Editora; 2009.
- Ayres JRC. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):549-560.
- Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/Abrasco; 2007.
- Schraiber LB. O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/Abrasco; 2006.
- Godet M. Manual de prospectiva estratégica: da antecipação à ação. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1993.
- Rivera FJU. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. *Cad FUNDAP* 1996;19:25-46.
- Trosa S. Gestão pública por resultados. Brasília: ENAP/Revan; 2001.
- Porter M. Choix stratégiques et concurrence. Paris: Economica; 1980.
- Mintzberg H. Ascensão e queda do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman; 2004.
- Mintzberg H. Structure et dynamique des organizations. Paris: Éditions d'Organisation; 1982.
- Matus C. Teoria do jogo social. São Paulo: FUNDAP; 2005.
- Rivera FJU, Artmann E. Promoção da saúde e planejamento estratégico-situacional: intersectorialidade na busca de uma maior governabilidade. In: Czeresnia DF, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- Fisher R, Ury W, Patton B. Como chegar ao sim. A negociação de acordos sem concessões. Rio de Janeiro: Imago; 1982.
- Thevenet M. Audit de la culture d'entreprise. Paris: Éditions d'Organisation; 1986.
- Schein E. Guia da sobrevivência da cultura corporativa. Rio de Janeiro: José Olympio; 1999.
- Lima JC, Rivera FJU. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):323-336.
- Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2003. p.89-111.
- Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
- Toulmin S. Os usos do argumento. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- Perelman C, Tyteca OL. Tratado de argumentação. A nova retórica. São Paulo: Martins Fontes; 2005.



**ATIVIDADE 12****ELABORAÇÃO DE UM PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE***Tempo Estimado: 4 horas***Objetivos**

- Conhecer um modelo de Planejamento Estratégico em Saúde.
- Comparar o modelo de Planejamento estratégico apresentado com o planejamento estratégico realizado no município de atuação do aluno.

**Material**

- Texto: “Da Teoria à Prática – Sugestão para elaboração do Planejamento Estratégico da Vigilância em Saúde”.

**TEXTO PARA LEITURA****DA TEORIA À PRÁTICA – SUGESTÃO PARA ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE***Sâmia Martins da Costa Silveira<sup>10</sup>*

Uma boa Vigilância é aquela que alcança bons resultados, o que, em última análise, significa atender às demandas, interesses e expectativas dos usuários e da população, criando valor público. Assim, uma política de planejamento e gestão da Vigilância em Saúde é essencial para a geração e conquista desse cenário. Infelizmente essa realidade ainda está distante e devemos nos empoderar dessa necessidade, nós somos a Vigilância em Saúde, precisamos fazer com que ela aconteça. Somos os responsáveis pelo seu sucesso e pela efetivação do seu valor público.

Precisamos parar com as reclamações. Temos muitos problemas, sim. Possuímos grandes desafios para serem vencidos. Muitos impasses não dependem de nós, mas precisamos fazer o nosso papel, não podemos parar e acomodar precisamos continuar com responsabilidade e dedicação mesmo diante das dificuldades. Isso, porque convivemos diariamente com intensas demandas da sociedade por resultados. Não podemos esquecer que o foco do planejamento em saúde é a saúde da população, manipulamos informações, ações, recursos que vão produzir impactos nas vidas das pessoas. Definir e priorizar as iniciativas mais relevantes, mobilizar recursos e competências essenciais e fazer acontecer os projetos estratégicos são requisitos inerentes para ampliar substancialmente a capacidade de produzir, medir e demonstrar resultados.

Antes de iniciarmos a construção teórica do planejamento estratégico da vigilância em saúde é importante termos em mente e fixar na nossa rotina

de trabalho, que existem vários fatores promotores de resultados, tais como:

- Consciência estratégica que desencadeia a formulação compartilhada e a comunicação das estratégias;
- Liderança – capacidade de influenciar e mobilizar pessoas;
- Estrutura – definição clara de competências, áreas e níveis de responsabilidade;
- Processos – definição detalhada de procedimentos;
- Projetos – desdobramento de resultados em iniciativas, delimitadas no tempo, que perpassam estruturas e processos e se submetem a regimes intensivos de monitoramento;
- Contratualização – pactuação de resultados com meios para seu alcance, mecanismos de verificação e incentivo;
- Pessoas – dimensionamento de equipes, capacitação, comprometimento, alinhamento de competências e valores;
- Tecnologias de informação e comunicações – inovação e integração tecnológicas, automação;
- Recursos financeiros – disponibilidade, previsão, regularidade de fluxo e capacidade de investimento.

É preciso buscar essas características, ter em mente que muitas estão prejudicadas, mas que devemos dar o melhor de nós em cada uma dessas dimensões. É preciso harmonizar todas elas para a execução de um bom modelo de gestão para resultados (MINAS GERAIS, 2012).

<sup>10</sup> Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

No processo de planejamento estratégico, frequentemente, se constrói um clima de entusiasmo e comprometimento da equipe, especialmente quando a participação é estimulada e as contribuições de diversos atores envolvidos são levadas em conta de algum modo. Esse processo, geralmente, culmina com a obtenção do Plano Estratégico, também chamado de plano de ação, agenda estratégica, programa de governo, plano de prioridades etc., em um clima festivo e de muito otimismo. Infelizmente esse cenário começa a mudar logo em seguida, quando o gestor e sua equipe voltam a conviver com as pressões do dia-a-dia, que pulverizam as atenções e os esforços e a inércia burocrática. Com pouco tempo, o entusiasmo se dissipa e, a menos que sejam tomadas medidas concretas para resolver os conflitos entre as necessidades inerentes à agenda estratégica definidas no planejamento estratégico e a rotina operacional,

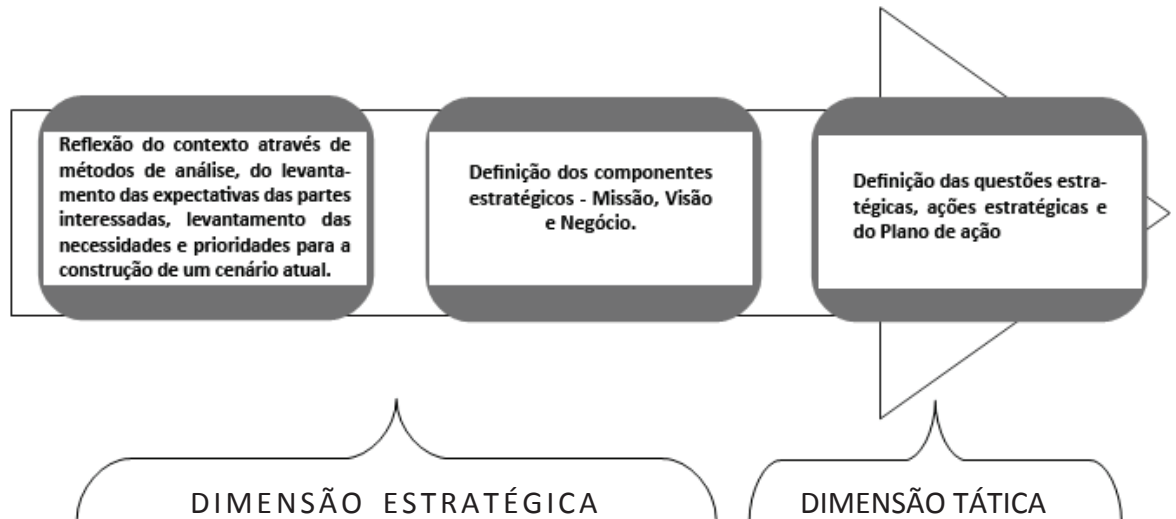
inevitavelmente se estará diante de mais um caso no qual o planejamento estratégico não funcionou (MINAS GERAIS, 2012).

**Devemos considerar que todas essas questões dependem um pouco de cada um de nós. Então fiquemos atentos e mãos a obra.**

Vamos estudar aqui uma proposta de Planejamento Estratégico, lembrando que, não existe uma regra fixa, qualquer método ou modelo pode ser adaptado a realidade de gestão de cada município, entidade ou serviço que se pretenda.

Lembre-se: Planejamento estratégico é uma técnica de organização que procura definir qual a melhor maneira (estratégia) de se atingir um objetivo.

No que tange a definição do Planejamento Estratégico, propõe-se o seguinte fluxo:



DIMENSÃO OPERACIONAL - Execução propriamente dita do plano de ação



A construção do Planejamento Estratégico é um passo importante para se estabelecer a governança por resultados na Vigilância em Saúde. A palavra estratégia significa “a arte da liderança” (MINAS GERAIS, 2012).

• **Foco:** deve ser estabelecido um conjunto significativo e relevante de resultados e esforços (MINAS GERAIS, 2012).

Para que o Planejamento estratégico tenha efetividade, é fundamental que esse se atente alguns critérios:

**MAS, COMO CONSTRUIR O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COM LEGITIMIDADE, COERÊNCIA E FOCO?**

- **Legitimidade:** deve satisfazer as expectativas das partes envolvidas e as prioridades estabelecidas;
- **Coerência:** seus elementos programáticos devem ser convergentes entre si e com os resultados das políticas públicas estabelecidas;

Primeiramente precisamos analisar o contexto local e do serviço. Esta etapa trata da compreensão do ambiente externo e interno, por meio de dados e das perspectivas das partes envolvidas. Essa análise é fundamental para que se estabeleça um posicionamento do serviço de Vigilância em Saúde

frente ao contexto identificado e para que se construam as previsões para um futuro possível.

A análise ambiental é um procedimento para se estabelecer a situação na qual se encontra a unidade de planejamento. É um diagnóstico preciso da situação do momento do serviço de Vigilância em Saúde. Ela normalmente é dividida em análise ambiental externa e na análise ambiental interna.

- **Análise Ambiental Externa:** O ambiente externo constitui o meio em que se encontra inserida a unidade que está sendo planejada. Trata-se do processo de identificação das oportunidades e ameaças que interferem e afetam o serviço no cumprimento de sua Missão. As oportunidades são forças que atuam no sentido de favorecer e estimular as ações estratégicas do serviço. As ameaças são forças que dificultam ou afetam negativamente o desempenho da unidade. Embora não se possa exercer o controle pelo sobre as mesmas, pode-se, em alguns casos, aproveitar as oportunidades em favor do serviço, ou ainda neutralizar e/ou reduzir os efeitos negativos das ameaças visando, mediante o uso de estratégias adequadas, o cumprimento da missão da unidade. Nesse momento é importante ter construído o diagnóstico situacional do município.
- **Análise Ambiental Interna:** O ambiente interno constitui o meio do próprio serviço de Vigilância

em Saúde em planejamento. Trata-se do processo de identificação dos pontos fortes e fracos que interferem e afetam a unidade no cumprimento de sua missão. Os pontos fortes constituem-se em fatores que facilitam o cumprimento da missão e os pontos fracos são fatores que, desenvolvem obstáculos para o cumprimento da missão, requerem ação institucional que vise eliminá-los ou minimizá-los. Diferentemente da ameaças, os pontos fracos podem ser controlados.

Com essas análises é possível construir o Cenário da Vigilância em Saúde.

Então - para a construção do Cenário você deve:  
 Realizar o diagnóstico situacional em saúde;  
 Definir as oportunidades e ameaças da Vigilância em Saúde;  
 Definir os pontos fortes e fracos da Vigilância em Saúde;

**VOCÊ SABIA?**

Existem algumas ferramentas definidas que auxiliam a construção do Cenário, mas que não vamos aprofundar aqui. A primeira, e mais conhecida, é a análise SWOT (strenths, weakness, opportunities and threats), também conhecida como Matriz SWOT. Está matriz faz uma interligação entre as oportunidades, ameaças, forças e fraquezas.

Matriz SWOT

MATRIZ SWOT		ANÁLISE INTERNA	
		Forças	Fraquezas
ANÁLISE EXTERNA	Oportunidades	Quais estratégias permitirão utilizar as forças para potencializar as oportunidades identificadas?	Quais estratégias possibilitarão minimizar os efeitos das fraquezas e potencializar as oportunidades?
	Ameaças	Quais estratégias possibilitarão utilizar os pontos fortes para minimizar os efeitos das ameaças?	Quais estratégias que poderão ser desenvolvidas para superar as fraquezas e minimizar as ameaças?

