Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Biomédico
Instituto de Medicina Social

Leonara Leite Vidal

Análise do manual "Reflexões aos novos gestores municipais de saúde" como expressão do planejamento e gestão no Brasil

Rio de Janeiro
2013

Leonara Leite Vidal

Análise do manual “Reflexões aos novos gestores municipais de saúde” como expressão do planejamento e gestão no Brasil

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior.

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

V648 Vidal, Leonara Leite
Análise do manual “reflexões aos novos gestores municipais de saúde” como expressão do planejamento e gestão no Brasil / Leonara Leite Vidal. – 2013.
122 f.

Orientador : Kenneth Rochel de Camargo Júnior.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Pessoal de saúde pública - Teses. 2. Saúde - Administração - Teses. 3. Planejamento estratégico – Teses. 4. Recursos humanos na saúde pública – Teses. I. Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Leonara Leite Vidal

Análise do manual "Reflexões aos novos gestores municipais de saúde" como expressão do planejamento e gestão no Brasil

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração

Aprovada em 29 de abril de 2013.

Banca Examinadora: _____

Prof.Dr.Kenneth Rochel de Camargo Júnior
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Luís Carlos Santiago
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

_____

Prof. Dr.Ruben Araujo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr.André Luís Mendonça
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2013

AGRADECIMENTO

São inúmeras as pessoas às quais professo meu profundo agradecimento por terem me estimulado e auxiliado, de uma forma ou de outra, para que este trabalho exista. Não posso citar todas; gostaria, contudo, de expressar em particular minha gratidão:

A Drª Ana Clementina Vieira, um agradecimento muito especial, pelas orientações competentes e seguras, e pelo incentivo, amizade e confiança. Foi através dela que me apaixonei pelo meu trabalho.

Ao Sr Armando Simões de Almeida, grande companheiro das noites de estudo, apoiando sua amada esposa, enquanto ela docemente me orientava após o trabalho.

Aos professores do PPAS/IMS-UERJ, pela contribuição dada através de seus conhecimentos e experiências transmitidas durante o curso;

Ao Prof. Dr Kenneth Rochel Camargo, por ser meu orientador e pela paciência com a qual conduziu o meu ritmo ansioso.

Aos Profs. Drs. Ruben de Araujo Mattos e. André Luis Mendonça, pelas críticas e contribuições apresentadas quando da defesa da qualificação desta dissertação, o que possibilitou uma visão mais contestadora acerca do tema em estudo e por aceitarem fazer parte da banca examinadora.

Ao mestre e amigo Luís Carlos Santiago, por ter me conduzido da universidade ao mestrado, mostrando-se mais amigo do que professor.

Aos meus colegas de curso, pelo carinho e amizade solidificada durante as longas horas de estudo de aprimoramento dos nossos conhecimentos. Um abraço especial para Bruno, Alessandra, Bianca, Cris, Daniela Savi e Denilson, por estarem tão presentes, mesmo distantes.

Aos amigos queridos que nunca deixaram de estar ao meu lado nas horas fáceis e difíceis: Regina Araújo, Sabrina Sossai, Rodrigo de Jesus, minha prima Karina Gomes e Aline Marinho.

Obrigada a todos, pelas valiosas sugestões a este trabalho, somadas a uma sólida amizade e incansável apoio, que serviram de estímulo para a superação de dificuldades. Sem vocês por perto não seria possível chegar até aqui.

A todo o grupo de apoio da secretaria e da manutenção do Instituto de Medicina Social, pelo cuidado, paciência e amizade dispensada a todos nós alunos, especialmente Silvia, Eliete, Simone e Arthur, que foram mais que simples atores no intuito de promover

nossa graduação no programa de mestrado, nos estimulam, nos compreendem e ajudam quando surge a ansiedade.

Uma homenagem póstuma a Maria Leite de Sá, minha avó, que partiu durante minha empreitada no programa de mestrado. Seu amor foi o maior de todos, me protegeu e me fez sentir necessária; seu olhar me fazia crer que eu era o último diamante da Terra, sinto saudades todos os dias.

Enfim, a Deus, por permitir que tudo aconteça.

Não se pode ensinar alguma coisa a um homem; apenas
ajudá-lo a encontrá-la dentro de si mesmo.

Galileu Galilei

RESUMO

VIDAL, Leonara Leite. *Análise do manual "Reflexões aos novos gestores municipais de saúde" como expressão do planejamento e gestão no Brasil*. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Este estudo tem como objeto o documento *Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde* e questiona qual abordagem de planejamento é utilizada nos documentos distribuídos aos novos gestores da saúde municipal, buscando uma aproximação a partir de seus objetivos. Apresenta e analisa o documento, que é distribuído às Secretarias de Saúde para gestores e planejadores da saúde nos municípios brasileiros, identificando o tipo de abordagem relativa ao planejamento em saúde. Esse documento, formulado pelo CONASEMS, que delibera sobre o planejamento da saúde municipal, é uma tentativa de clarear a missão dos novos gestores de prover o planejamento da saúde nos municípios brasileiros, e sua relevância é conhecer o posicionamento dos órgãos centrais sobre o modelo de planejamento. Para fundamentar teoricamente o estudo, foi escolhido o método CENDES-OPAS, o planejamento estratégico de Mario Testa e o planejamento estratégico situacional de Carlus Matus. Metodologicamente, utiliza um estudo documental com abordagem qualitativa, e como procedimento metodológico, uma análise temática de conteúdo segundo Bardin, aplicada a alguns itens do documento com maior aderência aos objetivos. A partir das etapas sugeridas por Bardin, chega-se a três categorias de análise: "aspectos políticos do planejamento"; "planejamento e programação"; e "modelos de atenção". Apresenta os achados destacando partes dos itens do documento, correlacionando-os com o referencial teórico do estudo. Os resultados das categorias evidenciam que nos aspectos políticos do planejamento existem traços da abordagem do CENDES-OPAS, mas as abordagens do planejamento estratégico e estratégico situacional ficam mais evidentes a partir dos termos "demanda e diretrizes políticas", "programa de governo", "participação de atores no planejamento" e "pactuações", bastante utilizados por Carlus Matus e Mario Testa. Na categoria "planejamento e programação', as abordagens relativas ao planejamento ficam mescladas, evidenciando as abordagens do planejamento estratégico com predominância para o planejamento estratégico situacional. Com relação à categoria "modelo de atenção", o documento aponta para a necessidade do fortalecimento e organização da Atenção Básica/Primária com mudanças nas práticas de saúde, que devem ter como foco a integralidade. Finaliza entendendo que as abordagens que o documento utiliza têm maior correspondência com as do planejamento estratégico e planejamento estratégico situacional. O documento não busca instrumentalizar os gestores para o "como fazer", mas procura evidenciar os aspectos subjetivos do planejamento como forma de despertar em cada gestor uma imagem-objetivo para a operacionalização das políticas, dos princípios e das diretrizes do SUS.

Palavras-chave: Políticas em saúde. Planejamento em saúde. Gestor em saúde.

ABSTRACT

VIDAL, Leonara Leite. *Analysis of the handbook "Reflections for the new municipal health managers" as an expression of planning and management in Brazil*. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This study assessed the document *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* [*Reflections for the new municipal health managers]*, discussing which planning approach is used in the documents distributed to the new municipal health managers, seeking an approach from its objectives. It presents and analyzes the document, which is distributed to Health Departments for managers and health planners in municipalities, identifying the type of approach to health planning. This document, formulated by CONASEMS, council that decides on municipal health planning, is an attempt to clarify the mission of the new managers of providing health planning in municipalities, and its relevance is to know the position of the central organs of the model planning. To support the theoretical study, the chosen method was CENDES-PAHO, strategic planning by Mario Testa and situational strategic planning by Carlus Matus. Methodologically, it uses a documentary study with qualitative approach and methodological procedure, a thematic content analysis by Bardin, applied to some items of the document with greater adherence to goals. From the steps suggested by Bardin, we arrive at three categories of analysis: "the political aspects of planning", "planning and scheduling" and "models of care". It presents the findings highlighting parts of document items, correlating them with the theoretical framework of the study. The results of the categories show that in the political aspects of planning there are traits of the CENDES-PAHO approach, but the approaches to strategic planning and situational strategic planning become more evident from the terms "demand and policy guidelines", "government program", "actors' participation in planning" and "covenants" , widely used by Carlus Matus and Mario Testa. In "planning and scheduling", the approaches to planning are merged, showing the approaches of strategic planning with predominance of situational strategic planning. With respect to the category "model of care", the document points to the need for strengthening and organizing Primary / Primary with changes in health practices, which should focus on integral care. The study concludes that understanding the approaches that the document uses have greater correspondence with the strategic planning and situational strategic planning. The document does not seek to equip managers to the "how to" but seeks to highlight the subjective aspects of planning as a way to awaken in each manager an image-goal for the operationalization of policies, principles and guidelines of the SUS.

Key words: Health politics. Health planning. Health manager.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CENDES	Centro de Estudios e Desarollo
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz/MS
FNS-	Fundo Nacional de Saúde/MS
IMS	Instituto de Medicina Social/Uerj
LDO-	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA-	Lei Orçamentária Anual
LFR	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS-	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica

PAS	Programação Anual de Saúde
PSF-	Programa de Saúde da Família
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Promoção Pactuada e Integrada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG-	Termo de Compromisso de Gestão
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	**REVISÃO DE LITERATURA**	18
1.1	**O surgimento do planejamento segundo Miglioli**	18
1.2	**O planejamento em Saúde na América Latina**	19
1.3	**O planejamento em Saúde no Brasil**	21
1.4	**A visão do planejamento CENDES/OPAS**	23
1.5	**O Planejamento Estratégico Situacional de Carlus Matus**	31
1.6	**O Planejamento Estratégico de Mario Testa**	38
1.7	**O CONASEMS e o SUS**	46
2	**METODOLOGIA**	50
2.1	**Procedimentos metodológicos**	51
2.1.1	Primeira etapa: pré-análise	52
2.1.2	Tratamento dos resultados e interpretação	53
2.1.3	Organização da dissertação	54
3	**APRESENTANDO O DOCUMENTO *REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE***	55
3.1	**O que é o *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*? Uma apresentação do CONASEMS**	55
3.2	**Itens do documento**	56
3.3	**O documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* e os teóricos do planejamento**	58
3.3.1	O CONASEMS	58
3.3.2	O SUS	60
3.3.3	O prefeito e o Legislativo	65
3.3.4	Autonomia do setor saúde	65
3.3.5	Pacto pela Saúde	66

3.3.6 O planejamento 67

3.3.7 Colegiado de gestão regional 67

3.3.8 Participação da comunidade 68

3.3.9 Regionalização 69

3.3.10 O COSEMS 71

3.3.11 Bipartite 72

3.3.12 Modelos de gestão e formas de administração 74

3.3.13 Modelo de atenção 76

3.3.14 Atenção Básica/Atenção Primária 76

3.3.15 Gestão do trabalho 77

3.3.16 Financiamento 79

3.3.17 Outros 81

4 **IDENTIFICANDO AS ABORDAGENS DE PLANEJAMENTO NO DOCUMENTO, A PARTIR DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE** 83

4.1 **Aspectos políticos do planejamento** 83

4.2 **Planejamento e programação** 90

4.3 **Modelos de atenção** 100

CONCLUSÃO DO ESTUDO 107

REFERÊNCIAS 119

INTRODUÇÃO

Este estudo, que tem como objeto os *documentos distribuídos aos gestores municipais e os enfoques sobre o planejamento em saúde*, se iniciou a partir da trajetória na saúde, ainda na graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO), durante as aulas de Psicologia, quando procuramos entender o comportamento humano para, de alguma maneira, conseguir realizar o propósito da formação da enfermagem, o cuidado. Entretanto, com o passar do tempo, percebemos que o cuidado necessita de uma série de medidas que implicam a boa qualidade do trabalho, dentre as quais o planejamento em saúde.