Fonte: MINAS GERAIS, 2012

A fase seguinte consiste na definição dos componentes estratégicos: Missão, Negócio e Visão.

- **Missão:** constitui o objetivo maior da unidade e traduz a razão de ser e de existir do serviço. Ela deve representar os fins e o propósito da unidade. A Missão deve está intimamente ligada ao negocio da organização.
- **Negócio:** é o meio pelo qual uma unidade consegue cumprir sua missão. É necessária a definição da missão e do negocio com muita clareza e precisão.

- **Visão:** também chamada de visão de futuro ou visão estratégica é o elemento inspirador. Trata-se da projeção de futuro desejável da unidade de planejamento. É o sonho possível. Se forem tomadas as providências necessárias é a posição que o serviço deseja e possivelmente irá ocupar no médio e no longo prazo (OLIVEIRA, 1991).
- **Valores:** São princípios ou crenças que servem de guia ou critérios para comportamentos, atitudes ou decisões das pessoas ou da organização. Todos temos valores e por eles somos reconhecidos, podemos ter

como valores: ser honestos, comprometidos, éticos, responsáveis, dentro outros. Logo as organizações também possuem seus valores, que definem as regras básicas que norteiam os comportamentos e atitudes de todos os envolvidos. Os valores que auxiliam na participação das pessoas no desenvolvimento da missão, negócio e visão.

Tanto a missão, o negócio, a visão como os valores precisam ser expressas em poucas palavras. Devem ser compartilhadas e compreendidas por toda a unidade. Em suma, estes componentes devem nos permitir identificar o lugar em que estamos e aonde queremos chegar (MINAS GERAIS, 2012).

O próximo passo é a identificação das questões estratégicas, que são aquelas que apresentam as seguintes características.

1. Requerem um esforço adicional global por parte da unidade e são prioridades;
2. Provocam maior impacto na eliminação dos pontos fracos e no fortalecimento dos pontos fortes do serviço;
3. Aproveitam as oportunidades e criam condições de defesa frente as ameaças;
4. São consideradas inadiáveis e relevantes para a existência do serviço (FISCHMANN; ALMEIDA, 1991).

A identificação das questões estratégicas é fundamental para orientar as ações que devem ser implementadas pela unidade de modo que ela cumpra sua missão da melhor maneira possível, missão esta deverá estar em sintonia com a missão da instituição ou do órgão como um todo (FISCHMANN; ALMEIDA, 1991).

Identificadas as questões estratégicas o passo seguinte é definir as ações estratégicas, ou seja, as ações a serem desenvolvidas pelo serviço, de modo que as questões estratégicas sejam resolvidas. Estas ações devem ser pensadas em termos de viabilidade, necessidade e prioridade. Ações inúteis desperdiçam recursos e esforços. Já a ausência de ações necessárias inviabiliza ou podem levar um planejamento ao fracasso (OLIVEIRA, 1991).

Completada essas etapas é hora de construir o plano de ação. Nesse plano são identificadas as ações necessárias de curto prazo diante das prioridades

identificadas. Aqui, defini-se exatamente o que vai ser feito, como vai ser feito, em quanto tempo, ator responsável e qual resultado esperado (meta).

Resumindo, o plano de ação consiste na definição das estratégias de intervenção com a escolha dos caminhos pelos quais se partirá da situação identificada pelo diagnóstico como insatisfatória ou problemática para a situação a que se quer chegar.

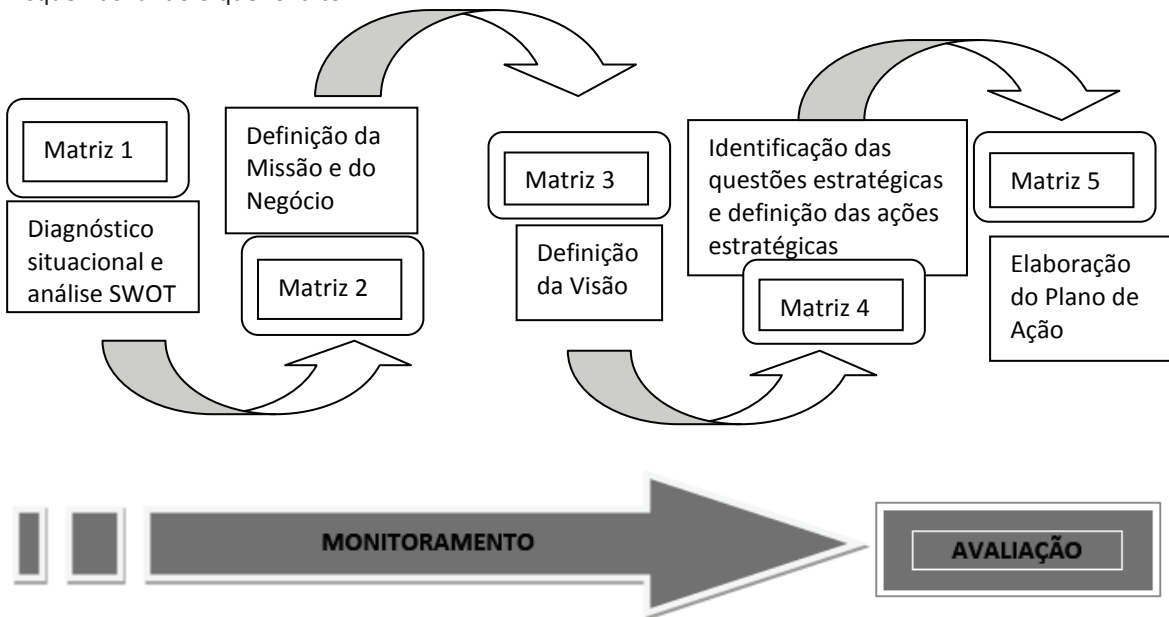
As estratégias de intervenção são várias e dirigidas aos diferentes problemas identificados e às prioridades definidas. Como referido, se os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, da mesma forma, as estratégias de intervenção devem ser viáveis do ponto de vista da implementação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

As estratégias de intervenção devem também guardar coerência com os problemas identificados. Para tal, quanto mais se possa ter aprofundado na etapa diagnóstica as causas subjacentes, mais eficazes poderão ser as estratégias definidas. Assim, por exemplo, se foi diagnosticado como problema uma taxa alta de mortalidade infantil, o diagnóstico deve ser aprofundado de modo a identificar as causas dos óbitos: se estão relacionados a causas que podem ser evitadas pela atenção pré-natal ou se são relacionados à assistência ao parto - ou a ambas-, de modo a definir as linhas de intervenção condizentes. A indicação, tão usual, de que o pré-natal seja intensificado ou modificado, dificilmente reduzirá os óbitos relacionados à má assistência ao parto (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008)

Lembre-se que a atividade de planejamento deve sempre ser monitorada, com verificação periódica do andamento das ações, no sentido de identificar os elementos que facilitam ou dificultam a realização das ações definidas no plano de ação. Conforme a situação de uma determinada ação é proposto ajustes no cronograma ou modificação nas metas a serem atingidas com a execução do projeto relacionado (FISCHMANN; ALMEIDA, 1991).

Após a realização do plano, ou depois de percorrido o prazo definido para a realização das ações deve ser realizada a avaliação. É preciso que as ações sejam bem sucedidas e que isto seja mensurado quantitativa e qualitativamente (FISCHMANN; ALMEIDA, 1991).

Esquemmatizando o que foi dito:



## REFERÊNCIAS

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R. TAVEIRA, M. Planejamento e Programação em Saúde. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008

FISCHMANN, A. A.; ALMEIDA, M. I. R. Planejamento estratégico na prática. São Paulo, Atlas, 1991.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Atualização profissional em saúde: módulo 2:

planejamento e gestão da vigilância em saúde: guia do aluno/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SES – MG; escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012. 72 p.

OLIVEIRA, D. P. R. Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas. São Paulo, Atlas, 1991.

## ATIVIDADE 13

### ESTUDO DE CASO

*Tempo Estimado: 3 horas*



### Objetivo

- Compreender de forma exemplificada o planejamento da Vigilância Ambiental municipal.

### Material

- Estudo de caso: Município de Água Boa.



## TEXTO PARA LEITURA

### MUNICÍPIO DE ÁGUA BOA<sup>11</sup>

São 07h30min da manhã; o Agente Comunitário de Endemias (ACE) Eduardo, olha para a estrada que dá acesso à área rural e logo desanima. Deveria, dali à uma hora, estar na comunidade de Rio Bravo para a coleta de uma amostra de água, mas as dificuldades locais são muitas e o mesmo se sente desmotivado diante de tantos obstáculos a enfrentar para colocar em dia seu trabalho. Conta com apenas mais 3 companheiros, também na função de ACE, e um supervisor de campo para dar conta de uma população de 17.000 habitantes em todas as rotinas do Programa Municipal de Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), inserido na Vigilância em Saúde. As rotinas se dividem entre os diversos compromissos pactuados pela gestão municipal que mal conhece o sentido das atividades desenvolvidas pelo grupo de trabalho que denominam na cidade de “pessoal da FUNASA”.

Localizado a 500km da capital do Estado, o município possui como principal atividade econômica a agropecuária. Dista cerca de 60 quilômetros da cidade de maior porte, que exerce uma função de pólo econômico na região, da qual fazem parte outros 16 municípios.

Muito recentemente a instalação de uma grande usina hidrelétrica vem mudando rapidamente a dinâmica local da pacata cidade. A circulação de trabalhadores vindos de outras regiões do Estado e a chegada de maquinários de grande porte para as obras têm sido a principal atração dos moradores que estão aproveitando a nova rotina para dinamizar a economia local.

Na área da saúde, a gestão municipal implantou, desde 2002, o Programa Saúde da Família, que dispõe atualmente de 100% de cobertura, contando há 4 anos com equipes de Saúde Bucal modalidade II em todas as Unidades de Atenção Primária; e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, consorciado com o município vizinho, que conta com equipe interdisciplinar composta por 6 profissionais, dentre eles um veterinário.

Recentemente empossada, a gestão municipal aderiu ao Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde alcançando um desempenho de 70% no primeiro quadrimestre de avaliação; 60% no segundo, e 71% no terceiro, sendo a Vigilância Ambiental em Saúde a área de mais baixo desempenho: 10%.

Questionado quanto aos resultados, o gestor afirmou desconhecer as causas do mesmo, afirmando que mais do que qualquer coisa o mais importante é o cumprimento das metas. De acordo com a percepção do Núcleo Microrregional de Vigilância em Saúde de referência, o secretário de saúde e o prefeito municipal desconhecem quais os grandes resultados esperados a partir da execução da área – VSA - no território local dando pouca atenção aos investimentos necessários a sua organização. A gestão do recurso financeiro da VS é feita pelo setor de contabilidade da prefeitura municipal, não tendo a secretaria de saúde qualquer governabilidade sob os gastos realizados. A equipe gestora da secretaria desconhece inclusive quais os montantes disponíveis para aplicação nas áreas do sistema de saúde local.

Como um todo, os Sistemas de Informação em Saúde somente são desenvolvidos de modo cartorial temendo o corte de recursos municipais. Os dados são de baixíssima qualidade, não sendo nem mesmo utilizados para a sistematização de informações que sirvam à melhor organização da Rede de Atenção à Saúde.

Nos últimos 5 meses, o município vem enfrentando epidemia de dengue, o que tem ocupado a agenda de grande parte da equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde com questões emergenciais. Dos 50 casos notificados, 20 usuários foram a óbito, grande parte em decorrência da inadequada abordagem clínica por parte dos profissionais da assistência. O hospital local tem estado lotado com casos suspeitos que de forma espontânea fizeram deste ponto de atenção a porta de entrada do sistema. Os profissionais da APS não foram qualificados para as abordagens básicas e à primeira impressão de caso da doença referenciam o mesmo para a Unidade de Pronto Atendimento hospitalar. As ações de controle vetorial são feitas sem um acompanhamento preciso e sofreram a interferência de não disponibilidade de equipamentos básicos para o trabalho em decorrência da falta de manutenção daqueles poucos que estavam sendo utilizados nas rotinas do serviço. A Vigilância Epidemiológica da doença tem sido dificultada pela escassez de pessoal uma vez que a coordenação de VS é compartilhada com a coordenação da APS por um mesmo profissional que tem priorizado em sua agenda o foco no PMAQ. As notificações ocorridas, em sua maioria, só foram possíveis diante da sensibilidade da equipe de enfermagem do hospital em identificar os casos nas fichas do SINAN, ainda que precariamente,

<sup>11</sup> Estudo de caso retirado do caderno de Organizações das Práticas de Vigilância em Saúde Ambiental do curso de Atualização Profissional de Vigilância em Saúde. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atualização profissional de vigilância em saúde: Caderno de organização das práticas de vigilância em saúde ambiental: guia do aluno/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SES – MG; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; ESP-MG, 2013. 135 p.

em conformidade com os protocolos ministeriais. As ações de mobilização social são realizadas de forma pontual através da distribuição de orientações escritas ou de cartazes fixados em locais públicos somente nos momentos de epidemia. De modo geral, a agenda da dengue é uma responsabilidade solitária da Secretaria Municipal de Saúde, havendo por parte de alguns parceiros ações muito tímidas de combate ao vetor. A educação trabalha somente com palestras ocasionais que não surtem muito efeito na mudança de hábitos dos cidadãos locais. Os insumos necessários ao programa foram disponibilizados por meio de processo licitatório, mas houveram por parte dos ACE's queixas quanto à qualidade dos mesmos. Luvas, flanelas, etiquetas de identificação, sacos plásticos, frequentemente tinham que ser substituídos por estarem danificados, implicando em perdas importantes nos processos de trabalho.

Outra situação emergente são os casos de Leishmaniose visceral que têm aumentado cada vez mais, demandando das equipes de endemias uma rotina que tem extrapolado os limites suportáveis de sobrecarga em decorrência da concorrente incidência de casos de dengue e do cumprimento das metas cobradas pelo gestor municipal. Diante da falta de pessoal para a gestão do desempenho da VS o mesmo tem direcionado toda a sua atenção para os aspectos assistenciais focando nos elementos que garantem a satisfação imediata da população: disponibilização dos medicamentos; contratação de novos médicos para o atendimento dos casos complicados de Leishmaniose que são referenciados exclusivamente para o ambulatório do hospital local; ações de apoio assistencial às famílias.

Em relação às atividades relativas ao controle vetorial, a equipe de entomologia da vigilância estadual realizou inquérito entomológico, no qual foi detectado o flebotomo em diversas áreas do município. Porém, não foram realizadas ações de controle químico e manejo ambiental pelo município devido à falta de agentes.

No período de junho a setembro um dupla de ACE foi deslocada dos trabalhos relativos ao controle da dengue para realizar a atividade de coleta de sangue dos cães para realização do teste rápido (DPP) para diagnóstico da LVC, por demanda espontânea. No entanto, não foram enviadas amostras de soro de cães soro reagentes para o DDP para o LACEN para confirmação do diagnóstico; nem tão pouco a eliminação de cães.

A Vigilância da água para consumo humano se restringe ao envio de amostras de água para a Unidade Regional de referência não sabendo os agentes coletores da finalidade deste processo nem mesmo tendo retorno dos resultados. No âmbito deste programa as ações se restringem à digitação de informações apenas registradas no SISAGUA, pela digitadora da Secretaria Municipal de Saúde - SMS); à distribuição de hipoclorito de sódio a 2,5% à população (insumo para desinfecção caseira da água), quando os agentes são acionados para minimizar a situação de surto de diarreia. Considerando que não há referência municipal em VIGIAGUA, a coordenação de vigilância em saúde solicita um planejamento de amostragem à referência técnica regional, para repassar aos agentes que irão proceder com as coletas de água quando for possível já que o recurso financeiro necessário para o deslocamento referente à coleta/envio das amostras é escasso. A interface entre SMS e os responsáveis pelo abastecimento de água e o setor de saneamento do município é incipiente ocorrendo apenas quando a coordenação de vigilância em saúde municipal é convocada pela unidade regional de saúde a participar da inspeção sanitária no Sistema de Abastecimento de Água. Da mesma forma, a SMS representa o município - esporadicamente e de maneira desarticulada - nas reuniões do Comitê de Bacia Hidrográfica da região, na indisponibilidade de participação do setor de Meio Ambiente e Obras Públicas.

No que diz respeito aos Programas da VSA, equipes da assistência e da Vigilância vêm desenvolvendo processos de trabalho desarticulados pela falta de oportunidades de Educação Permanente. As ações, de modo geral, são desencontradas, desarticuladas, descontinuadas e fragmentadas.

Os territórios de abrangência de atuação dos ACE e dos ACS são divergentes, o que dificulta a integração das ações por parte destes dois atores no âmbito das ações de proteção, prevenção e promoção da saúde.

O gestor municipal desconhece os fluxos e procedimentos para acesso à rede de laboratórios de saúde pública regional e estadual, bem como os mecanismos para acionar serviços essenciais à SMS como Central de UBV, serviços de entomologia e do laboratório de vigilância da qualidade da água, cujo suporte analítico tem sido subutilizado ao longo dos anos. Nas reuniões de CIR não dá a devida atenção às pautas que discutem este tipo de temática.

Resultado dos principais indicadores da VSA do município no ano anterior:

	INDICADOR	META	RESULTADO
Programa de VSA	% de execução municipal das ações de VS	90%	71%
	% de execução municipal das ações de VSA	80%	10%

	INDICADOR	META	RESULTADO
Programa de Controle da Dengue	Cobertura adequada das visitas realizadas pelos agentes de combate a endemias	100%	100%
	Supervisão de imóveis visitados no ciclo bimestral	100%	100%
	Taxa de incidência de dengue	0	50
	Número absoluto de óbitos por dengue	0	20

	INDICADOR	META	RESULTADO
Programa de Controle da Leishmaniose	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	0	2
	Percentual de cura clínica dos casos de Leishmaniose Visceral	100%	30%
	Percentual de casos de Leishmaniose Visceral com realização do teste de HIV	100%	0%
	Percentual de investigações com preenchimento do campo “Local Provável de Infecção (LPI)”	100%	100%

	INDICADOR	META	RESULTADO
Programa de Controle da Qualidade da Água	Número de fontes de abastecimento de água cadastradas.	10	1
	Percentual de amostras analisadas de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem para o parâmetro Coliformes Totais.	100%	11%
	Percentual de amostras de água fora do padrão de potabilidade.	-	2%
	Número de óbitos por doenças diarreicas agudas em menores de cinco anos de idade.	-	5



## ATIVIDADE 14

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

*Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos*

#### Objetivo

- Compreender o processo de monitoramento e avaliação no planejamento estratégico.

#### Material

- Texto: O processo de monitoramento e avaliação.

#### Após a leitura do texto, responda as questões abaixo

- O que é monitoramento e avaliação de acordo com o texto?
- Qual a importância do monitoramento e avaliação para o trabalho em Vigilância em Saúde?
- No seu município há monitoramento e avaliação? Como é realizado?



## TEXTO PARA LEITURA

### O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO



Sâmia Martins da Costa Silveira<sup>12</sup>

Monitorar e avaliar significa gerar informações sobre o desempenho de algo, procurando explicá-lo e fazer uso de tais informações incorporando-as ao processo decisório, buscando-se aprendizado, transparência e responsabilização (MINAS GERAIS, 2012).

Aplicando a nossa prática, o monitoramento e avaliação são mecanismos de controle utilizados para acompanhamento e correção, que possibilitam verificar se o planejamento estratégico e o plano de ação construídos para a Vigilância em Saúde no território municipal é pertinente e está sendo realizado. Além disso, permitem avaliar se as ações desenvolvidas estão de acordo com os objetivos propostos (MINAS GERAIS, 2013).

Para que seja possível realizar adequadamente o monitoramento e avaliação é fundamental ter clareza sobre:

- Os objetos que serão monitorados – qual iniciativa ou resultado da Vigilância em Saúde precisamos acompanhar com precisão;
- Prazos – quais os prazos mínimos para a equipe e o gestor avaliarem os resultados;
- Procedimentos de coleta, tratamento e disponibilização dos dados e informações;
- Como serão coletados os dados, e como os mesmos servirão à tomada de decisão;
- Os atores envolvidos – a quem interessa o resultado;
- Instrumentos e formas de disponibilização das informações geradas (MINAS GERAIS, 2013).

Então, o monitoramento e avaliação devem ser entendidos como um processo permanente destinado, principalmente, a manter sob controle a execução do Planejamento Estratégico em direção aos objetivos propostos. Nesse sentido, esse processo não significa apenas avaliar os resultados alcançados em um determinado momento. Trata-se de uma atividade contínua, inerente e necessária ao exercício da função gerencial e para a qual podem ser usados distintos mecanismos e procedimentos (BRASIL, 2009).

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, ao produzir informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna, que confirma ou corrige as ações monitoradas. No âmbito da gestão pública

o monitoramento repõe ao seguinte princípio elementar: não se pode conduzir com eficácia, se o dirigente não conhece de maneira contínua e a mais objetiva possível os sinais vitais do processo que lidera e da situação na qual intervém (MINAS GERAIS, 2012).

É importante destacar que o registro sistematizado da avaliação – expresso em documento específico – deve ocorrer ao final da vigência do Plano de ação. Contudo, na perspectiva de transformar a avaliação num processo contínuo e ágil, durante todo o período de execução do Plano, o monitoramento pode alimentar a trajetória estratégica definida, indicando as mudanças de rumo que se fazem necessárias para atingir os resultados esperados. Cabe ressaltar ainda que o ato de avaliar agrega valor quando as informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional com aprendizagem organizacional (BRASIL, 2009).

#### LEMBRE-SE

No processo de definição de prioridades, tendo sido identificados missão, visão e ações estratégicas a serem desenvolvidas por meio do plano de ação, modelou-se um sistema de planejamento que considera a visão de longo prazo para a Vigilância em Saúde municipal e começou-se a pensar em mecanismos para garantir sua execução. A visão da Vigilância em Saúde, bem como suas questões estratégicas, deve estar alinhada ao plano de governo local, concretizada no Plano Municipal de Saúde.

A avaliação deve contemplar uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas a serem desencadeadas. Do ponto de vista operacional, a avaliação do Plano deve ser um documento que guarde estreita relação com os eixos do Plano do Planejamento Estratégico e com os objetivos e metas definidos em seu escopo (BRASIL, 2009).

Um requisito fundamental para o monitoramento e avaliação é a disponibilidade e a utilização adequada de informações. No Brasil, existe uma grande quantidade de bases de dados e sistemas de informação em saúde, vinculados ao Ministério

<sup>12</sup> Farmacêutica. Mestra em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria Hospitalar. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Autoridade Sanitária. Núcleo de Vigilância Sanitária. Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

da Saúde e a outros setores do Governo, como o IBGE, que estão disponíveis por via eletrônica. Essas informações devem ser acessadas para a mencionada avaliação do Plano ou mesmo criadas no âmbito da gestão para utilização específica.

Um dos pontos cruciais para o monitoramento e avaliação é a necessidade de gerar informações claras e que proporcionem correções no momento oportuno. E para isso, são utilizados os indicadores. É importante destacar que as informações demandadas e os indicadores utilizados precisam estar adequados às diferentes fases e tipos de políticas, como também aos atores envolvidos na construção da Vigilância em Saúde Municipal. Para trabalhar com os indicadores e com avaliação é necessário conhecer os dados e informações disponíveis nos sistemas de informações em saúde de interesse da área de Vigilância em Saúde (MINAS GERAIS, 2013).