Os trabalhos desenvolvidos no Programa de Saúde da Família e na Saúde Coletiva suscitaram a ideia de transformar a realidade do que significa planejamento e gestão em saúde vivenciada pelos profissionais da área, com relação ao método (instrumento) utilizado.

No campo da atenção primária, mais particularmente na Estratégia de Saúde da Família, gerenciamos o trabalho da equipe, planejando atendimentos, visitas domiciliares, programas determinados pelo Ministério da Saúde, cronograma de reuniões, solicitação de material para desenvolvimento dos procedimentos práticos e administração da demanda espontânea e programada, além de monitorar todo o cenário epidemiológico da comunidade.

O planejamento em saúde despertou nosso interesse e levou à busca de subsídios teóricos e práticos para desenvolver o trabalho. Buscamos então especialização na área: o curso de gestão em saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que retrata o conhecimento relacionado às demandas do SUS, gestão de filas, gerenciamento de casos, rede integrada, processo de trabalho, práticas para educação em saúde, gerenciamento de recursos do SUS, trabalho intersetorial e interdisciplinar e diversas outras questões que emergem do planejamento, através dos serviços de baixa, média e alta complexidade, todos relacionados à gestão pública em saúde.

Procuramos estudar mais profundamente todos os aspectos relativos à gestão e planejamento em saúde em todos seus âmbitos. O MBA executivo em uma universidade privada foi o caminho para entender como se gere a saúde pensando no lucro e não na apropriação do verdadeiro conceito de saúde preventiva. Esse MBA realiza o ensino do planejamento e gestão de maneira diferenciada; não se trata de oferecer uma saúde pública para a população em geral, mas incentivar a qualidade dos serviços de saúde e a legislação que atua sobre os profissionais, enfatizando a obtenção de lucros e o gerenciamento dos

recursos financeiros para o crescimento de instituições privadas. O intuito do MBA como curso estava totalmente voltado às ferramentas de gestão, às estratégias para melhoria do faturamento hospitalar privado, à gestão de pessoas que trabalham em saúde, às ferramentas para aferir eficiência e efetividade do serviço, além de instruir quanto a questões de hotelaria hospitalar, acreditação em saúde e ainda a matemática financeira voltada para aquisição de materiais duráveis e de consumo. O MBA revelou questões que não traziam à tona nossos questionamentos sobre o planejamento voltado para a saúde pública.

Pensando nisso, verificamos a proposta de pós-graduação *stricto sensu* em política, planejamento e administração no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). O mergulho nesse universo incentiva a buscar mais profundamente o tema em suas bases teóricas, mostrando a necessidade de os trabalhadores da saúde conhecerem a fundo os princípios do SUS, procurando adquirir o conhecimento político e financeiro de como gerir a saúde pública no país, através de um histórico mais formatado desde antes da reforma sanitária até a atualidade. Este fato determina uma terceira realidade: o campo das disputas políticas para se alcançar um ideário de Saúde Coletiva para o país, através de conferências, documentos que dão providência ao SUS e portarias que determinam o processo de trabalho em saúde, o resgate histórico da saúde e do planejamento em saúde no Brasil, o estudo de sistemas de saúde comparados no mundo, o financiamento público em saúde, dentre outros ligados à área de conhecimento do planejamento e gestão em saúde, temas amplamente debatidos no curso de especializacão *stricto sensu* no IMS-UERJ.

Na ocasião, surgiu como inquietação o papel dos gestores que detêm governabilidade para planejar as estratégias acima citadas. Essas ideias ressaltam a importância de organização e responsabilidade no momento de planejar a saúde por um indivíduo ou uma equipe, que por vezes pouco conhece sobre gestão e planejamento em saúde. Para a equipe de saúde que exerce suas funções nas unidades, os manuais do Ministério da Saúde servem como orientadores do planejamento dos atendimentos e procedimentos que devem ser gerados nas unidades citadas. Mas quais são os documentos ou instrumentos consultados pelos gestores municipais para o planejamento da saúde?

O planejamento em saúde emergiu no seio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1965, como uma metodologia de programação. Na ocasião, foi elaborado o documento *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*, apresentado pelo Centro de Estudios e Desarollo (CENDES), constituindo o primeiro esforço na elaboração de uma metodologia de formulação de planos nacionais. A metodologia de programação do método CENDES/OPAS trazia a necessidade de elaborar a planificação de

saúde a partir de um diagnóstico detalhado dos problemas e da avaliação dos recursos humanos e materiais existentes em nível nacional. Referia o documento (OPAS, 1965, p. 2) que:

> *Las programaciones aplicable, en principio, a cualquiera actividad en la cual los individuos se confrontan con la necesidad de tomar decisiones sobre cuestiones que pueden resolverse de diversas maneras o de escoger entre objetivos diferentes entre si. Lo primero se denomina "problema de la elección de técnicas" y lo segundo "problemas de las prioridades". Ambos se constituyen las cuestiones centrales de la programación.*

Várias foram as críticas ao método de programação em saúde, dentre elas a de que toda a programação estava centrada na tomada de decisões que visava maximizar a eficiência das atividades planejadas, ou seja, uma máxima produção com menor custo. Isso exigia a formação de técnicos especializados em planejamento. Criava-se a figura do planejador, um técnico que utilizava um conjunto de conhecimentos sistemáticos e que se preocupava fundamentalmente com a eficiência da utilização dos recursos, cabendo a ele a função central na tomada de decisões relativas à definição de prioridades (escolha de objetivos, técnicas etc.), fornecendo uma base racional e objetiva para as decisões. Tratava-se, portanto, de uma proposta tecnocrática, investida de um grande poder, que restringia espaços de negociação política, desconsiderando os conflitos e contradições entre os atores sociais nela envolvidos (CIAMPONE; PEDUZZI, 2001).

Rocha (1992) refere que, no campo público, o planejamento estratégico como uma rejeição à ideia de uma só racionalidade (a econômica) na solução das questões políticas/sociais e também do reconhecimento da pluralidade de atores sociais em conflito numa realidade em movimento contínuo, tendo Carlos Matus como o criador do enfoque sobre planejamento estratégico situacional.

Matus (1993) toma como proposta conceitual e metodológica a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de determinado ator social. Problema é algo considerado fora dos padrões de normalidade do ponto de vista de um ator social. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do envolvimento do ator com o problema, da capacidade de agir do ator sobre determinada situação. Para o autor, ator social, não se refere apenas a um indivíduo, mas pode ser um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir a partir de determinada situação.

Define o planejamento como o cálculo que precede e preside a ação em qualquer espaço do jogo social e que, portanto, tem a intenção de aumentar a capacidade de governo do

ator – isto é, aumentar a perícia pessoal que envolve capital intelectual e capital de experiência de articulação política (MATUS, 1992). O plano é, nesse raciocínio, uma aposta política com fundamento técnico.

Para Rocha (1992), outro planejador bastante importante foi Mario Testa, que falou sobre o planejamento estratégico. Para Testa, o planejador é um indivíduo com consciência de classe que optou, diante da luta de classes, pela construção ou ampliação dos espaços de poder a serviço de um projeto social contra-hegemônico. Neste sentido, o Estado é entendido como aquele que domina, e os grupos dominados não podem esperar facilidades políticas estabelecendo entre dominantes e dominados uma constante luta de poder.

Giovanella (1991, p. 39) acrescenta que "*Mario Testa, em sua reflexão e autocrítica, por sua participação na política, pensa o problema do Poder como problema central do planejamento de saúde*". Para Testa (1987 apud GIOVANELLA, 1991) a classe, o grupo, a força social o movimento, e não o governo, são os grandes atores do planejamento. Para o autor, o planejamento acontece em uma luta constante de poder em que a viabilidade política dos projetos é que garante a consolidação das medidas propostas e mudanças na realidade. O planejamento, para Testa, deve ocorrer em ambiente democrático, garantindo-se ampla participação de atores de maneira a estabelecer diferentes formas de relações de poder, dando direcionalidade às proposições do planejamento.

Esse universo maior relacionado ao planejamento e gestão, que vai além das unidades de saúde para um olhar mais apurado sobre planejamento, remete aos estudos da organização macro que leva ao propósito desta dissertação, que é verificar os enfoques sobre o planejamento em saúde a partir de publicações distribuídas para o território nacional e que são consultadas pelos gestores para compreender seu espaço e poder no processo de planejamento em saúde. Esse pensamento traz à tona o questionamento: qual abordagem de planejamento é utilizada nos documentos que são distribuídos aos novos gestores da saúde municipal?

A partir dessa etapa, emergiram novas informações e uma nova ótica do conceito de gestão e planejamento, que levaram à reflexão de que seria ideal uma análise das publicações distribuídas aos novos gestores sobre o planejamento em saúde no Brasil. Dessa maneira, buscamos verificar as abordagens de planejamento encontradas ao longo de seus textos, que podem ter influência na maneira como os gestores desenvolvem o planejamento em saúde nos seus municípios. Para este estudo, optamos por verificar o documento elaborado pelo CONASEMS − *Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde*, publicado no ano de 2009. Este refere que, para estreitar o elo entre os novos gestores e os que permanecerão ou retornarão ao cargo, realiza-se uma série de encontros visando estabelecer trocas e reflexões

sobre os avanços e desafios da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios. Ressaltam que:

> A complexidade da gestão do SUS impõe o diálogo democrático sobre os serviços e espaços coletivos e, sobretudo, o reconhecimento das ações realizadas consideradas positivas que demandam continuidade e permanência, pois toda inovação dependerá do estágio de implantação do SUS, que é singular a cada município. (CONASEMS, 2009, p. 5).