A avaliação deve ser realizada a partir dos indicadores selecionados e contemplando as seguintes questões, relativas à execução do Plano:

- Modificações na situação política, econômica, social e institucional;
- Impacto das ações desenvolvidas sobre as condições de saúde da população;
- Alterações no acesso a serviços e ações de saúde de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas;
- Adequação dos mecanismos e instrumentos de gestão; execução físico-financeira do orçamento e de ações;
- Demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o documento de avaliação do Planejamento Estratégico e execução do plano de ação poderá ser organizado, minimamente, com o seguinte formato:

- Síntese do processo de construção do Planejamento estratégico e do Plano de ação;
- Avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos;
- Avaliação do impacto da implementação do Plano, a partir dos resultados verificados no item anterior, sobre a situação de saúde descrita no momento de análise situacional;
- Apresentação de recomendações considerando a avaliação realizada, relativas à construção do novo plano, da reprogramação e das intervenções necessárias (BRASIL, 2009).

Realizado o processo de Avaliação, a comunicação é um fator preponderante para a integração da unidade e o desdobramento dos resultados em todos os níveis. A integração entre a equipe ou as equipes da Vigilância em Saúde e o alinhamento de conhecimentos criam

sinergia e um senso comum de atuação. O processo de comunicação move as ações, estimula a mudança, gera a consciência e o engajamento, além de manter o ritmo do serviço na busca do melhor desempenho (MINAS GERAIS, 2012).

Para realizar a comunicação do desempenho obtido através da avaliação, as instituições podem adotar as mais variadas ferramentas para este fim, sendo as mais comuns:

- Apresentação institucional de resultados aos servidores;
- Painel de indicadores com seus respectivos resultados;
- Banners com faixas de desempenho;
- Reuniões para repasse das avaliações realizadas;
- Relatórios;
- Avaliação externa através de prêmios de excelência.

#### PARA REFLETIR

Considere suas rotinas nas atividades de Vigilância em Saúde. Você monitora suas ações? Em quais momentos você e sua equipe avaliam os resultados das intervenções realizadas? Quais indicadores e Sistemas de Informações em Saúde são utilizados para subsidiar este processo de avaliação? Já pensou as conseqüências de médio e longo prazo do desenvolvimento das práticas de Vigilância em Saúde sem os processos de monitoramento e avaliação?

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2).

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Atualização profissional em saúde: módulo 2: planejamento e gestão da vigilância em saúde: guia do aluno/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SES – MG; escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012. 72 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atualização profissional de vigilância em saúde: Caderno de organização das práticas de vigilância em saúde ambiental: guia do aluno/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SES – MG; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; ESP-MG, 2013. 135 p.

## ATIVIDADE 15

### DINÂMICA: TEMPESTADE DE IDEIAS<sup>13</sup>



*Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos*

#### Objetivo

- Gerar grande número de ideias ou soluções acerca de um problema, evitando-se críticas e avaliações, até o momento oportuno.

#### Materiais

- Papel
- Caneta
- Cartolina

## ATIVIDADE 16

### MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL



*Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos*

#### Objetivo

- Conhecer a Matriz de Avaliação dos programas de Vigilância Ambiental baseando-se no Estudo de Caso do Município de Água Boa para preenchê-la.

#### Materiais

- Estudo de Caso: Município de Água Boa (Atividade 13)
- Matrizes de Avaliação dos programas de Vigilância Ambiental

#### Após a leitura do texto e em duplas, responda as questões abaixo:

1. Descrevam a pontuação obtida pela Vigilância em Saúde Ambiental de acordo com a avaliação realizada individualmente.
2. Como está o desempenho dos programas citados no município avaliado, a partir dos resultados identificados?
3. Quais poderiam ser as medidas corretivas para a reorientação do(s) indicadores(es) em função do resultado para cada programa apresentado?

PROGRAMAS	PONTUAÇÃO ESPERADA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PERCENTUAL ATINGIDO EM RELAÇÃO AO ESPERADO
DENGUE	16	ATÉ 16	ATÉ 100%
LEISHMANIOSE	16	ATÉ 16	ATÉ 100%
VIGAGUA	16	ATÉ 16	ATÉ 100%
CADA PROCESSO DE CADA PROGRAMA SERÁ AVALIADO ATÉ 04 PONTOS			
CADA PROGRAMA TERÁ UMA PONTUAÇÃO MÁXIMA DE 16 PONTOS			

<sup>13</sup> Dinâmica Adaptada. Disponível em <<http://www.kombo.com.br/materiais-rh/dinamica.php?id=MDVmOTcxYjYlYzE5NmI4YzY1Yjc1ZDJlZjgyNjczMzE=>>

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL	
<b>PROGRAMA</b>	É esperado que o desenvolvimento do conjunto de ações integradas de vigilância, controle, prevenção e assistência deste programa seja suficiente para um enfrentamento da dengue e redução de casos e óbitos pelo agravo.
	<p>Processo</p> <p><b>Pontuação (0 a 4)</b></p>
PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE	Desenvolver e viabilizar a <b>Assistência</b> oportuna e adequada aos pacientes nas Redes de Atenção à saúde, utilizando como referência a classificação de risco, organizando a Atenção Primária como porta de entrada para atendimento dos casos.
	Desenvolver as ações de <b>Vigilância Epidemiológica</b> . Espera-se ao final desse processo que as ações desenvolvidas sejam suficientes para reconhecer o cenário epidemiológico e áreas de risco no território municipal para desencadear ações de controle pertinentes.
	Desenvolver o <b>Controle Vetorial</b> . Espera-se com este processo a redução da infestação do mosquito e consequentemente a redução dos casos de dengue.
OBJETIVOS PARA O PROGRAMA ATÉ 2016	Desenvolver a <b>Comunicação e Mobilização Social</b> . Espera-se ao final deste processo adesão efetiva da população e órgãos afins, de maneira consciente e voluntária, para enfrentamento da dengue.
	Total:

<b>MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL</b>	
<b>PROGRAMA</b>	É esperado que com o desenvolvimento do conjunto de ações de vigilância, controle, prevenção e assistência deste programa seja suficiente para que ocorra a redução de casos, morbidade e óbitos pela leishmaniose visceral.
	Pontuação (0 a 4)
VIGILÂNCIA E CONTROLE DA LEISHMANIOSE VISCERAL	Desenvolver e viabilizar a Assistência oportuna e adequada aos pacientes nas Redes de Atenção à Saúde, organizando a Atenção Primária como porta de entrada para atendimento dos casos.
OBJETIVOS PARA O PROGRAMA ATÉ 2016	Total:

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL	
<b>PROGRAMA</b>	<p>É esperado que o desenvolvimento deste programa seja suficiente para garantir que o fornecimento de água à população atenda ao padrão de qualidade e normas estabelecidas de modo a proporcionar a redução morbimortalidade por doenças e agravos de veiculação/transmissão hídrica.</p>
	Pontuação (0 a 4)
	<p>Processo</p>
	<p>Desenvolver a Vigilância em Saúde de forma preventiva e corretiva ao identificar e avaliar os fatores de risco associados com o abastecimento de água. Espera-se a adoção de medidas preventivas pertinentes antes que se apresentem problemas de saúde pública para a população consumidora - e corretivas ao correlacionar as doenças de veiculação hídrica e/ou impacto ambiental com os registros de qualidade da água.</p>
	<p>Desenvolver a Vigilância das formas de abastecimento de água. Espera-se que o conhecimento dos sistemas de abastecimento de água e soluções alternativas existentes, e suas realidades, permitam o planejamento adequado da vigilância destes, prevenindo e corrigindo situações de risco identificadas.</p>
<b>VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO</b>	<p>Desenvolver o monitoramento da qualidade da água distribuída pelas formas de abastecimento por meio da Vigilância laboratorial. Espera-se que o suporte laboratorial ampare a Vigilância em Saúde demonstrando a situação das amostras de água destinada ao consumo humano frente aos parâmetros de potabilidade instituídos na normativa vigente.</p>
	<p>Desenvolver a Comunicação do risco. Espera-se a adesão da gestão pública municipal e dos setores afins responsáveis pela oferta de água potável para o cumprimento à normativa vigente, bem como a mobilização da população para o consumo racional, utilização de fontes seguras e manejo adequado relacionado à conservação e consumo da água.</p>
<b>OBJETIVOS PARA O PROGRAMA ATÉ 2016</b>	<b>Total:</b>

## ATIVIDADE 17

### ANÁLISE CRÍTICA



Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos

#### Objetivo

- Refletir acerca das possibilidades e das lacunas do planejamento em saúde.

#### Material

- Texto: Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo

#### TEXTO PARA LEITURA

ANÁLISE CRÍTICA - PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE: FLEXIBILIDADE METODOLÓGICA E AGIR COMUNICATIVO<sup>14</sup>



#### INTRODUÇÃO

Convidados a realizar uma análise das perspectivas teórico-metodológicas do planejamento/ gestão em saúde no Brasil, nos vemos obrigados a assumir uma perspectiva situacional e a resgatar do conjunto de nossas reflexões e leituras um fio condutor, qual seja: o das possibilidades do planejamento estratégico, segundo a nossa matriz cultural, na constituição de organizações solidárias. O termo comunicante atribuído a essas organizações é retirado de Bartolli(1992) apud Rivera (1996a) e corresponde a organizações abertas, evolutivas, flexíveis, com finalidade explícita e responsabilizante para todos.

No desenvolvimento deste excerto, identificamos os aspectos produtivos da proposta do planejamento estratégico situacional e suas lacunas conceituais e metodológicas, procurando indicar possíveis áreas de complementação que poderiam ser motivo de investigação e de aplicação, no intuito de abrir caminho a uma proposta mais ampla e comunicacional do objeto aludido. Desta maneira, tentamos dar um substrato mais prático à alternativa do planejamento comunicativo resgatada de uma crítica ao modelo puramente estratégico (Artmann, 1993; Rivera, 1995). No percurso do trabalho, procuramos também fazer um mapeamento de tendências na área de planejamento e gestão nos planos nacional e internacional. Não há a intenção de fazer uma análise aprofundada destas, mas de fazer alguns comentários que podem levar a questionamentos delimitadores de objetos de pesquisa.

Deve ficar claro ao longo do trabalho que situamos o planejamento – como momento de desenho –

no interior do processo de gerenciamento/ gestão de serviços e sistemas. O planejamento, assim, é entendido como ferramenta organizacional, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução da ação. As próprias possibilidades do planejamento são interpretadas aqui como mediadas/subordinadas à cultura das organizações.

#### O PLANEJAMENTO SITUACIONAL COMO POSSIBILIDADE INSTITUINTE DE UMA ORGANIZAÇÃO COMUNICANTE

O planejamento fracassa na sua tentativa original de obtenção de uma regulação global, imperativa, da sociedade. Enquanto alternativa à economia de mercado, o planejamento dos países socialistas não deixou de ser o modelo de regulação de um ator único, de um ator tecnocrático, que subordinou as relações intersubjetivas a uma visão de desenvolvimento baseada no determinismo econômico.

Os modelos de planejamento global de que o setor saúde se apropria, como o CENDES/ OPS, padecem do mesmo problema, qual seja, a incapacidade de totalização desde uma perspectiva central de atores e instituições díspares, com racionalidades não semelhantes. Há uma incapacidade do Estado de representar a diversidade mediante atos formuladores que substituem a negociação política.

O planejamento estratégico em saúde (PES) surge, em meados da década de 70, como a tentativa de reconhecimento da complexidade ao introduzir as idéias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do mesmo ato de

<sup>14</sup> Artigo científico: RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 355-365, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7118.pdf>. Acesso em: 07 out. 2013.

planejar. A questão da viabilidade política passa a ocupar um papel central e a definição de propostas/compromissos de ação a depender de uma articulação que se abre a uma perspectiva policêntrica de análise.

Talvez o grande mérito do planejamento estratégico tenha sido o de trazer à tona a iminência do diálogo. Falar em planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, como a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política.