Diante do exposto, foram escolhidos como objetivos deste estudo:

- Apresentar e analisar o documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (CONASEMS, 2009), distribuído para as Secretarias de Saúde a gestores e planejadores da saúde nos municípios brasileiros.
- Identificar que tipo de abordagem relativa ao planejamento em saúde o documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009) carrega em seus capítulos, na tentativa de clarear a missão dos novos gestores de prover o planejamento da saúde em seus municípios.

Apontamos a seguir a justificativa e a relevância do estudo. O tema se torna pertinente para a Saúde Coletiva, pois trata de um documento distribuído em todo o território Nacional, lançado por um conselho apoiador dos novos gestores municipais, que em sua maioria, pouco conhecimento tem do planejamento em saúde, desenvolvendo o mesmo a partir de suas próprias experiências.

Apresenta relevância, pois tratando-se de documento formulado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que delibera sobre o planejamento da saúde municipal, especificamente nesse documento será possível conhecer o posicionamento dos órgãos centrais sobre os enfoques de planejamento em saúde referidos pelos mesmos. Segundo Rocha (1992, p. 221), quando se refere ao planejamento estratégico de Testa:

> [...] o embate mais importante ocorre entre a estratégia de hegemonia de dominadores e dominados e que esta luta não é transparente... não se sabendo ao certo o que é que se disputa e nem quem é aliado ou inimigo. Igualmente, o diagnóstico ideológico procurará revelar a tentativa de legitimar a proposta de saúde e o sistema social que faz a proposta, identificando-os com as ideias e valores dominantes.

Trata-se de uma pesquisa original, pois é a análise de um documento produzido por um conselho (CONASEMS) que delibera sobre a organização dos serviços da saúde municipal e é formado por dois polos diferentes: pelos próprios gestores municipais, já experientes na área da saúde, e por câmaras técnicas que representam um olhar sobre a organização do serviço, que nem sempre representam as ideias dos gestores que compõem o

conselho. A pesquisa em tela objetiva identificar as influências dos enfoques sobre planejamento em saúde, utilizando referencial teórico escolhido para embasar a pesquisa.

A temática para a resolução de problemas de saúde coletiva nunca se esgota, ao passo que novas demandas sempre aparecem no cenário, como um desafio para os gestores que trabalham tendo ou não conhecimento sobre como planejar a saúde; por isso, há dificuldade em escolher quais instrumentos servem para guiar o trabalho do planejador. É necessário avaliar as prioridades da população e oferecer os serviços adequados, pois de acordo com a Constituição:

> A saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida, associadas ao modelo de desenvolvimento vigente. O modelo de saúde proposto deve ser capaz de contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre as pessoas e as regiões (BRASIL/MS, 2010, p. 1).

Acreditamos que a análise do documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009) é viável, pois há fontes diversas de pesquisa relativas à organização de serviços e planejamento em saúde, como procuramos enfatizar neste trabalho. Há diversas reflexões feitas por incentivadores do planejamento dentro e fora dos conselhos e órgãos financiadores da saúde para que o trabalho desenvolvido seja congruente com os princípios preconizados pelos SUS e as teorias já discutidas no cenário da saúde sobre o tema. Portanto, as fontes utilizadas para embasar a análise do documento são fidedignas e sustentam referenciais sobre como o planejamento pode melhorar a saúde brasileira.

A relevância social predispõe a possibilidade de surgirem ainda mais discussões a respeito do que pode ser feito para melhorar o conhecimento desses gestores sobre planejamento em saúde. Através da análise dos documentos informativos, podem-se gerar benefícios ao serviço, às equipes de trabalho da ponta e ao conjunto de agentes político-administrativos que recebem solicitações para resolução de pendências quanto aos problemas gerados pelas demandas em saúde.

1 **REVISÃO DE LITERATURA**

1.1 **O surgimento do planejamento segundo Miglioli**

O planejamento surgiu como um modo de orientação sistematizada para auxiliar a economia de países onde imperava uma política democrática popular, geralmente “nova”. Originou-se em 1920 na extinta União Soviética (MIGLIOLI, 1983). A Segunda Guerra Mundial fez com que o cenário econômico necessitasse de mudanças para a manutenção da economia. Além disso, outros países subdesenvolvidos conquistaram independência política e precisavam de suporte instrumental para prosseguir se desenvolvendo.

A década de 1960 foi marcante na história do planejamento, pois vários países capitalistas conquistaram prosperidade econômica, sobretudo os industrializados. Muitos povos sofreram muito, mas mesmo com o episódio dramático da guerra, a ONU denominou esse período como a “década do desenvolvimento”. Nesse âmbito, a planificação acabava de se tornar um instrumento importante para adequar a economia ao caminho desejado pelas nações em desenvolvimento (MIGLIOLI, 1983).

A economia, o desenvolvimento e o otimismo repercutiam intelectualmente na história. As crises, que antes eram objeto de estudo dos teóricos, passaram a ser esquecidas e, cada vez mais, nasciam trabalhos sobre a planificação, que era na época o foco das atenções dos países que almejavam crescimento. O tema foi demasiadamente discutido e trabalhado. Porém com a década de 70, vieram as depressões, inflação, desemprego e desequilíbrio econômico. Para os defensores da planificação, era o fim do crédito depositado nela para o sucesso do desenvolvimento. Os economistas passaram a atacar a planificação e ela ficou restrita aos países considerados socialistas.

O autor supracitado fala ainda que o modo de orientação da economia é entendido como um conjunto de medidas destinadas a realizar objetivos econômicos. Pode ser realizado tanto na esfera microeconômica, quanto na macroeconomia, e hoje também na área de saúde. Refere que o planejamento deve ter como características comuns: a viabilidade de realização para o futuro; objetivos determinados; existência de um sujeito; escolha de caminhos ou métodos para atingir os objetivos, de uma maneira organizada e lógica.

No cenário político, Miglioli (1983) ressalta que é de suma importância que os planos, em todas as fases, tanto durante sua elaboração quanto sua execução prática, sejam expostos

ao público e ainda extensamente discutidos. Dessa forma, eles se tornam procedimentos de democratização da economia, e as decisões que afetam o país deixam de ser responsabilidade apenas das empresas e do governo. Em se tratando do planejamento da saúde, esta democratização é proposta pela Lei n. 8.142, através do controle social.

A escolha dos objetivos e das ações para atingi-los depende do sujeito que planifica. Compreende diversas fases, dentre as quais o levantamento de dados, a análise do proposto a planejar, a elaboração do plano e a implantação do plano. Existem ainda componentes do plano formados pelos elementos para a fase do processo de planejamento, tais como: proposição dos objetivos a serem atingidos; formulação do modelo do plano e formulação das medidas de implantação do plano; e área de abrangência do plano, que pode ser nacional, regional e local (MIGLIOLI, 1983).

1.2 **O planejamento em saúde na América Latina**

Giovannela (1991) explica que a ideia do planejamento econômico-social na América Latina ocorreu em torno de 1940, por influência da ONU em prol do desenvolvimento econômico. Um organismo internacional ligado à ONU – a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina) – difundiu a ideia de que o planejamento é necessário para esse fim. Para a autora, a doutrina cepalina propõe o método de planejamento para promover a industrialização, sendo uma alternativa para melhorar a relação entre os objetivos do crescimento econômico aliado a instrumentos com o mesmo propósito, pois as teorias desenvolvimentistas concordavam com a ideia de que o crescimento era a solução para o desenvolvimento. Esse desenvolvimento iria sustentar a hipótese de que o crescimento econômico de um país iria diminuir a desigualdade. O planejamento então teve início na economia, mas foi ampliado e introduzido em outros setores sociais.

Para Giovanella (1991), os primeiros desenhos do planejamento surgiram como decorrência da Carta de Punta Del Este, chamado “Programa Aliança para o Progresso”. Esse programa salientava que os problemas sociais e políticos eram obstáculos internos ao desenvolvimento, e dizia ainda que esse problemas sociais eram como um campo fértil para a proliferação de ideias alienígeno-socializantes. Cuba servia então como um exemplo a não se reproduzir e a Aliança para o Progresso surgiu como um movimento contra o socialismo, com

intenções no controle social. A partir desse pensamento, a reunião de Punta Del Este incorporou os setores sociais à planificação do desenvolvimento. Foram propostas metas entre os países participantes e o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial foram os financiadores dos projetos para o alcance das metas propostas. A autora ainda explica que, em relação à saúde, o documento estabelece objetivos e quantifica as metas propostas – por exemplo, a taxa de mortalidade para algumas idades e doenças preveníveis, saneamento, nutrição, e outros.

A autora (GIOVANNELA, 1991) relata que a OPAS ficou encarregada de fazer avaliação dos projetos propostos para avaliar a possibilidade do alcance das metas e se responsabiliza frente aos financiadores para que se obtenha sucesso. Seu trabalho era assessorar os países na programação de seus projetos econômicos e sociais e promover a formulação de ações para a saúde, pois faltava o método para planejamento. Ela conclui citando que os técnicos da OPAS desconheciam o planejamento, e sem método era difícil formular planos globais de saúde. Por conta disso, o diretor da OPAS na época decidiu se reunir com o diretor do Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES-UCV). Um professor de planejamento econômico, Jorge Ahumada, resolveu participar da elaboração de um método de planejamento para a saúde e sugeriu para o propósito citado tomar, como base do trabalho, pesquisa realizada por um aluno do curso de mestrado do CENDES, Mário Testa. O diretor da OPAS aceitou a situação e assim se formou uma equipe de trabalho para elaborar um método de planificação da saúde. Dessa associação nasceu o método CENDES/OPAS, em 1965.

Chorny (2008) diz que quando falamos sobe o planejamento, estamos nos referindo àquele feito por governos, que tem por objeto o amplo campo das ações de saúde realizadas por um sistema público. Segundo ele, costuma-se considerar dois grandes momentos no decorrer do seu desenvolvimento: o momento normativo, representado pelo método CENDES/OPAS, e um segundo momento, que se identifica com o movimento do Planejamento Estratégico.

> 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, 2008, p. 5).

1.3 **O planejamento em saúde no Brasil**

Segundo Teixeira, Queiroz e Jesus (2010), a incorporação de práticas de planejamento no âmbito das organizações governamentais brasileiras teve início a partir dos anos 1940, com a formatação de propostas, diagnósticos e também com a tentativa de elaboração de um plano que contemplasse a racionalização do processo orçamentário. Historicamente, o Plano de Metas do Governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), por sua complexidade e profundidade do seu impacto, foi a primeira experiência de planejamento governamental colocada em prática no Brasil.

Sobre os antecedentes da planificação em saúde no Brasil, refere Rivera (1992, p. 22) que a Fundação SESP realizou algumas atividades de programação em saúde, antes da consolidação, em 1960, da ideia da planificação em saúde. Comenta o autor que, apesar de ter sido uma prática estanque e por conta disso não justifica ser considerada como planificação – que implica a "possibilidade de um olhar e de uma instrumentalizaçao de caráter global", supondo-se uma lógica caracterizada por um método ou enfoque compreendendo vários momentos e fases incidindo sobre as políticas, as prioridades –, a gestão é um antecedente que deve ser considerado um desenvolvimento particular em algum momento da planificação.

Para Teixeira, Queiroz e Jesus (2010, p. 10), com a instauração do regime autoritário sob a condução dos militares em 1964, foram elaborados vários planos para combater o processo inflacionário. No governo Costa e Silva (1968-1970),, foi elaborado o Plano Estratégico de Desenvolvimento (PED), com um concepção mais abrangente de planejamento, tendo como objetivos fundamentais a aceleração do crescimento, o controle do processo inflacionário e a ampliação da oferta de emprego. O governo do General Médici e posteriormente, do General Geisel, foram o cenário dos Planos Nacionais de Desenvolvimento (I e II), que já traziam considerações sobre as concepções advindas do pensamento estratégico na área, principalmente o II PND, que enfatizava a necessidade de investimentos no setor de desenvolvimento social. Na área da saúde, foram implementados vários programas, destacando o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), articulando a programação de ações territoriais de "atenção primária à saúde" com participação da população das áreas rurais nordestinas, para a construção de "soluções simplificadas de abastecimento de água e destinação dos dejetos, ao lado de ações de educação sanitária e assistência a grupos populacionais prioritários como o materno-infantil".

Para Teixeira, Queiroz e Jesus (2010), a metade dos anos 1970, do ponto de vista do

planejamento, foi o cenário que favoreceu a elaboração de propostas de reforma do setor saúde, como é o caso do PREV-SAÚDE, que não foi implementado, e posteriormente as Ações Integradas de Saúde (AIS), cuja implantação constituiu uma prévia do que seria a posteriori a implantação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS). Isto ocorreu já em um contexto de transição democrática, no governo de José Sarney.

Complementa Cordeiro (1991) que foi no contexto da crise do "milagre econômico", associado às vitórias eleitorais da oposição e crise provocada por uma epidemia de meningite, que se promulgou a lei do Sistema Nacional de Saúde em 1975, modernizando-se o Ministério de Saúde, aquinhoado com maior participação no orçamento da União, Surgiram planos e programas, como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM); o Programa de Recursos Estratégicos para a Saúde (PREPS); o Programa de Interiorizarão de Ações de Saúde e Saneamento (PIAS); ampliou-se a distribuição de medicamentos através da Central de Medicamentos, agora desmembrada e com seus programas de distribuição vinculados ao Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS).

Teixeira, Queiroz e Jesus (2010, p. 10) referem que, com o Movimento pela Reforma Sanitária, que se consolidou a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), incorporando princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988, base das Leis Orgânicas do SUS aprovadas em 1990, o cenário se tornou favorável ao desenvolvimento do planejamento em saúde nas organizações públicas. Segundo os autores:

> [...] em relação à incorporação das concepções e métodos para a formulação de políticas, planos e projetos, tanto no que diz respeito à disseminação de métodos, técnicas e instrumentos de programação de ações e serviços de saúde em vários níveis de complexidade organizacional.

Viana (1995) esclarece que, em 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS) vieram dar continuidade às políticas iniciadas com o CONASP, com o objetivo de desenvolver a capacidade gerencial nos serviços em nível local, a integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes; a integração de recursos humanos de diferentes instituições (federal, municipal e estadual) e a estruturação de serviços com alto grau de resolutividade.

Com a municipalização, ampliou-se a difusão das propostas metodológicas do planejamento em saúde em diversos municípios brasileiros, que passaram a ser experimentadas, criticadas e aperfeiçoadas, apesar do amadorismo gerencial em muitos setores. Complementam os autores (TEIXEIRA; QUEIROZ; JESUS, 2010, p. 12):

> Com a implantação do SUS, entretanto, desdobrou-se um conjunto significativo de trabalhos realizados por pesquisadores de vários centros acadêmicos do país, que realizam, inclusive,

> cursos e consultorias a instituições gestoras do SUS, o que contribui para configurá-lo como um grande "laboratório" onde são testadas, validadas ou rejeitadas propostas conceituais e metodológicas de planejamento, programação, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde.

Finalizando esse relato, podemos considerar que o planejamento, desde seu nascimento, foi discutido em suas várias vertentes e está presente no currículo de alguns cursos acadêmicos da área de saúde. Ele também se manifesta nos modelos de ensino de planejamento e gestão para os profissionais da área da saúde, em variados formatos, para instrumentalizar os gestores e profissionais da saúde no Brasil através de uma política de incentivo do Ministério da Saúde e dos próprios gestores e suas câmaras técnicas. Como exemplos destes últimos, temos o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

1.4 **A visão do planejamento CENDES/OPAS**

O método CENDES/OPAS foi um método criado para a saúde para direcionar suas ações a partir da década de 1960. Mattos (1988), em seus estudos, diz que não devemos tentar identificar todo o conjunto de significados do termo "planejamento", mas explica que este parece estar relacionado a um programa de ação ou forma de decidir sobre algumas ações em saúde. Em seu trabalho, tentou seguir por uma trajetória onde pretendia identificar que tipo de enfoque sobre planejamento era dado ao método CENDES/OPAS, e mostrou um conjunto de elementos que delineava uma proposição quanto ao processo de elaboração dos planos voltados para a saúde, chamado "teoria da programação".

Para Caetano (1994, p. 5), a década de 60 se iniciou com a necessidade de elaboração de planos de saúde, realizados a partir de um diagnóstico minucioso de problemas e de uma avaliação dos recursos humanos e materiais disponíveis em nível nacional, que conseguissem oferecer organização de prioridades e investimentos em saúde. *Esse foi um primeiro esforço de elaboração de uma metodologia de formulação de planos nacionais de saúde de base científica.* Essa visão emergia da necessidade de planejamento geral como condição para superar o atraso e o subdesenvolvimento dos países periféricos, sobretudo os latino-americanos, de modo a permitir o crescimento de suas economias e promover uma

distribuição menos desigual de renda e outros benefícios. Isso iniciou as discussões sobre a formulação de um documento na Conferência de Punta del Este em 1961. Nasciam os primeiros indícios do que seria o método de planejamento normativo CENDES/OPAS, totalmente esboçado em 1965.

Complementa Caetano (1994, p. 4) que o método CENDES/OPAS é uma técnica elaborada com a função de orientar a formulação de planos nacionais de saúde na década de 60. Recebeu frequentemente o rótulo de economicista, porque utilizava um conjunto de conhecimentos muitos próximos das técnicas de avaliação econômica, considerando preocupante o tipo de uso que vem sendo desenvolvido com essa técnica, pois foi elaborada com o intuito de instrumentalizar e facilitar decisões, muitas vezes definidoras de alocação de recursos. A autora (CAETANO, 1994) oferece em seu trabalho a ideia de que o método CENDES/OPAS poderia ser classificado como uma técnica pertencente ao conjunto de avaliações econômicas. A diferença residiria não na técnica, mas no desenho do uso da mesma e do papel de quem as executa – neste caso, para a tomada de decisões sobre a formulação de planos e alocação de recursos em saúde.

Mattos (1993) complementa que dessa linha geral nasceu a ideia de elaborar planos de saúde, tentando administrar recursos e alocá-los em atividades de saúde e escolhendo critérios técnicos para torná-los eficientes. Esse método pretendia programar um conjunto de atividades e ações para melhorar a saúde e refletia duas questões centrais:

1- o que e a quem priorizar - interpretado como a impossibilidade de atender às necessidades de todos os indivíduos;

2- através de técnicas - visto como uma relação quantitativa entre objetivos e recursos, entre o que se pretende atingir e os custos para fazê-lo.

Rocha (1992, p. 214**)** faz uma explanação da chamada técnica CENDES/OPAS, que constitui o marco inicial do desenvolvimento do planejamento em saúde na América Latina. Essa técnica, segundo o autor, contribuiu para a difusão dos conceitos básicos do planejamento como danos, técnicas de prevenção e reparação, a instrumentação dos recursos e, "*sobretudo, o entendimento da política de saúde como a efetiva alocação de recursos para diferentes usos".* Menciona que a ideia básica do CENDES/OPAS era utilizar com eficiência os recursos, maximizando os resultados. A figura do planejador é considerada central, sendo o mesmo uma pessoa externa ao objeto do planejamento, à saúde e à sociedade.

Para Matus (1992), o planejamento normativo tem uma série de objetivos definidos cuja consequência é o diagnóstico. Ele afirma que o planejamento normativo se refere a uma norma que deve ser cumprida e que foi determinada entre o necessário e a realidade, dentro do

que é possível.

Refere Matus (1992) que, para o planejamento normativo, a eficácia deveria responder não somente aos problemas presentes, mas também àqueles que existiriam no tempo futuro no qual se situa a imagem-objetivo. Esta será coerente se o cumprimento de um objetivo não impossibilitar a consecução do outro, e também se tornará possível se respeitar as restrições econômicas existentes e estiver dentro do espaço de aceitação política da força social que decide sobre o plano.

Para Rocha (1992, p. 215), na época em que foi elaborada a metodologia CENDES/OPAS, era dominante a crença na evolução da sociedade no sentido do desenvolvimento, que poderia ser alcançado com o instrumento do planejamento. Este pensamento

> [...] levou os governos latino-americanos a se empenharem em acelerar o desenvolvimento promovendo, simultaneamente, o crescimento econômico e uma distribuição mais equitativa das rendas a fim de melhorar o bem estar social. Está implícito que a neutralidade (social) do Estado o levaria a assumir o processo do planejamento econômico-social, em geral, e as recomendações da programação em saúde, em particular; ambos em nome do interesse coletivo representado pela superação do subdesenvolvimento.

Dentro do contexto histórico político que iniciou um trabalho de programação em saúde, realizado por um grupo da OPAS, criou-se um centro de desenvolvimento preocupado com as questões relativas à saúde. Mattos (1993, p. 1) refere que:

> No documento denominado “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programação de la Salud” encontra-se um desdobramento da Conferência de Punta del Leste, ocorrida em 1961. Naquela reunião, os ministros de Estado dos países do continente americano reconheceram formalmente a importância do planejamento como ferramenta, tanto da promoção do crescimento econômico, quanto da promoção do bem-estar social.