Ainda que o planejamento estratégico não tenha colocado com transparência essa perspectiva – sua abordagem do poder enquanto relação entre acúmulos de recursos que são mobilizados em torno do objetivo da vitória de atores individuais oculta essa visão encontramos aspectos que permitem uma interpretação comunicativa. O reconhecimento do ato de planejar como relação interativa, a adoção da negociação cooperativa como meio estratégico possível, a valorização da explicação do outro como parâmetro de crítica da nossa própria explicação e possível complemento e, finalmente, o destaque concedido à cultura no delineamento das regras institucionais, são elementos que abrem caminho para uma interpretação menos presa à uma racionalidade pura de fins.

O planejamento comunicativo é assumido como meio de construção de organizações dialógicas. Um aspecto fundamental deste enfoque é a busca da integração, da possibilidade de um projeto solidário, entendido como desafio gerencial permanente. Nesta perspectiva, a escolha dos métodos de desenho ou de análise se subordina a esse objetivo próprio ao campo da gestão. Vários métodos que criem a possibilidade de fluxos de comunicação ampliada e de negociação de compromissos podem ser estimulados. Não há, portanto, a pretensão de uma exclusividade metodológica. O próprio método deve passar por um confronto com a diversidade.

Vale ressaltar que a perspectiva comunicativa não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos.

Ajudar a desenvolver uma dinâmica de direção que potencialize o diálogo gerador de compromissos é, então, o fio condutor de uma nova compreensão do planejamento que não consegue mais se divorciar da

gestão. Matus (1994a) entendeu muito bem que a viabilidade do modelo racional de planejamento por ele defendido dependia de determinadas características das regras organizacionais, especialmente das regras de responsabilidade que sobredeterminariam a qualidade da gestão.

O triângulo de ferro do PES (Matus, 1994a) é uma boa figura que pode ajudar a delimitar os contornos de uma organização comunicante ou dialógica. Os três vértices representam os principais subsistemas do sistema de direção estratégica a saber a Agenda do Dirigente, que exige concentração no que é estratégico, a Gerência por Operações e o Sistema de Petição e Prestação de Contas. A tese fundamental que o autor sustenta é que a baixa responsabilidade gera uma tendência no sentido da centralização e da ingovernabilidade. Idealmente, o objetivo defendido é a construção de uma organização onde a prestação de contas por resultados seja uma norma interiorizada culturalmente pelos indivíduos, onde haja desconcentração do poder e delegação permanente (uma sábia distribuição do poder de processamento de problemas) e onde predomine um tipo de gestão criativa por operações ou por objetivos.

Matus acredita que com a introdução de novas práticas gerenciais será possível viabilizar uma alta qualidade da gestão. Estas novas práticas gerenciais se confundem com a proposta de seu sistema de direção estratégica que, além dos subsistemas acima destacados, deve ser apoiado por outros como o planejamento estratégico, sistema de informações, etc. A recomendação explícita é de que essa construção siga o modelo de uma reforma organizativa vertical, no sentido de uma reforma radical e seletiva em todos os sistemas relevantes da organização simultaneamente, dada a mútua dependência de todos os subsistemas, cada um gerando demandas para os outros.

A sobredeterminação que as regras de responsabilidade exerceriam sobre toda a dinâmica de gestão reforça a importância da cultura enquanto conjunto de estruturas mentais que subordinaria todas as práticas de trabalho e as derivadas formas organizativas. A necessidade de impactar esse baluarte definidor das virtualidades gerenciais chama a atenção para a prioridade dos componentes Teoria e Treinamento em quaisquer processos de mudança organizacional. Assim, o primeiro passo de uma estratégia de reforma administrativa estaria representado no modelo matusiano pelo desenvolvimento de um centro de treinamento que procuraria promover novas práticas gerenciais e de trabalho.

Sutilmente, o voluntarismo racionalista de Matus encontra um limite nas possibilidades de lidar com cultura. Embora reconheça a primazia da cultura em relação aos processos de trabalho, o autor não aprofunda sua análise em busca de uma



proposta de intervenção mais eficaz. A cultura impõe um elemento de moderação que dificulta o estabelecimento de prazos para a mudança organizacional, que se alimenta da indeterminação do processo de mudança cultural (Rivera, 1996a, 1998a; Artmann, 1997a).

Não questionamos a proposta de treinamento e teoria em si, mas devemos relativizar seu impacto quando vista como medida isolada de atuação sobre estruturas mentais. Para atingir esse objetivo, o desenvolvimento de práticas educativas permanentes deveria ser acompanhado de mudanças no sistema de gerência. Basicamente, pensamos na introdução de um sistema de gestão criativa que priorize formas de tomada de decisão e de controle coletivas, consensuadas, capazes de estimular a comunicação. A única possibilidade de mudar cultura a longo prazo reside na capacidade de construção legitimada de novas representações que os atores podem ter em função de sua participação em processos comunicativos, de aprendizagem. De qualquer maneira, a cultura terá que ser considerada como elemento de viabilidade ou de modulação da proposta de mudança organizacional. Neste sentido, nas organizações do tipo profissional, segundo classificação de Mintzberg (1989), como é o caso das organizações de saúde, não se justifica a introdução de um sistema pesado de gestão estratégica, do tipo supra-estrutural, mas um conjunto de práticas que de maneira mais informal partilhem da filosofia da intensificação do espírito da gestão por compromissos. O dado cultural da forte autonomia profissional nessas organizações sugere reforçar o objetivo de ajudar os profissionais a internalizar o raciocínio estratégico como parte de seu processo de decisão cotidiano, como alternativa a pesados processos de formalização de planos realizados em instâncias separadas dos centros operadores, de corte tecno-burocrático.

Relacionado a esta questão, temos destacado a necessidade de valorização da reflexão realizada por autores da área da saúde pública (Dussault, 1992; Lima, 1994) acerca dos requisitos em termos de modelo de gestão colocados pela leitura das características das organizações profissionais de saúde. A complexidade do trabalho nessas organizações, a impossibilidade relativa de uma padronização mecanística e a intensa distribuição do poder nas mesmas, sugerem, junto com outras características, um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo, comunicativo. Isto reforça nossa perspectiva de organização comunicante.

De Matus (1993) resgatamos principalmente os seguintes elementos:

- a idéia de um sistema de gestão descentralizada por operações
- a análise de problemas e de soluções

- aspectos da análise de viabilidade e do desenho estratégico.

É inerente a um sistema de gestão descentralizada a definição de objetivos a partir de problemas colocados fora e dentro da organização (ou macroorganização). A capacidade de processamento destes, entendidos como necessidades declaradas ou demandas, define a qualidade da oferta institucional. A arte de gerir consiste para Matus (1994a) em saber distribuir bem os problemas pela organização de modo que todos os níveis estejam sempre lidando de forma criativa com problemas de alto valor relativo. O modelo organizacional proposto por este autor é o de uma organização reflexiva a todos os níveis, como condição de governabilidade.

O caráter totalizador e rigoroso da explicação situacional facilita a escolha de operações de caráter transversal ou horizontal, que transcendem setores, departamentos e unidades e, nesta medida, o planejamento situacional favorece a integração horizontal, sob a forma de uma estrutura matricial por projetos. A horizontalização pode ser entendida aqui como sinônimo de descentralização e de criatividade, de tratamento multidisciplinar.

Há no PES um apelo claro no sentido da coordenação lateral, como alternativa a um tipo de estrutura tipicamente hierárquica. Este elemento característico de estruturas descentralizadas e participativas tem sido destacado pelo Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social (LAPA) da Universidade de Campinas, como parte de um modelo que enfatiza, por outro lado, uma boa dose de autonomia das unidades de produção e a necessidade de colegiados de gestão que democratizem a tomada de decisão. Por referência às organizações profissionais de saúde, defendemos a tese de equipes de gestão com representantes das principais categorias profissionais.

A complexidade do PES tem sido suavizada através de propostas e adaptações do método (Artmann, 1993; Cecílio, 1997) que conservam aspectos substantivos do mesmo como a necessidade de uma boa descrição do problema como base para uma explicação eficaz; a diagramação das relações de causalidade sob a forma de uma rede ou árvore simples de causalidade; a definição de nós críticos com base no protocolo ad-hoc do PES e a descrição dos mesmos tendo em vista ajudar à definição do conteúdo mais preciso das propostas de intervenção (operações), vistas como macro-unidades de ação que incidem sobre os nós críticos; a definição por operação da relação recursos/produtos/resultados; uma análise de viabilidade simplificada baseada na motivação dos atores em relação às operações e na definição de quem controla predominantemente os recursos envolvidos nas operações; e, finalmente, a

necessidade de relacionar genericamente estratégias de viabilização e construir indicadores de acompanhamento do plano.

A adaptação e simplificação do PES tem ajudado a evitar uma centralização obsessiva em questões metodológicas reforçando a idéia de que o método é um simples meio a serviço de sujeitos.

Alguns problemas ou deficiências do PES já foram apontadas por nós em alguns trabalhos:

- a inexistência de uma reflexão mais aprofundada sobre cultura enquanto componente da viabilidade de uma intervenção planejada (Artmann, 1993, 1997a; Rivera, 1995, 1996a);
- a necessidade de um desenvolvimento específico da tecnologia de negociação cooperativa (Rivera, 1998b);
- uma determinada visão da liderança que destaca a necessidade de um estado maior constituído pelo desenvolvimento de superestruturas de gestão, em detrimento do aperfeiçoamento de habilidades da liderança centradas na capacidade da mediação das relações interpessoais (Rivera, 1996a, 1998a);
- a questão da validade do método para o delineamento ou precisão de uma visão compartilhada sobre a missão institucional (Artmann et al., 1997);
- uma construção ainda muito simplificada da prospectiva, onde predomina uma relação excessivamente determinista do contexto sobre o plano e onde as relações cruzadas entre as variáveis-chave do cenário não são devidamente registradas ou formalizadas; (Rivera, 1998 c);
- a possibilidade de construção de um projeto coletivo a partir da multiplicidade de racionalidades presentes em organizações de saúde;
- dificuldades inerentes à própria complexidade do método.

Estas áreas definem desafios metodológicos importantes.

A questão da cultura nos leva a M. Thévenet (1986, 1993), autor francês que destaca a necessidade de uma análise participativa da cultura que colabore para o discernimento de aspectos fortes da cultura que podem ser funcionais à mudança. A visão da cultura como recurso se coloca pragmaticamente a serviço do objetivo de discernir os aspectos da cultura que deveriam ser reforçados para enfrentar problemas correlatos. A relação problema cultura, como definição desafiadora permanente, apresenta a cultura como condição de viabilidade das formas de enfrentamento dos problemas. O autor propõe uma grade de análise cultural, com categorias de informação marcantes e formas de estabelecimento de hipóteses culturais. O caráter participativo e sistemático da pesquisa cultural colabora para a possibilidade de realização de um sentido profundo inerente a essa análise, qual seja o de ajudar a desvendar representações sociais compartilhadas, o qual reforça núcleos de colaboração e agregação

institucionais. A cultura, enquanto um conjunto de tradições e pré-interpretações de situações, tem um papel determinante na organização e sua abordagem é bastante interessante para a compreensão do mundo organizacional. Contudo, baseados em Habermas (1987), entendemos que as tradições culturais, ainda que condicionem fortemente o funcionamento das organizações e a ação dos atores, podem ser questionadas a partir do exercício de um discurso crítico. Esta questão encontra-se abordada no texto de Artmann (1997a).

O PES distingue a negociação (conflitiva, mista e cooperativa) como um meio estratégico possível. A indicação da necessidade de um tal tipo de estratégia não é suficiente se não for acompanhada de uma reflexão mais aprofundada do conteúdo específico da negociação. A Escola de Negociação de Harvard, de Ficher e Ury (1985), enseja uma bom modelo de negociação cooperativa, do tipo ganhar-ganhar, que se aproxima de um modelo argumentativo. Aspectos marcantes deste enfoque são:

- a necessidade de separar a negociação da substância do problema do relacionamento intersubjetivo, que requer um investimento particular;
- a necessidade de negociar a partir dos interesses, dos pressupostos ou motivações das posições, e não das posições mesmas, procurando discernir atrás de posições aparentemente opostas, interesses comuns que podem ser explorados em termos de faixas de acordo, ou interesses distintos, porém não conflitantes, que podem ser harmonizados;
- a idéia de que a negociação é um processo ideativo, criativo, interdisciplinar, de geração de múltiplas opções de ganho mútuo, o qual desvirtua a idéia da negociação como um bolo fixo;
- a tese de que o fundamental é negociar critérios de validade universal ou de maior legitimação capazes de balizar objetivamente a possibilidade de um acordo.