Observa-se, então, a construção de uma metodologia aplicada à área do planejamento na década de 1960, a partir do documento denominado *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de La Salud*, como desdobramento da Conferência de Punta del Este. Nesse planejamento, era preciso dimensionar necessidades e recursos a serem destinados à saúde, demonstrando compatibilidade com os demais investimentos necessários ao crescimento econômico. Tomava-se como pressuposto que a melhoria das condições de saúde constituía um requisito crucial e prévio ao crescimento econômico, compondo parte essencial dos propósitos de desenvolvimento dos países da América Latina. O documento tinha por finalidade propor a adoção integral da programação no setor saúde, e não apenas desenvolver um método de formulação de projetos para temáticas e/ou áreas específicas. A

aplicação de recursos era vinculada à ideia de investimentos em um campo programático específico, e toda a programação estava centrada na tomada de decisões que visava maximizar a eficiência das atividades planejadas – ou seja, uma máxima produção com menor custo (MATTOS, 1993).

O novo modelo, denominado CENDES/OPAS, buscava a eficiência econômica e era caracterizado por sua omissão política. Tornou-se um marco histórico no que concerne ao planejamento de saúde. Lana e Gomes (1996, p.1) corroboram esta visão, ao comentarem em seu trabalho sobre planejamento publicado na *Revista Latino-Americana de Enfermagem*:

> Na época da criação do planejamento estratégico, o panorama político era contextualizado por um forte controle do Estado e integração do sistema de saúde. O setor público enfraquecido, a falta de políticas públicas e os insipientes planos para a saúde pública, não conseguiram manter de pé a ideologia do método CENDES/OPAS.
>
> .

Ciampone e Peduzzi (2001) escreveram objetivamente sobre o planejamento e especificamente sobre o planejamento normativo, dissertando que nesse tipo de planejamento as tensões sociais são ignoradas e abafadas no sentido de exercer forte controle sobre a ameaça representada pela participação e de conter e reprimir qualquer possibilidade da conscientização que, supostamente, ameaçaria a ordem social vigente.

No documento *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud* (CENDES/OPAS, 1965, p. 22), esta característica de programação fica bem caracterizada:

> [...] a área básica da programação deve ser uma área local. Estes planos de saúde devem ser de extensão relativamente pequena, que permitam seu agrupamento em áreas regionais programáticas maiores... e estes por sua vez formariam em parte o plano nacional.

Diz o documento (CENDES/OPAS, 1965, p. 2) que a programação se aplica em qualquer atividade na qual os indivíduos se confrontam com a necessidade de tomar decisões sobre questões que podem se resolver de diversas maneiras ou escolher entre objetivos entre si. O primeiro se denomina *"problema de la elección de técnicas*", e o segundo, *"problema de las prioridades".* Ambos são questões centrais da programação. Complementa que a descrição da situação de saúde de uma área programática deve sistematizar-se sobre os seguintes aspectos:

1 - os danos;

2 - o inventário dos recursos disponíveis e as ações executadas;

3 - os custos unitários das distintas ações

4 - a população;

5 - o meio;

6 - a captação de recursos e os distintos usos dos mesmos.

No referido documento, encontram-se alguns conceitos importantes que estão destacados por poderem fornecer informações para análise do documento *Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde*. São eles:

Atividades de saúde (CENDES/OPAS, 1965, p. 11) conceituadas como as ações que o governo realiza, orientadas diretamente a manter e melhorar a saúde; compreendem as ações tradicionais como o saneamento ambiental, de nutrição, de investigação e de formação pessoal.

Rendimento (CENDES/OPAS, 1965, p. 17), entendido como o número de tarefas realizadas por unidade instrumental em um período determinado.

Tarefa ou atividade (CENDES/OPAS, 1965, p. 29), entendida como toda ação ou conjunto de ações que se realizam em sucessão cronológica, para atingir um objetivo de saúde definível e mensurável. Cada tarefa é realizada por um instrumento.

Instrumento (CENDES/OPAS, 1965, p. 29), um conjunto de recursos heterogêneos para realizar uma ação específica de saúde, combinados entre si, em proporções que variam dentro de margens determinadas por fatores técnicos e econômicos. Essas margens são quase sempre estreitas e devem merecer especial atenção do planejador. O rendimento de um instrumento é medido pelo número de tarefas realizadas por unidade instrumental em um período determinado normalmente em um ano.

Técnica (CENDES/OPAS, 1965, p. 29) é conceituada como uma combinação de tarefas realizadas para o ataque a um determinado dano.

Eficiência (CENDES/OPAS, 1965, p. 3): refere o documento que a solução dos problemas programáticos descansa fundamentalmente no conceito de eficiência no uso de recursos. Dado que a eficiência é uma relação entre objetivos e recursos, é óbvio que na programação deve-se trabalhar com o número de casos que se quer evitar e o prazo que se pretende fazê-lo traçando-se *metas.*

Recurso (CENDES/OPAS, 1965, p. 7) é conceituado na ciência econômica por tudo aquilo que pode ser utilizado para produzir bens e serviços. Pode ser classificado como trabalho, capital e recursos naturais.

Rendimento (CENDES/OPAS, 1965, p. 17), que é conceituado como a relação entre concentração e a cobertura, isto é, a relação entre o número de consultas e o número de atendimentos. Considera-se que o rendimento está normal quando cumpre determinado número de tarefas. O programador deverá fixar metas de rendimento e eficiência para o uso de recursos em cada um dos danos.

Concentração (CENDES/OPAS, 1965, p. 31) é entendida como o número de vezes que se cumpre uma tarefa em um sujeito determinado. Como exemplo, cita-se o número de consultas que devem ser aplicadas a uma gestante (no caso do documento, três consultas durante o período gestacional).

*Cobertura (*CENDES/OPAS, 1965, p. 31) é conceituada como a relação entre o número de sujeitos atendidos e o número total existentes na comunidade, e está relacionado com o dano que se pretende controlar.

Programação (CENDES/OPAS, 1965, p. 10), conceituada como o momento mais normativo do processo de planejamento, onde a instituição deve se programar dentro de certas normas mais ou menos regidas para implementar as suas prioridades de trabalho. É entendida mais como prevenção do que como cura.

O processo programático compreende as seguintes etapas (CENDES/OPAS, 1965, p. 12): (1) diagnóstico; (2) a programação propriamente dita; (3) a discussão e a decisão; (4) a execução; e (5) a avaliação e a revisão. Refere o documento, quando trata do diagnóstico (CENDES/OPAS, 1965, p. 13), que ao se programar a saúde também se faz necessário identificar os fatores determinantes do nível de saúde, descritos pelas mortalidade e morbidade e as inter-relações que existem entre elas. Sabe-se que o grau de desenvolvimento econômico, a faixa etária da população, o nível de educação, a nutrição, a composição da população se urbana e rural, a disponibilidade de recursos e a organização municipal têm influência sobre a mortalidade e a morbidade. Complementa (CENDES/OPAS, 1965, p. 14) afirmando que a política de saúde e a ação econômica se exercem dentro de certas restrições, sendo influenciadas pelas condições físicas ambientais, a quantidade e qualidade dos recursos existentes, o conhecimento técnico disponível e o contexto social, econômico, político e cultural do local onde se realiza a programação.

Pretende-se com as ações propostas, no longo prazo, modificar o ambiente físico, os recursos, o conhecimento e o contexto social. Todos esses elementos devem ser considerados na fase do diagnóstico. Neste se busca fazer um inventário dos fatores mencionados, hierarquizando-os por prioridades, possíveis de serem alcançadas em saúde em cinco anos,

verificando se os recursos estão bem instrumentalizados. Recomenda que o diagnóstico não pode se limitar somente à descrição da situação de saúde da comunidade, mas deve explicá-los à luz da influência que exercem sobre ela os diferentes fatores condicionantes. Neste caso, refere que a epidemiologia de uma situação de saúde está afetada por quatro fatores principais: (1) as características da população; (2) os agentes causais dos danos; (3) o meio físico; e (4) o ambiente sociocultural e econômico. Destaca que a programação em saúde agrega um quinto fator, que é a política de saúde, e concentra sobre ela grande parte de sua atenção.

Com relação à programação (CENDES/OPAS, 1965, p. 24), esta é compreendida como um conjunto de áreas locais programáticas vinculadas por razões econômicas, culturais, políticas, administrativas ou de proximidade física entre as mesmas. Esta região, chamada de "foco", serve como ponto de concentração das principais unidades de saúde administrativas e sede de autoridades político-administrativas. Recomenda ainda que *as autoridades de saúde devem participar ativamente da programação* para que os diferentes interesses sejam conhecidos. Destaca (CENDES/OPAS, 1965, p. 16) que a mesma envolve a realização de três tarefas básicas: (1) estimar os recursos financeiros de que se vai dispor ano a ano durante toda a duração do plano; (2) decidir as metas onde vai se aplicar os recursos; e (3) selecionar os instrumentos que se vai empregar para atingir os objetivos e metas.

Propõe o documento (CENDES/OPAS, 1965, p. 17) que uma solução para se resolver o problema dos recursos, entre os danos reduzíveis e os não-reduzíveis, consiste em considerá-los como sujeitos de atividades não-homogeneizáveis entre si, o que envolve distribuir os recursos entre eles com *critérios arbitrários.* Para se resolver esta questão, o programador considera que a coletividade tem como exigência a redução dos danos não-reduzíveis, a qual deve ser satisfeita.

Outra característica do enfoque sobre planejamento do movimento (CENDES/OPAS 1965, p. 54), apontada no referido documento, é com relação à pessoa que planeja e como os recursos são pensados:

> [...] o programador local se incumbia de fazer a programação sem prestar atenção a quantia exata dos recursos, e a autoridade central de planejamento de saúde se ocupa de determinar qual será a disponibilidade de recursos com que se contara para desenvolver ações de saúde em todo país durante o período do plano.

Completa o documento (CENDES/OPAS, 1965, p. 1) que, sendo os recursos relativamente escassos, em consequência sempre se convirá empregá-los da melhor forma

possível.

> Desta forma, se procurava reduzir o grau de arbitrariedade das decisões, através de uma melhor racionalização dos recursos, o que parecia estar de acordo com a crise financeira pela qual passava o país.

O documento (CENDES/OPAS, 1965, p. 24) apresenta alguns critérios para definir os danos, sendo que a norma mais importante para guiar o estudo de um dano é necessário conhecer qual o total de gasto no ataque de um dano e qual o custo por morte evitada em um grupo de danos reduzíveis. Refere que, como isso demandaria muito tempo, deve-se analisar com detalhes qual seria o custo de reduzir os danos mais importantes. Para guiar esta seleção, vale aplicar as disfunções os critérios de magnitude, transcendência e de vulnerabilidade dos danos.

Mattos (1988) relata que o método apresenta incoerências quanto ao fato de que o programador das ações em saúde projete tendências da situação de saúde da população, supondo que essa programação vá receber suporte de recursos per capita para as ações. Desse modo, o uso desses recursos manteria inalterado o nível de saúde. Acontece o risco, se o crescimento econômico não acontecer como esperado, ocorre que o nível de saúde da população possa sofrer uma deterioração não verificada na programação do método. Em sua conclusão, autor ainda fala que:

> [...] o método CENDES/OPAS trazia implícito um projeto de transformação do setor público de saúde.O postulado de que as ações de saúde tinham por objetivo exclusivo a promoção da saúde refletia o propósito (político) de utilizar os limitados recursos públicos destinados ao setor de saúde em ações que efetivamente pudessem ter impacto sobre as condições de saúde da população. (MATTOS, 1988, p. 264).

1.5 **O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus**

Na segunda metade dos anos 1970 e principalmente 1980, a planificação normativa conhecida como CENDES/OPAS começou a sofrer diversas críticas, sobretudo de autores que advogavam outra forma de fazer o planejamento, a partir do enfoque estratégico da planificação. Nessa nova maneira de se pensar a planificação, houve uma retomada dos aspectos sociais e dos modos de produção além do pensamento exclusivamente econômico, fato este favorecido pela abertura de políticas mais voltadas à democratização (RIVERA, 1992).

Matus é um dos autores mais conhecidos pela comunidade científica quando se fala

em planejamento estratégico em saúde, assim como Testa, e é sobre as teorias desses autores, principalmente, que retiramos o referencial abordado para basear esta pesquisa. Sabemos que Matus desenvolveu alguns outros enfoques sobre o planejamento estratégico, que compõem a chamada trilogia matusiana. Citamos o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) apenas exemplificado em tela, e a Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP) não relatado nesta pesquisa, e ainda o planejamento situacional, abordado neste capítulo, escolhido como um dos referenciais da presente pesquisa (PAIM, 2006).

Nesse contexto, Giovanella (1991), analisando Matus, refere que o planejamento é um instrumento decisivo na vertente da saúde, pois assume lugar de destaque em qualquer tipo de atenção – primária, de média ou alta complexidade. É de grande importância que se tenha um plano de ação para empreender qualquer procedimento ou orientação na área de saúde, para que a assistência prestada ao cidadão seja eficiente e efetiva, em se tratando de qualidade. Complementa (GIOVANELLA, 1991, p. 1) que:

> A noção mais simples de planejamento é a de não improvisação. Uma ação planejada é uma ação não improvisada e, nesse sentido, fazer planos é coisa conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir, estando relacionado a todo processo de trabalho, e consequentemente, a toda vida humana, pois o trabalho é condição inerente à vida humana.

Matus (1992) rejeitou a ideia de que, para a planificação, a visão técnica prevaleceria sobre a visão estratégica. Para o autor, o conceito de situação fornece a ideia de um ator envolvido com a realidade, e que de acordo com o número de atores envolvidos, haveria múltiplas explicações dessa realidade. Situação é entendida como o lugar social onde estão situados o ator e a ação. O planejamento de situações é o desenho de mudanças situacionais em um contexto de forças sociais oponentes. O ponto de partida é a situação inicial, e a meta é a situação-objetivo a que se pode chegar através de diversas trajetórias.

Para (Matus, 1992, p. 107), a *"planificação situacional refere-se à arte de 'governar' em situações de poder compartido*". Define o planejamento como:

> [...] o cálculo que precede e preside a ação em qualquer espaço do jogo social e que, portanto, tem a intenção de aumentar a capacidade de governo do ator, isto é, aumentar a perícia pessoal que envolve capital intelectual e capital de experiência de articulação política.

Teixeira, Queiroz e Jesus (2010) complementam afirmando que o enfoque situacional foi originalmente proposto como uma teoria geral da planificação, passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Destacam que a

formulação teórica da planificação situacional pode ser aplicável a qualquer espaço onde haja uma situação de conflito que possa ser conduzida por um ator social democraticamente, possibilitando pelo menos em teoria, uma intervenção racional sobre a realidade.

Matus (1993) refere que a planificação situacional, como formulação teórica, compreende um espaço de relações de produção social somente compreensível se quem planifica está dentro do espaço indicado. Além disso, o desejo do ator em planificar não está motivado apenas pelo propósito de conhecer, mas também de atuar e alterar a realidade compreendida no espaço indicado.

Giovanella (1991) sintetiza que um método de planejamento situacional no qual o ator que planifica está dentro da realidade e coexiste com outros atores que também planificam, sendo bastante diferente do método normativo, em que o planejador é um sujeito separado da realidade, colocando-se fora dela e pretendendo controlá-la como se fosse seu objeto. Nesse sentido, Rocha (1992) destaca que o planejador não precisa ser um técnico especialista na área e que o Estado deixa de ter o monopólio sobre o planejamento, podendo o mesmo ser realizado por diferentes atores de diferentes segmentos sociais e com visões diferentes da sociedade e de seus problemas.

Teixeira, Queiroz e Jesus (2010, p. 28) recordam o Triângulo de Governo de Matus, formado por articular constantemente três variáveis: *projeto de governo, capacidade de governo* e *governabilidade do sistema.* Explicam que o *projeto de governo* se refere às proposições dos projetos de ação, sendo que estes não dependem apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, como também da sua capacidade de governo. Já a *capacidade de governo* diz respeito a capacidade técnica, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo, porém, da governabilidade do sistema e das proposições do projeto de governo. Por último, a *governabilidade do sistema* se refere às variáveis controladas pelo ator. Quanto mais variáveis ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema.

Outro conceito bastante discutido por Matus (1991, p. 37) é o de estratégia. Refere o autor que "*o cálculo estratégico refere-se a pensar estratégias para tornar o plano viável"*, realizando uma crítica ao planejamento normativo ao destacar que, neste, a parcela econômica é tratada de modo determinísticoe no plano prescritivo. O pensamento estratégico, para o autor, leva a uma análise integral da realidade sem separar o econômico do político. Refere Matus (1991, p. 37) que:

> O poder, como recurso escasso, desempenha, nesta interação sistêmica, um papel chave para entender-se a complexidade do problema que um governante enfrenta ao tomar decisões diante de opções de resultados incertos que também dependem da ação de outros jogadores.

Em conferência realizada na Venezuela em 1985 sobre o tema "Fundamentos da Planificação Situacional", Matus realizou algumas considerações sobre a *planificação estratégica* que resumidamente pontuadas a seguir:

- A primeira consideração de Matus (1992, p. 110) é a de que *"planifica quem governa quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir"*. Redefine a palavra "planificação" como algo mais abrangente do que os aspectos econômicos.
- A segunda (MATUS, 1992, p. 110) é que a planificação se refere ao presente e não um desenho sobre o futuro. Refere que se não temos um bom planejamento do presente, o plano pode fracassar. Complementa que a exploração do futuro é imprescindível, porém não é o coração do plano. A tentativa do plano é governar um processo e como tal tem que ser vivida no dia a dia.
- A terceira consideração (MATTUS, 1992, p. 112) refere que a planificação exige um cálculo situacional, cálculo este complexo, afetado por múltiplos recursos escassos, que cruzam muitas dimensões da realidade, estritamente ligado à ação no presente.
- A quarta consideração (MATUS, 1992, p. 113) refere que a planificação se refere a oportunidades e a problemas reais, ou seja, um conjunto de operações *"que enfrentarão um conjunto de problemas buscando aproveitar um conjunto de oportunidades"*. Todos devem opinar sobre os problemas reais que os afetam e ser capazes de fornecer as soluções mais eficazes. Define como essencial à planificação a categoria "problema". Destaca ser muito importante, a partir do ponto de vista da planificação situacional, explicar a realidade não somente como a percebemos, mas nos localizando na autorreferência do outro e tentando compreender as diferentes explicações.
- A quinta consideração (MATUS, 1992, p. 114) destaca que a planificação é inseparável da gerência, pois para que ela funcione, deve responder às necessidades de quem gerencia. O ator que planeja não pode recomendar medidas, somente deve decidir operações. O plano situacional se refere a um

conjunto de operações que correspondem a uma forma concreta de produção. Cada operação supõe um responsável por seu desenho, execução, controle e revisão de acordo com as circunstâncias.

- A sexta consideração (MATUS, 1992, p. 116) traz os aspectos políticos da planificação, destacando como problemas políticos as restrições de poder que podem ser os valores e as culturas internalizadas pelos atores. A política não deve ser percebida como um dado externo, mas como mais uma variável interna ao processo.
- A sétima consideração (MATUS, 1992, p. 116) refere que a planificação nunca está referida à adivinhação do futuro, mas trabalha considerando a incerteza de possíveis variáveis que podem escapar a nossa vontade. Sugere trabalhar com cenários de cálculos onde os planos e estratégias deverão dar conta dos vários cenários que se localizem dentro de extremos aparentemente possíveis.
- A oitava consideração (MATUS, 1992, p. 117) fala que o plano é modular, sendo composto por unidades que se agregam e combinam de maneiras distintas, segundo os objetivos que se busquem a situação inicial e a estratégia elaborada. Define "*operação como a aplicação de recursos ou insumos"* a produção de um resultado que altere a situação. Os recursos podem ser os mais variados, desde os recursos econômicos, sempre escassos, os recursos de poder e os recursos políticos.
- Sua nona consideração (MATUS, 1992, p. 119) recomenda que não se deve pensar na planificação como um monopólio nosso. O plano tem outros componentes que podem ser nossos oponentes, que também planificam. Recomenda que na planificação situacional deve contar tanto com a resistência ativa e criativa de oponentes como com a ajuda de aliados, levando a uma luta política. Deve-se sempre pensar que ao planificar é impossível não ter algum grau de conflito.
- A última consideração de Matus (1992, p. 120) traz a questão da temporalidade do plano, ao enfatizar que a planificação não domina o tempo nem se deixa enrijecer por ele. Entende o tempo como um recurso escasso que deve ser otimizado. Por isso, torna-se importante entender que é preciso fazer uma simulação do futuro em prazos distintos para validar ou invalidar o que estamos fazendo no presente.

Matus traz importância de se planejar a partir de quatro instâncias temporais:

- a planificação de conjuntura, numa tentativa de sistematizar o dia a dia;
- a planificação anual operativa ou o plano de ação anual, que propõe referências direcionais mais distantes para fundamentar sua proposta anual;
- a planificação para o período de governo, ou de médio prazo, que traz os objetivos que servirão de guia para orientar a planificação anual e conjuntural; e
- a planificação de longo prazo, que tem como função antecipar o futuro que queremos criar após termos colocado em operação todas as propostas do plano.