O enfoque de negociação de “Como Chegar ao Sim” (1985) pode e deve ser explorado como complemento necessário ao planejamento estratégico e ao desenvolvimento das habilidades da liderança.

O paradigma da “organização que aprende” de Peter Senge dá uma especial atenção à questão da liderança. Em “O Novo Trabalho do Líder” (Starkey, 1997), o autor se contrapõe à visão da liderança forte, carismática, assumindo a liderança como a principal responsável pelos processos de aprendizagem coletiva. Aprender significa incorporar habilidades novas, nunca completamente realizadas, de interação e de reflexão. Estas habilidades básicas, que supõem um questionamento profundo dos modelos mentais, dos pressupostos e crenças dos participantes organizacionais, podem ajudar a consolidar uma visão compartilhada capaz de tensionar a organização em um sentido renovador e produtivo. Não haveria para Senge algo como conteúdos universais e específicos da

administração, mas o desafio de criar uma liderança disseminada, como possibilidade de mediação reflexiva das relações interpessoais e de escuta da subjetividade (expressa por meio do não dito que mediatiza negativamente relações de aprendizagem mal sucedidas). Parte importante da proposta deste autor refere-se à necessidade de desenvolvimento de um raciocínio estrutural no que diz respeito à explicação de problemas, buscando-se causas essenciais de alto poder de alavancagem, o qual o aproxima de Matus. Outra contribuição refere-se à necessidade de desenvolver da técnica de simulação de cenários como instrumento de aprendizagem. Sobre este último particular, Senge sustenta que a aprendizagem da experiência é limitada, pois a realidade é complexa, sendo difícil o estabelecimento de relações claras de causa-efeito entre as decisões que tomamos hoje e suas consequências futuras, dados seus distanciamentos eventuais no tempo e no espaço. Este elemento de indeterminação obrigaria a tentar aprender do futuro, mediante experiências de simulação que essencialmente ajudariam a costurar uma visão de futuro organizacional. Para o autor o grande mérito da prospectiva é possibilitar um diálogo sobre os modelos mentais que embasam as visões de futuro, que cria possibilidades harmonizadoras no que tange à visão organizacional. Trazer “a lembrança do futuro” corresponde à tentativa de reforçar uma construção positiva da visão que opere como um polo forte da modelagem do projeto institucional, que se tensiona criativamente com a experiência dos problemas da organização. Há em Senge, baseado na experiência de seguidores da learning organization, uma nova compreensão do planejamento enquanto processo de aprendizagem. O fundamental não seria a elaboração de grandes planos estratégicos, mas a difusão ou incorporação de um raciocínio estratégico pelo corpo organizacional, a ser aplicado no cotidiano das decisões sobre opções alternativas. Coerente com o pensamento de Mintzberg, a estratégia seria o resultado, não de um processo superior destacado no tempo e no espaço, mas de múltiplas interações entre os agentes organizacionais munidos de habilidades comuns como, por exemplo, de análise de sistemas. Este conceito seria o de estratégia emergente, que desde a nossa perspectiva valoriza o planejamento tático-operacional ou o momento tático-operacional do planejamento.

Uma das perguntas que nos colocamos diz respeito à contribuição do PES para o delineamento da missão, dos produtos organizacionais. Em um trabalho relativamente recente, Matus (1994b)) assume que o primeiro desafio da organização é a correta delimitação de seus produtos e responsáveis. O planejamento a partir de problemas terminais, colocados pela ambiência externa, pelos usuários da organização, poderia ajudar a realizar este delineamento. Vários passos seriam necessários: um levantamento exaustivo dos problemas de saúde de uma área de referência; sua priorização em função de critérios sócio-políticos

e técnico-sanitários (epidemiológicos, econômicos, de vulnerabilidade, etc.); uma explicação adaptada procurando selecionar nós críticos nas várias áreas de prestação de serviços possíveis, setorial e extra-setorialmente (promoção, prevenção específica, tratamento, acompanhamento, reabilitação, etc.) e, finalmente, uma distribuição das operações-ações entre as várias unidades de serviços de saúde da área (em função do grau de complexidade acordado para as mesmas) e as unidades extra-setoriais. Algumas particularidades do setor teriam que ser respeitadas: critérios específicos de priorização; classificação das operações/ ações em várias formas específicas de cuidado/ prestação; um planejamento anterior da complexidade das unidades operacionais. A priorização de determinados problemas não pode deixar de se acompanhar de um tratamento extensivo aos problemas menos prioritários, ainda que num nível de manutenção que implique na não piora da situação de saúde. A necessidade de um atendimento universal em saúde leva a considerar o aspecto de rede e aspectos extrasetoriais dos problemas de saúde.

A maior parte das experiências que temos acompanhado nos mostram uma tendência a trabalhar no âmbito dos problemas mais intermediários que afligem uma organização, em detrimento da seleção de problemas terminais no nível de rede local, embora aqueles impactem também os produtos finais. Neste caso, a seleção de problemas pressuporia uma missão previamente definida, a qual reforça a importância de pré-requisito da mesma. Às vezes, a própria falta de clareza sobre a missão aparece como problema (Artmann et al., 1997b). Acreditamos, porém, que há no Brasil um capital acumulado no âmbito da definição da oferta a partir de problemas terminais dentro da corrente da Vigilância à Saúde, que tem produzido instrumentos próprios de programação situacional. Esta abordagem não se chama de programação situacional impunemente: é bastante extensiva e se apoia em formas de territorialização, em formas de estimativa rápida de problemas que esquadriham minuciosamente regiões, em mapas de risco epidemiológico e social, e finalmente, na dinâmica de explicação de problemas e de desenho de ações. Esta é, sem dúvida, uma das áreas de pesquisa avaliativa mais importantes do momento. Pensamos, porém, que a situação é tão ou mais complexa no âmbito do setor hospitalar envolvendo também o subsetor privado. Este âmbito está caracterizado, em alguns espaços, por situações de concorrência ou de descoordenação (desintegração, duplicidade), onde se disputa clientela ou recursos. Aqui nos parece útil o enfoque de gestão estratégica hospitalar de Michel Cremadez: *La Dèmarche Stratègique* (1997).

O enfoque respectivo supõe inicialmente a segmentação ou agrupamento de atividades homogêneas em nível de cada especialidade. Em seguida é realizada a análise estratégica específica

de cada segmento em função de duas dimensões: o valor de cada segmento, correspondente à capacidade de atração de clientela e ao interesse do hospital de lhe alocar recursos, e a posição competitiva do mesmo, que é função do grau de controle dos fatores chave de sucesso respectivos. Por meio de um sistema de notação, o valor e a posição concorrencial são calculados. A partir desta análise se constrói o portfólio de cada especialidade, que corresponde à localização de todos os segmentos dentro de uma grade constituída pelas duas variáveis ou dimensões anteriores. Este documento serve de base para a definição da estratégia, consistente de três grandes objetivos: segmento que é necessário expandir; segmento que é necessário manter; segmento que é necessário desativar, recortar, negociar com a rede. Finalmente, desenha-se o plano de ação, que implica em geral em atacar os pontos fracos da análise concorrencial e em mexer com aspectos do valor, quando possível.

Este enfoque tem sido aplicado a algumas situações hospitalares e, embora não tenhamos tido tempo de avaliar com mais profundidade estas experiências, que são ainda recentes, detectamos um relativo sucesso no delineamento da missão. Apesar da linguagem típica do planejamento estratégico corporativo, este instrumento ajuda a negociar formas de integração com a rede. Fundamentada na estratégia de diferenciação ou de aprofundamento das competências distintivas, a análise estratégica de Cremadez permite transformar a concorrência frontal em colaboração. É, finalmente, um espaço de comunicação que fortalece a autonomia dos centros operadores e que ajuda a promover mudanças culturais pela difusão do pensamento estratégico ao nível desses centros.

Um confronto PES/Dèmarche acerca das possibilidades da utilização de ambos no caso da formulação da missão é um tema de investigação que estimulamos. Parece-nos que os dois enfoques podem contribuir muito mais do que a Qualidade Total, que para além de seus apelos no sentido das Jornadas de Missão não exibiria enfoques metodológicos tão estruturados.

A questão da prospectiva tem sido embrionariamente desenvolvida por nós à luz de Godet (Rivera, 1998c), com a intenção de preencher lacunas deixadas pelo PES. Do enfoque de Godet duas técnicas nos chamam a atenção: a análise estrutural, que é uma simulação do poder de influência recíproco (duas a duas) das variáveis inicialmente relacionadas para construir o cenário do sistema escolhido, e a matriz dos impactos cruzados centrada nas principais tendências ou hipóteses de comportamento das variáveis. A primeira permite reduzir o número de variáveis, ao selecionar as mais importantes (de maior poder de determinação), e a segunda possibilita analisar em que medida uma hipótese de comportamento de uma

variável influencia as hipóteses de comportamento das outras. Podemos dizer que estes dois instrumentos são de grande valia na construção de cenários.

Alicerçada na consulta a especialistas para reduzir a subjetividade, na análise do jogo dos atores e em um software baseado em cálculo de probabilidades de cenários, a abordagem de Godet corresponde ao que se tem de mais avançado no campo da prospectiva mais formalizada.

Não se pode esquecer, porém, que a mesma abordagem formalizada pode ser traduzida em um enfoque mais qualitativo e simples, que resgata as duas técnicas acima mencionadas. A simplificação da técnica, posta a serviço da discussão dos modelos mentais dos participantes da simulação, nos moldes da proposta de Senge, parece pertinente.

## PANORAMA DOS ENFOQUES GERENCIAIS NO MUNDO

Da multiplicidade de enfoques existentes quatro correntes que nos parecem expressivas podem ser comentadas sinteticamente: a Gestão da Qualidade Total (QT), a Reengenharia, o Planejamento Estratégico Corporativo e a Learning Organization.

Sobre a QT tecemos comentários em artigo ad-hoc (Rivera, 1996b). Com um discurso estimulante de centralização no cliente e de reconhecimento das relações de confiança fornecedor – cliente como garantia de qualidade, a QT parece não ter estruturado instrumentos e técnicas que lhe propiciem a superioridade metodológica sobre outras correntes, principalmente sobre a variedade de enfoques estratégicos. Apesar de contar com instrumentos de utilidade para a detecção e explicação de problemas (em ambientes participativos), a QT não desenvolveu enfoques próprios de análise de atores e de prospectiva. Isto, somado a toda uma tradição histórica de preocupação estatística com a redução de variedade e com a padronização produtiva, tende a fazer dele uma corrente normativa com matizes humanitárias. Recentemente evolui, a partir de uma leitura menos racionalizadora da obra de Deming, para um discurso que sustenta a alternativa de uma Liderança Comunicativa em contraposição à Administração por Objetivos e para a incorporação de elementos da Administração Estratégica, principalmente o conceito de fatores chave de sucesso. Sem um corpo teórico – metodológico próprio e adaptado aos avanços da época, a QT persiste como um remanescente do passado que se alimenta de todos e pretende ser o grande guarda-chuva de todos.

A Reengenharia, vista equivocadamente por adeptos da QT como sua continuação, entra no mercado como uma moda de poucas receitas, algumas extremamente

válidas, porém de efeitos secundários imprevisíveis; a compactação de processos é uma delas. A crítica à fragmentação exagerada do trabalho e a defesa da criação de equipes de trabalho são fatores que colaboram para uma maior criatividade e diversificação, para uma maior inovação. Menos padronizadora que a QT, a Reengenharia sucumbe pelo peso do autoritarismo, pela pretensão de provocar rupturas organizacionais, pelos motivos ocultos de enxugamento e de demissão de força de trabalho, secundários à tentativa de integração de tarefas e de simplificação dos múltiplos controles anteriores. No campo do planejamento, uma leitura produtiva da Reengenharia, aliada ao enfoque linguístico das organizações de Flores (1989) pode ser verificada em Matus (1994 b) e traz algumas contribuições importantes.