Para Teixeira, Queiroz e Jesus (2010), a proposta geral da metodologia de Matus se fundamenta num arcabouço teórico que enfatiza o conceito de situação e contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o "explicativo", o "normativo", o "estratégico" e o "tático-operacional".

1) O momento explicativo (MATUS, 1992, p. 125), que equivale ao diagnóstico da planificação normativa, entende que a realidade é explicada mediante a seleção de problemas relevantes, buscando a compreensão mais ampla da razão de tais problemas ocorrerem. Utiliza como ferramenta um fluxograma situacional, que consiste em diagramar as causalidades sistêmicas ordenando as variáveis em diferentes níveis. O momento explicativo, para o autor, não cessa nunca. Devemos permanentemente atualizar a explicação por que a realidade muda. É importante, nesta fase, que se hierarquizem os problemas, isto é, se priorizem aqueles mais factíveis e viáveis. O momento explicativo se utiliza de problemas reais do cotidiano, tentando avaliar o entendimento da causa dos problemas, tentando identificar os nós críticos.
2) O momento normativo (MATUS, 1992, p. 132), segundo o autor, fornece o desenho do que deve ser; é a definição de como deve ser a realidade. É diferente do momento explicativo, que se move no plano de "como é ou como tende a ser a realidade". O momento normativo é o aspecto central de toda planificação**.** Destaca a necessidade de não cairmos nos erros da planificação normativa, quando primeiro se define

quanto temos de recurso para depois definir as operações. No momento normativo da planificação situacional, centra-se a atenção na eficácia direcional das operações para atingir a situação objetivo, que é o problema central do desenho. O momento normativo inclui a identificação dos atores que fazem parte do problema, a identificação dos recursos de que esses atores dispõem (recursos políticos, financeiros, capacidade organizativa e conhecimento) para controlar as ações e o peso de cada ator, a projeção de cenários onde são mapeadas as melhores possibilidades de implementação dos planos, as possibilidades intermediárias, as piores possibilidades e a projeção de cada uma das ações pensadas e sua viabilidade.

3) O momento estratégico (MATUS, 1992, p. 137) busca responder quais operações/ações do plano são viáveis ou inviáveis, quais possíveis reações cada ator envolvido no problema terá e como construir a viabilidade para as ações inviáveis. O problema da viabilidade é muito importante no momento estratégico. A pergunta é: que obstáculos devemos superar e como superá-los para transformar o desenho da realidade? Neste questionamento, o autor recomenda que se pense em três tipos de restrições: *recursos de poder político, econômico* e *capacidades organizativa e institucional*. Como podemos construir a viabilidade do plano? Que elementos influem nessa construção de viabilidade? Qual o grau de participação popular no plano? Que relações de forças e interesses atuam sobre as operações? Conseguir responder a esta e a outras muitas questões em uma realidade dinâmica e em constante mutação não é fácil. O autor propõe algumas ferramentas, dentre as quais a habilidade de usar as técnicas de jogos. Para ele, a "*viabilidade é construída em uma delicada relação do governante com a situação real, encarnada nas forças sociais e na população em geral".*

- Momento tático-operacional (MATUS, 1992, p. 142), de implementação das ações propostas. É necessário fazer a mediação do plano na realidade, isto é, adequá-lo diante das situações que se apresentam no cotidiano de colocar em prática tudo o que foi planificado. Nesta fase, é preciso verificar se o plano se adapta ao

> cenário, ao tempo e às condições do que foi proposto. Para Matus, os momentos anteriores (explicativo, normativo e estratégico) são cálculos, não transcendem o ator que planifica porque não passam de desenhos e simulações que não criam conflitos com a situação real. Neste se distinguem quatro submomentos: (a) apreciação da situação conjuntural, que vai permitir captar a realidade e o desenvolvimento inicial de novos problemas; (b) pré-avaliação das decisões possíveis para selecionar as operações e ações mais eficazes no enfrentamento da conjuntura e, ao mesmo tempo, a aproximação dos objetivos do plano; (c) tomada de decisões e execução busca conciliar os critérios políticos, econômicos e de curto e médio prazo, a partir da apreciação de conjunto; e (d) pós-avaliação das decisões tomadas ou apreciação da nova situação consiste em uma nova apreciação da situação para comparar os efeitos reais com os efeitos esperados por nosso plano de ação.

Finalizamos com o que afirma Matus (1992, p. 149) acerca do planejamento.

> Devemos concentrar nossa atenção no presente. Todavia, decidir racionalmente no presente requer sinais direcionais situados a um ano de distância, a cinco anos para captar o período de governo e numa distância mais longa, a perder de vista, de 20 ou 25 anos. Estes sinais direcionais são móveis, segundo as circunstâncias, e servem para avaliar em cada momento a trajetória residual para o objetivo. Entretanto, olhar para a frente não é suficiente. Nossas ciências sociais apenas nos permitem um bom processo de aprendizagem na prática. Devemos voltar a vista para traz, constantemente, para analisar nossa própria experiência e tentar sistematizá-la com a finalidade de melhorar nossos próximos cálculos.

1.6 **O Planejamento Estratégico de Mario Testa**

Mario Testa desenvolveu antes de Matus ideias que refletem o modelo que ele consideraria ideal, naquele momento, para o planejamento estratégico, e este capítulo vem reforçar as características que ele escolheu para explicar esse enfoque. Para Giovanella (1991, p. 39), Testa pensou o problema do poder como problema central do planejamento de saúde. Diferentemente de Matus, seu foco principal não era o governo mas a classe/grupo/força social/movimento. Referiu toda sua proposta à luta pelo poder: como conduzir deslocamentos de poder em favor das classes ou grupos subordinados ou grupos dominados. Enfatizou a

importância da determinação social do processo saúde-doença, identificando os problemas de saúde, como integrantes da totalidade social, fazendo a ligação *saúde-totalidade social através das relações de poder.*

Baseado na síntese diagnóstica, onde foi identificada a estrutura de poder setorial, formulou propostas programático-estratégicas que consideraram a análise das repercussões das ações propostas sobre essa estrutura de poder. Considerava muito importante para o planejamento a criação e a manutenção da viabilidade política que garantissem a realização e consolidação das mudanças propostas (GIOVANELLA, 1991).

Para Teixeira, Queiroz e Jesus (2010, p. 24-25), Testa elaborou sua concepção acerca da *"estrutura de poder no setor saúde"*, que é bastante interessante como ponto de partida para o mapeamento e análise das posições político-ideológicas dos diversos atores que se envolvem com o processo político em saúde, podendo estar em diversos âmbitos ou espaços sociais e institucionais nos quais se inserem os atores políticos. A autora faz referência à reflexão de Testa sobre o poder e a complexa rede de instituições (públicas e privadas) que compõem um sistema de saúde como o que se configura em nossa sociedade. Complementa a autora, que no bojo da sua reflexão sobre o poder as estratégias de ação em saúde, Testa sistematizou o chamado "Postulado de Coerência", diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas que explicitam os propósitos de um dado governo, os métodos utilizados para concretizar esses propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais.

Mario Testa (1992, p. 110) iniciou seus comentários acerca do planejamento referindo que: "*o objetivo central do planejamento deve ser o de contribuir para promover a criação de condições que possibilitem a realização de ações que levem a mudanças sociopolíticas e econômicas nos países".* Considerava importante estabelecer uma relação entre propostas, métodos e a organização das instituições o que ele denominava "*postulado de coerência*". Complementou discorrendo sobre a necessidade de se estudar as relações de poder entre os atores envolvidos nestes três aspectos, pois a partir da análise das condições entre as propostas do planejamento, os métodos para aplicar estas propostas e a organização das instituições nesta realidade, é que se poderia examinar o poder de que cada ator dispunha.

Testa (1992, p. 111) conceitua estratégia "como a forma de implementação de uma política", sendo esta entendida "como uma proposta sobre a distribuição do poder". Refere que:

> A dinâmica do relacionamento entre estas categorias marca as pautas de planejamento necessárias nestas condições históricas. Para a análise desta dinâmica convém começar com o

> postulado de coerência que diz que os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume devem ser coerentes. (TESTA, 1992, p. 111).

Testa (1992) trabalha o planejamento a partir da ótica de sistemas, referindo que o objetivo principal do planejamento é criar mudanças controladas no ecossistema para evitar graus crescentes de desorganização, ou para adequar a situação do ecossistema aos sistemas de valores existentes. O planejamento, neste caso, é uma proposta de ação que integra três níveis hierárquicos: o político, que se expressa em um plano normativo – **o que deve ser feito**; o estratégico, expresso pela fixação de metas − **o que pode ser feito;** e o administrativo, que se expressa no plano operativo − **a solução de problemas**. Realiza uma análise dos três eixos do postulado de coerência: propósitos, métodos e organização, para que melhor entendamos seu pensamento.

Com relação ao propósito do Estado, Testa (1992, p. 111) nos diz que seu principal papel é garantir a continuidade do sistema capitalista e, quando possível, tentar a resolução das contradições geradas dentro dos grupos dominantes. Na contramão desse pensamento, surgem no interior do Estado contradições que podem levar à criação de situações favoráveis ao desenvolvimento ou fortalecimento dos conflitos interclasses. É nessas contradições que o planejamento pode desempenhar um papel que lhe permita funcionar como mecanismo facilitador de situações que desencadeiem ou acelerem processos de mudança social.

Refere Testa (1992, p. 112) que os propósitos de um governo podem ser definidos da seguinte maneira:

1- um propósito permanente, que é o de legitimação da situação atual e das características dominantes da formação econômica social que o sustenta;
2- um propósito de crescimento e, em termos mais específicos, o crescimento da produtividade;
3- um propósito possível, que é a facilitação de condições que conduzam à transformação da estrutura social, permitindo uma abertura aos interesses conflitantes.

No componente “método”, Testa relembra a necessidade de se ter uma teoria que apoie o pensamento dos planejadores a respeito do processo saúde-doença, sobretudo para não se assumir uma atitude meramente teoricista em relação à ciência. Refere que a relação de propósitos e métodos é de determinação dos propósitos sobre o método e de condicionamento entre o método e os propósitos.