O Planejamento Corporativo Americano, representado por exemplo por Michael Porter (1980, 1986) da Escola de Negócios de Harvard, mostra um grande dinamismo no âmbito das grandes corporações americanas e japonesas. Apoiada na segmentação estratégica das empresas e em um tipo de análise estratégica das possibilidades mercadológicas desses segmentos, este enfoque tem-se mostrado útil para a definição de estratégias que permitam vantagens comparativas. Esta corrente lança mão de vários portfólios de atividades, um dos quais é o portfólio mercado/posição concorrencial, que tem sido adaptado criativamente por Cremadez para uma aplicação em hospitais e no setor público. Restam dúvidas quanto à aplicação do modelo empresarial, não o adaptado por Cremadez, à lógica do setor social.

Aspectos da Learning Organization já foram comentadas acima em relação à liderança. Apresentado o paradigma na V Disciplina de Senge (1998), constitui-se de técnicas e instrumentos que visam a despertar habilidades de aprendizagem. A questão seria aprender a aprender, através da incorporação de habilidades de reflexão, de indagação, de argumentação, de colocação autêntica. Estas capacidades dizem respeito a cinco disciplinas: a aprendizagem em equipe; o trabalho com modelos mentais; o domínio de si mesmo; a visão compartilhada; o pensamento sistêmico. Um aspecto crítico desta corrente corresponderia ao uso proposto por Senge da idéia de arquétipos sistêmicos ou de regularidades de comportamento para efeitos de aprendizagem. Com esta tentativa Senge reduz os comportamentos globais possíveis das empresas econômicas a uns poucos modelos cuja capacidade de dar conta da diversidade pode ser questionável.

## O PLANEJAMENTO DE SAÚDE NO BRASIL

Mehry fez uma boa classificação do estado da arte em artigo conhecido (1995).

Do nosso ponto de vista, os quatro modelos referidos podem perfeitamente conviver em um fluxo de muita alimentação. De sua diversidade situacional de pontos de vista é possível apreender aspectos que podem vir a ser complementares, ainda que as divergências apontem, por vezes, para a construção de diferentes tipos de modelos assistenciais.

A corrente da Vigilância à Saúde destacase pela busca de operacionalização prática de conceitos do planejamento situacional dentro do contexto da construção da idéia de distrito sanitário como processo social de mudança das práticas sanitárias, no sentido da eficiência e eficácia sociais, equidade e democratização. Este processo manifesta-se no espaço local, onde se estabelecem as relações entre instituições de saúde, de preferência ancoradas no paradigma da promoção da saúde, sob a regulação de uma autoridade sanitária local e a sociedade ou grupos sociais, com a diversidade de problemas que se expressam na singularidade daquele território. Este, além de território-solo, constitui-se em território econômico, político, ideológico, cultural e epidemiológico.

Este enfoque enfeixa um conjunto de técnicas de vários campos, do planejamento urbano- espacial, da epidemiologia, do planejamento estratégico em saúde e da gestão. Nutre um conceito alternativo à velha saúde pública que se destaca pela tentativa de criar horizontalidades entre os velhos programas sanitários, através do planejamento a partir de problemas, baseado na concepção matusiana, em contraposição ao enfoque por programas.

Facilitador de uma visão mais sócio-ambiental do binômio saúde-doença, este enfoque abriria caminho para uma perspectiva de intersetorialidade e de promoção em saúde, contribuindo assim para uma recriação dos modelos assistenciais, a partir de novas práticas sanitárias. Estas práticas sanitárias se constituem em conjuntos de processos de trabalho, articulados em operações, que impõem uma estratégia de ação sobre os nós críticos dos problemas e seus efeitos em um dado território.

Duas práticas sanitárias contraditórias coexistem no Distrito Sanitário. A primeira refere-se à Vigilância à Saúde, direcionada para problemas de enfrentamento contínuo, escolhidos pelo alto impacto nas condições de vida dos grupos populacionais das microáreas. A segunda, a Atenção à Demanda, volta-se para a intervenção pontual, ocasional sobre os efeitos dos problemas ao nível individual, autopercebidos e é considerada estratégica para a legitimidade social do projeto e para a captação de informações para a Vigilância à Saúde que, pretende-se, venha a ser a prática hegemônica.

Um problema deste enfoque poderia estar representado pela ausência de uma proposta que dê conta das particularidades do âmbito hospitalar.

A corrente da Programação em Saúde da USP propõe a construção de um sistema de saúde programado em termos de suas atividades a partir da Epidemiologia Social. Visa a reduzir uma lógica de atenção espontaneísta, de mercado. Afirma-se em um tipo de construção micro política de novas práticas assistenciais, de referenciamento a equipes de saúde integral (em vários campos do atendimento). Busca promover novas aglutinações dos programas tradicionais em conjuntos mais amplos e modernos, privilegiando o componente populacional. Os autores identificam uma evolução da programação de uma posição de “técnica de planejamento” (racionalização econômica do processo de produção em saúde) para um significado de “modelo assistencial ou modelo operatório das práticas de saúde” (tecnologia de trabalho), integrando a prática médica e a sanitária, apresentando-a como um campo de experimentação de novas formas de trabalho em saúde. Problemático pode ser para esta corrente o grau de subordinação da velha clínica a uma racionalidade programada. Talvez seja menos voluntarioso pensar em termos de uma tensão permanente entre demanda programada e espontânea, no contexto da qual procurar-se-ia uma hegemonia relativa da primeira (nos termos da Vigilância à Saúde). Destaca-se ainda a externalidade das questões de viabilidade com relação ao método.

Em relação à corrente da Gestão Estratégica e do Planejamento de Saúde articulada ao Modelo Tecno-assistencial em Defesa da Vida, do LAPA, já comentamos os esforços desenvolvidos na direção do desenvolvimento de uma tecnologia leve de planejamento (a partir do enfoque matusiano e do ZOPP). Sua noção de caixa de ferramentas (composição de técnicas, procedimentos e enfoques adaptados do PES, de Mário Testa, de elementos teóricos da psicanálise e da análise institucional, entre outros) dá uma idéia da flexibilidade de abordagem e da diversidade de instrumentos manipulados por esta corrente que experimentou em profundidade tanto o planejamento situacional quanto o enfoque de qualidade total. Sua riqueza se explica pela acumulação de experiências (de condução e de consultoria/pesquisa) tanto na rede básica quanto no campo hospitalar, ainda que parta inicialmente de uma concepção redbasicocêntrica propondo depois, uma inversão na clássica pirâmide para um círculo, onde o sistema admitiria várias portas de entrada, segundo a melhor tecnologia e oportunidade para cada usuário. Uma flexibilização dos critérios de hierarquização sempre foi defendida pela proposta do LAPA. O território é visto com restrições: é importante definir a área de responsabilidade das instituições de saúde, mas o usuário não pode ser aprisionado numa área restrita, pois se movimenta no sistema em busca da satisfação de suas necessidades.

A concepção tradicional e verticalizada de programas é substituída pela formulação criativa de equipes locais, organizadas buscando evitar corporativismos e monitoradas por avaliações de desempenho referenciadas por metas vinculadas aos objetivos definidos para os serviços. A proposta de organização do sistema de saúde visa a dar conta das relações entre os diversos tipos de produtores, tendo nos gerentes locais/regionais uma base fundamental de articulação, onde todos os produtores deveriam estar submetidos ao controle público. A relação da unidade de saúde com a população é estruturada com algumas noções emprestadas da área de Saúde Mental: vínculo e responsabilidade e acolhimento, procurando-se desenvolver uma relação personalizada e humanizada.

Sua crítica às propostas tecnocráticas e prescritivas em planejamento e gestão que pressupõem uma precedência dos métodos em relação aos sujeitos é por nós partilhada. Segundo Matus, o método serve, no máximo para ajudar a sistematizar o conhecimento da realidade e não substituí-lo. Quem planeja é sempre o ator. Para Matus, um ator com conhecimento do problema e capacidade de raciocínio estratégico com certeza enfrentará melhor um problema do que alguém com baixo conhecimento da realidade e apenas conhecimento de método, por melhor que este seja. De todo modo, não há como negar a importância de métodos que ajudem a dar conta da complexidade da tarefa de gerir situações que apresentam variáveis não controláveis e que exigem respostas eficazes, criativas e flexíveis.

Partilhamos ainda da preocupação com o sujeito, e especificamente com a subjetividade, o que parece ser um diferencial analítico na proposta do LAPA. Embora não se tenha um quadro claro ainda de como a análise institucional recuperaria a subjetividade dos agentes em processos de autonomização e de instituição de novas relações de poder capazes de democratizar amplamente estruturas organizacionais, cumpre registrar, no entanto, o esforço desenvolvido nesta direção.

A abordagem comunicativa em planejamento, que tem origens a partir de reflexões teóricas sobre experiências com o enfoque do PES e do estabelecimento de um diálogo com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, apresenta hoje vários desdobramentos teórico- metodológicos e pragmáticos, alguns expostos na primeira parte deste texto. Alguns destes desdobramentos merecem ser aprofundados através de linhas de investigação, das quais ressaltamos as seguintes:

- análise da cultura enquanto componente de viabilidade de um projeto, objetivando uma metodologia de escuta da cultura, o estabelecimento da relação cultura-problemas em face de uma determinado macroproblema e o de senho de estratégias de utilização da cultura como recurso da intervenção sobre problemas;

- desenho metodológico e missão institucional, envolvendo uma análise comparativa das possibilidades do PES e do enfoque de Cremadez, em vários níveis de atenção em saúde;
- desenvolvimento de habilidades de liderança e de negociação, que configuram junto com o trabalho cultural o campo do que denominamos gestão pela escuta;
- discussão teórica geral sobre a relação entre a gestão pela escuta e os métodos racionalistas de gestão;
- aplicação mais sistemática da prospectiva enquanto recurso crucial dentro do cálculo estratégico;
- possibilidades de diálogo entre o planejamento situacional e os enfoques da administração estratégica

e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo uma abordagem do contexto de mix público/privado;

- o resgate da subjetividade no campo da gestão, em processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão.

É importante considerar a interrelação destas várias linhas e a preocupação com o desenvolvimento de métodos/enfoques, posturas e condutas que aprofundem processos de solidariedade e geração de compromissos compartilhados num permanente aprender a aprender.

## REFERÊNCIAS

Artmann E 1993. O Planejamento Estratégico Situacional: a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Artmann E 1997a. Cultura e Mudança Organizacional. Universidade de Campinas, Campinas, mimeo.

Artmann E, Azevedo CS, Sá MC 1997b. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cadernos de Saúde Pública* 13(4): 723-740.

Dussault G 1992. Gestão dos serviços de saúde. características e exigências. *RAP, RJ*, 26: 8-19.

Cecílio LCO 1997. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental, p.161-167. In EE Merhy & R Onocko (orgs.). *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. Hucitec, SP.

Crémadez M 1997. *Le Management Stratégique Hospitalier*. InterEditions, Paris.

Fisher R, Ury W 1985. *Como Chegar ao Sim: a Negociação de Acordos sem Concessões*. Imago, Rio de Janeiro.

Flores F 1989 *Inventando la Empresa del Siglo XXI*. Hataché, Santiago, Chile.

Habermas J 1987. *Teoria da la Acción Comunicativa*. Taurus, Madrid.

Lima SML 1994. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. *RAP, RJ*, 28: 38-64.

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

Matus C 1994a. *Sobre la Teoria de las Macroorganizaciones*. *Revista PES, Santafé de Bogotá*, 3.

Matus C 1994b. *El Metodo PES, Reingenieria Publica y la Teoria de las Conversaciones: Trabas y Problemas*. *Revista PES, Santafé de Bogotá*, 2.

Merhy EE 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In E Gallo (org.) *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.

Mintzberg H 1989. *Mintzberg on Management: Inside our Strange World of Organizations*. The Free Press, New York.

Porter M 1980. *Choix Stratégiques et Concurrence*. Economica, Paris.

Porter M 1986. *L'Avantage Concurrentiel. Comment Devancer ses Concurrents e Maintenir son Avance*. InterEditions, Paris.

Rivera FJU 1995. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma Crítica ao Enfoque Estratégico)*, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Rivera FJU 1996a. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública* 12(3): 357-372.

Rivera FJU 1996b. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total? Um contraponto teórico-metodológico. *Cadernos FUNDAP* 19: 25-45.

Rivera FJU 1998a. *Cultura, Liderança Comunicativa e Gestão*. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Mimeo.

Rivera FJU 1998b. *Comunicação e Negociação Gerencial (como requisito das organizações*

profissionais de saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Mimeo.

Rivera FJU 1998c. Análise Estratégica e Prospectiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Mimeo.

Senge P 1998. A Quinta Disciplina. Arte e Prática da Organização que Aprende. BestSeller, São Paulo.

Starkey K 1997. Como as Organizações Aprendem. Futura, SP.

Thévenet M 1993. La Culture d'Entreprise. Presses Universitaires de France, Paris.

Thévenet M 1986. Audit de la Culture d'Entreprise. Les Editions d'Organisation, Paris.



## ATIVIDADE 18

DOS MALES, O PIOR<sup>15</sup>

*Tempo Estimado: 1 hora*

### Objetivo

- Vivenciar a necessidade de conclusões em equipe.

### Material

- Nenhum



## ATIVIDADE 19

AVALIAÇÃO

*Tempo Estimado: 2 horas*

### Objetivo

- Avaliar os conhecimentos apresentados na Unidade, identificando os progressos e as dificuldades do aluno, visando recuperá-lo.

### Material

- Papel A4

<sup>15</sup> Dinâmica adaptada. Disponível em: <<http://www.kombo.com.br/materiais-rh/dinamica.php?id=NDawMDhiOWE1MzgwZmNhY2NlMzk3NmJmN2MwOGFmNWl=>>>



ANEXO 1<sup>16</sup>

## FICHA DE CHECAGEM DOS INSUMOS BÁSICOS NECESSÁRIOS AO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA LEISHMANIOSE VISCERAL

AMBIENTE	INSUMOS	DESTINAÇÃO
Controle Vetorial	Formulários específicos (AMBIENTE DO VETOR)	Identificar o local onde foi coletado o vetor
	Croqui e mapas das áreas a serem trabalhadas	Atualizar o RG
	Caderno de capa dura ou caderneta (opcional)	Anotações de campo
	Lápis, borracha, apontador	Anotações de campo
	Pasta com elástico	Acondicionamento e arquivo do material para o campo

<sup>16</sup> Estudo de caso retirado do caderno de Organizações das Práticas de Vigilância em Saúde Ambiental do curso de Atualização Profissional de Vigilância em Saúde. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atualização profissional de vigilância em saúde: Caderno de organização das práticas de vigilância em saúde ambiental: guia do aluno/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde – SES – MG; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte; ESP-MG, 2013. 135 p.

**FICHA DE CHECAGEM DOS INSUMOS BÁSICOS NECESSÁRIOS AO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA DENGUE**

AMBIENTE	INSUMOS	DESTINAÇÃO
Controle Vetorial	Álcool a 70%	Conservação das larvas coletadas
	Tubito de vidro com rolha	Acondicionamento das larvas coletadas
	Etiqueta para tubito	Identificação dos tubitos
	Liga de borracha	Prender formulário ao tubito
	Algodão hidrófilo (em caso de tubito sem rolha)	Preenchimento do tubito
	Bacia plástica pequena (no mínimo duas, em cores diferentes)	Colocação da água para pesquisar a existência de larvas
	Pesca larva de nylon de cores diferentes (no mínimo dois)	Coleta de larvas nos criadouros: um para água de consumo e outro para água poluída
	Escova de limpeza pequena (cerdas rígidas)	Esfregação de paredes de criadouros para retirada de ovos depositados
	Espelho de bolso	Exame e verificação de criadouros
	Lanterna (de três pilhas)	Exame e verificação de criadouros
	Fita métrica ou trena	Cubagem de depósitos para tratamento
	Flanela	Limpeza do equipamento
	Luva nitrílica	Atividade que envolve o manuseio do inseticida
	Carga de inseticida formulação pó molhável (PM)	Preparação da aplicação

AMBIENTE	INSUMOS	DESTINAÇÃO
Controle Vetorial	Foquito	Manter a luz da lanterna
	Dosador padrão ou colher (uma de sopa e uma de café)	Para medição do larvícida
	Pipeta tipo conta-gotas (no mínimo duas) e pipetão	Captura de larvas
	Concha de alumínio (opcional)	Coleta de água em criadouros (pneu)
	Frasco plástico de boca larga com tampa rosqueável, na cor escura	Guarda e conservação de larvícida
	Saco plástico (no mínimo dois)	Acondicionamento de materiais / acondicionamento de EPI
	Quadro de dosagem de larvicidas	Cálculo da necessidade de larvícida
	Picadeira (opcional)	Destruição de criadouros
	Escada	Acesso a depósitos em locais altos
	Luva de borracha não descartável	Uso geral / proteção do agente
	Bolsa ou mochila de lona	Transporte e acondicionamento dos materiais
	Crachá de identificação	Identificação do profissional
	Bandeira	Localização do agente/ supervisor
	Formulários específicos	Registro das atividades diárias
	Croqui e mapas das áreas a serem trabalhadas	Identificação precisa do local de trabalho
	Caderno de capa dura ou caderneta (opcional)	Anotações diárias
	Lápis, borracha, apontador	Anotações sobre o trabalho
	Pasta com elástico	Guarda e conservação de boletins
	Prancheta	Suporte para facilitar as anotações

AMBIENTE	insumo	DESTINAÇÃO
Vigilância em Saúde e das formas de abastecimento	Manuais,	Orientação da atuação dos técnicos no âmbito do Programa.
	Guias	
	Formulários técnicos	

**FICHA DE CHECAGEM DOS INSUMOS NECESSÁRIOS AO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO**

AMBIENTE	insumo	DESTINAÇÃO
Vigilância Laboratorial	Bolsa plástica estéril com quantidade mínima de 100mL e 300m	
	Frascos para coleta	
	Álcool a 70°	
	Algodão	
	Avental	
	Barbante,	
	Etiquetas	
	Fita crepe	
	Gelo reciclável	Coleta, preservação e envio de amostras de água
	Luvas	
	Máscara descartável	
	Papel-toalha	
	Pincel atômico	
	Caneta esferográfica	
	Sacos plásticos	
	Termômetro	
	Tesoura	
	Kits reagentes relacionados à medição de campo (cloro residual total e livre)	
	Kits reagentes relacionados à análise de turbidez, ph e flúor	
	Kits contendo substrato relacionado à análise microbiológica	

**ATIVIDADE DE DISPERSÃO**  
**MÓDULO III**  
**UNIDADE 3**  
**Planejamento em saúde**



*Carga Horária 40 Horas*

Nesta atividade de dispersão você deverá construir o Planejamento Estratégico da Vigilância em Saúde que você atua no seu município. Lembre-se você não fará isso sozinho. Deverá convocar os atores envolvidos na Vigilância em Saúde, os colegas de trabalho. Se você atua somente em alguma das áreas temáticas da Vigilância em Saúde, não tem problema, faça o Planejamento Estratégico dessa área. Para a realização dessa atividade de dispersão você deverá utilizar todas as outras atividades de dispersão desenvolvidas nos módulos e unidades anteriores. Não vamos fazer somente para cumprir o trabalho do curso, vamos desenvolver um Planejamento que possa ser colocado em prática.

CONSTRUINDO O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ OU DA ÁREA TEMÁTICA \_\_\_\_\_ DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

**1º PASSO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

- a. Baseado nas atividades de dispersão anteriores faça um resumo do diagnóstico situacional em saúde do seu município. Você deverá descrever o que estiver mais relacionado com a Vigilância em Saúde.
- b. Em seguida descreva o diagnóstico situacional do serviço de Vigilância em Saúde. Você pode utilizar as orientações da Matriz SWOT abaixo.
- c. Por fim, unifique os dois textos e construa a 1ª Etapa do Planejamento Estratégico -

**Diagnóstico Situacional e Análise SWOT.**

ANÁLISE SWOT	DESCRIÇÃO
Fraquezas: aspectos Internos. Quais são as fraquezas ou debilidades da Vigilância em Saúde no seu município?	
Ameaças: Aspectos externos. Quais são as ameaças para a Vigilância em Saúde no seu município?	
Forças: Aspectos internos. Quais são as forças ou fortalezas da Vigilância em Saúde no seu município?	
Oportunidades: Aspectos externos. Quais as oportunidades para a Vigilância em Saúde no seu município?	





**2º PASSO: DEFINIÇÃO DOS COMPONENTES ESTRATÉGICOS DO PLANEJAMENTO: MISSÃO, NEGÓCIO, VISÃO E VALORES**

Definição da Missão: as questões abaixo irão te ajudar a construir a Missão, em conjunto com a equipe.

<b>A MISSÃO PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>	
Perguntas	Respostas
Quem somos?	
Qual a razão de ser da Vigilância em Saúde Municipal?	
Quais as atividades principais da Vigilância em Saúde municipal?	
Quem usa nosso serviço e qual benefício recebe?	

a. A partir das respostas, a equipe deve definir, de forma objetiva, clara e sintética, a MISSÃO para a Vigilância em Saúde do seu município.

b. Baseado na Missão você irá construir o Negócio do serviço que é: o meio pelo qual o serviço irá conseguir cumprir sua missão.



Definição da VISÃO: as questões abaixo irão te ajudar a construir a VISÃO, em conjunto com a equipe.

<b>A VISÃO PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE MUNICIPAL</b>	
Perguntas	Respostas
O que queremos ser?	
Para onde queremos ir?	
Quais são os nossos objetivos de longo prazo?	
Em qual posicionamento, a Vigilância em Saúde municipal quer estar em determinado momento no futuro?	
Como a Vigilância em Saúde do seu município deve ser vista pelas partes interessadas?	

c. A partir das respostas, a equipe deve definir, de forma objetiva, clara e sintética, a VISÃO para a Vigilância em Saúde do seu município.

d. Baseado nos itens anteriores e no conhecimento do serviço descreva os valores da Vigilância em Saúde do seu município.

3º PASSO: DEFINIÇÃO DAS QUESTÕES ESTRATÉGICAS, AÇÕES ESTRATÉGICAS E DO PLANO DE AÇÃO.

a. Após os diagnósticos realizados e as definições da Missão, Negócio e Visão determine, com a equipe, as questões estratégicas e as ações estratégicas para se alcanças os objetivos da Missão do Negócio e da Visão da Vigilância e Saúde. Aqui você deve elencar os principais problemas do serviço hoje que impedem que os objetivos sejam alcançados. Vale ressaltar que para cada questão estratégica você deve definir uma ou mais ações estratégicas.

QUESTÕES ESTRATÉGICAS	AÇÕES ESTRATÉGICAS

b. Em seguida, vamos construir o Plano de Ação. Este deve ser composto pelas ações estratégicas.

<b>PROBLEMA</b>	<b>AÇÃO (O que fazer)</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>META</b>	<b>ATOR RESPONSÁVEL</b>

PROBLEMA	AÇÃO (O que fazer)	RESULTADOS ESPERADOS	PRAZO	META	ATOR RESPONSÁVEL

## 4º PASSO: DEFINIÇÃO DOS PROCESSOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

a. Você deverá definir como se dará o processo de monitoramento para cada ação definida e como será ao final do prazo estipulado o procedimento de avaliação.

AÇÃO ESTRATÉGICA	PROCEDIMENTO PARA DESENVOLVER A AÇÃO	MONITORAMENTO (definir como será o monitoramento)