Com relação à organização, o autor considera que a mesma se refere a determinado

momento da história, momento este que recolhe nesta forma concreta que é a organização, todo desenvolvimento relacionado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas. Ao colocar em análise uma organização existente em determinado momento histórico, fala indiretamente das outras determinações procedentes do passado, acrescidas das advindas do momento atual. Esta dupla determinação histórica – passado e atual – explica a funcionalidade da organização e sua adequação às necessidades do momento, seu requisito de permanente legitimação e, portanto, sua possível variabilidade. Quanto maior for o peso da determinação histórica, maior será o conservadorismo de uma instituição; mas se for grande a influência da determinação atual, a organização terá maior adaptabilidade a situações novas. A relação entre propósitos e organização é de determinação da organização pelos propósitos, e o condicionamento é o inverso. Já na relação entre organização e método, a organização é que determina o método.

Para Testa, é muito importante discutir a questão de poder que existe na sociedade para que o planejamento possa conseguir transformar a realidade. Refere que o conceito de organização (TESTA, 1992,) que utiliza é amplo, abrangendo dois aspectos: o institucional ou o da consolidação burocrática de uma organização em geral; e o agrupamento de pessoas, os atores sociais que se agrupam de acordo com seus interesses comuns. É nas organizações, neste duplo sentido, que está situado o poder em uma sociedade.

Giovannela, (1992) traz de Testa diversos conceitos que devem ser trabalhados durante a elaboração do planejamento, como:

- *Indicador:* entendido como uma base de apoio para obter uma informação, um conhecimento. É o meio caminho entre dado e a informação. Um indicador deve assinalar componentes estruturais dos fenômenos que possibilitem realizar descrições mais completas e elaborar discursos explicativos.
- *Taxas:* são variáveis de fluxo expressadas ao longo do tempo. É um ótimo indicador para estabelecer comparações entre populações de diferentes tamanhos quando feitas as padronizações necessárias para as faixas etárias.
- *Proporções:* expressam um momento, um acúmulo. São variáveis de acumulação que mostram a composição qualitativa de cada um dos eventos.
- *Eficácia:* é a probabilidade, a posteriori, que uma atividade alcance o máximo do seu efeito potencial. Seu indicador é o número de atividades úteis pelo total de atividades realizadas.
- *Eficiência:* refere-se à relação entre atividades produzidas e recursos utilizados.

Seu indicador é o total de atividades realizadas pelo volume de recursos.

- *Programa:* consiste em um ordenamento administrativo na aplicação de um conjunto de recursos e força de trabalho, sob uma direção particular, destinados a um ou mais objetivos contidos em uma ou várias instituições. Para cada programa, deve-se estudar a quantidade de recursos, a força de trabalho que alocam e as atividades que desenvolvem.
- *Recursos:* são objetos materiais constituídos pelos insumos e bens de capital, sendo que insumos são os recursos correntes consumidos durante a realização de uma atividade, e bens de capital são recursos de uso repetitivo e de longa duração, ou seja, maior que o período de um orçamento. Os bens de capital são importantes porque sua utilização produz um aumento da produtividade sem sofrer transformações significativas.
- *Força de trabalho:* são os diferentes profissionais com seus diferentes níveis de formação, suas diferentes especialidades e as quantidades de cada profissional alocadas em cada programa.
- *Força social:* é um conceito operacional que descreve a categoria analítica "relação de poder", porque opera impulsionada por seus interesses nos fenômenos que ocorrem na sociedade.
- *Mapas de pobreza:* são mapas que mostram a ocupação espacial de ocupações e consumo essenciais, revelando diferentes condições de vida a que estão submetidos os grupos sociais.
- *Ideologia:* é uma prática dominante que constrói o sujeito desta prática objetivando consolidar uma ética. Refere que em uma sociedade de classes existem duas ideologias: a da classe dominante e a da classe dominada.

Giovannela (1992) apresenta a discussão a partir dos achados de Testa sobre a área da saúde e faz referência ao diagnóstico situacional em que o planejamento deve lidar com três poderes, a saber: *o poder técnico, o poder administrativo* e *o poder político,* sendo que o primeiro tem o poder de gerar e lidar com a informação; o segundo, de se apropriar e de atribuir recursos; e o terceiro, de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses.

A autora (GIOVANNELA, 1992) explica que Testa define três tipos de diagnóstico: *o administrativo; o estratégico* e *o ideológico.* O diagnóstico é a caracterização de uma

situação. Inicia-se pela análise da realidade, esmiuçando diferentes aspectos relativos ao processo saúde-doença para depois ser reconstruída num momento de síntese. Salienta, porém, que o diagnóstico nunca é neutro e a escolha dos indicadores e a organização da informação para a análise estão influenciadas pela compreensão prévia de quem diagnostica, bem como de seus interesses e propósitos. Cada diagnóstico está relacionado a um diferente propósito. Refere o autor que em qualquer proposta programática podem ser caracterizadas três grandes intenções: *crescimento, legitimação* e *mudança.*

A transformação é o propósito principal do planejamento e, para que a proposta transformadora ocorra, precisa ser legítima. Para ter legitimidade, deve fazer crescer, pois apenas com o crescimento é que vai ser possível a transformação da realidade.

Giovannela (1992), ainda relatando as ideias de Testa, refere que a análise diagnóstica dos problemas de saúde é realizada em quatro níveis: *estado da saúde; situação epidemiológica; serviços;* e *setor.* O estado de saúde trata da distribuição das doenças na população. A análise da situação epidemiológica refere-se à análise das determinações do processo saúde enfermidade. O diagnóstico de serviços do setor diz respeito às atividades desenvolvidas como resposta aos problemas de saúde, sendo analisados os serviços prestados e a composição subsetorial, incluindo as relações tanto entre os subsetores público, privado e de previdência social, como entre as instituições que realizam as atividades e conformam a rede de serviços de cada um desses subsetores.

O *diagnóstico administrativo* traz a análise e os cálculos tradicionais do planejamento de saúde. São enumerados e quantificados para análise a população, doenças, mortes, recursos disponíveis e atividades realizadas em saúde e, a partir de critérios técnicos de eficácia e eficiência, os recursos e as atividades necessárias são calculados. O diagnóstico administrativo é o diagnóstico das ações que se realizam nas instituições visando resolver os problemas de saúde. Ele está relacionado ao propósito de crescimento geralmente da produtividade ou do produto. Em saúde, crescimento se refere ampliar o número de ações para um mesmo montante de recursos, ou seja, aumentar a produtividade.

No *estado de saúde* do diagnóstico administrativo, descrevem-se a distribuição das doenças na população divididas em subgrupos segundo as categorias biológicas (sexo, idade) e inserção em áreas urbanas e rurais. Para isso, utiliza-se a Classificação Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Mortes (CID).

Na *situação epidemiológica* do diagnóstico administrativo, estuda-se o processo saúde-doença a partir de uma interpretação biológico-ecológica. Esta forma de entender a realidade leva a uma análise da susceptibilidade de grupos populacionais às diferentes

doenças, bem como ao estudo dos agentes patogênicos e suas características, sua distribuição geográfica e habitat. Com este enfoque, cria-se a possibilidade da identificação de grupos populacionais de alto risco a uma situação ambiental desfavorável que tem maior probabilidade de vir a sofrer algum dano.

No item *serviços* do diagnóstico administrativo, vai ser preciso analisar as atividades realizadas em cada serviço, seus programas, recursos, insumos, bens de capital e a força de trabalho, aplicando a eles os conceitos de eficácia e eficiência, sendo considerado positivo quando se consegue um maior número de ações úteis, com o mesmo volume de recursos.

O diagnóstico administrativo aplicado ao *setor* se refere à descrição do sistema de serviços de saúde quanto a sua composição subsetorial e as diversas relações interinstitucionais do qual é composto, ou seja: o público, o privado e o de previdência social. Pertencem a esta análise o conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde, diretos ou indiretos, como os serviços dirigidos ao meio ambiente e pelos estabelecimentos responsáveis em administrar estes serviços. Testa (1992) recomenda que se deve utilizar o enfoque sistêmico para esta análise, debatendo a questão da porta de entrada única e a organização de serviços em níveis de atenção da complexidade crescente de organizada regionalmente com relações interinstitucionais bem definidas (sistema de referência e contrarreferência).

O *diagnóstico estratégico*, para Testa (1992), está guiado pela intenção de produzir mudanças. Trata-se de influir na dinâmica do processo histórico, o que é conseguido por meio de luta política. Traz a diferença entre o diagnóstico administrativo, que é basicamente funcional e sistêmico, do diagnóstico estratégico, que é todo direcionado para o social.

No diagnóstico *estratégico do estado da saúde*, procura-se apreender as diferenças entre os grupos sociais (classes social) e diferenças regionais (urbana e rural). Quanto à classe social, Testa (1992) traz novamente a questão da divisão de classes entre dominantes e dominados, os mais ou os menos favorecidos socialmente, segundo a escala de nível de renda, residência, ocupações etc., organizando *os mapas de pobreza*, que revelam as diferentes condições de vida a que estão submetidos os grupos sociais.

O diagnóstico *estratégico da situação epidemiológica* explica as diferenças constatadas no estado de saúde a partir da análise da situação epidemiológica, utilizando categorias que demonstram as diferenças entre distintos grupos sociais. O autor refere que a explicação para essas diferenças se encontra na interpretação social da epidemiologia. Para este diagnóstico, analisam-se as séries históricas de morbidade e mortalidade, demonstrando-se como diferentes doenças foram surgindo ao longo do tempo, relacionadas a este processo

histórico. A partir deste conhecimento, tenta-se construir os perfis epidemiológicos das classes sociais (TESTA, 1992)

No diagnóstico estratégico relacionado aos serviços, o autor ainda explica que a categoria-chave é o poder. Nos serviços existe uma dupla disputa: pelo poder cotidiano e pelo poder societário. Nos serviços, o poder aparece fragmentado, constituindo núcleos de micropoderes ligados uns aos outros por uma malha de relações informais difícil de caracterizar. Recomenda que uma forma de aproximação desses poderes seja através da análise dos regulamentos que normatizam cargos, funções e atividades no interior dos serviços, porque funções e atividades não normatizadas permitem maior criação de núcleos de micropoderes. Testa (1992) refere que o diagnóstico estratégico dos serviços pode revelar a estratégia de dominação que está sendo utilizada pelo grupo dominante e como o grupo de dominados está reagindo, tornando expressas as disputas pelo poder existentes em cada subsetor.

O *diagnóstico estratégico do setor* está relacionado ao manejo de recursos setoriais e mediado pelas formas de financiamento. É realizado pela identificação e caracterização dos grupos sociais relacionados às fontes de financiamento. Interessa saber se os grupos que detêm o poder sobre os recursos financeiros são homogêneos, o que vai refletir certa estabilidade ou heterogêneo e certeza levar a conflitos ou desvios. Neste tipo de diagnóstico, é importante considerar as contradições e conflitos externos que ligam o setor com o social global. Esses conflitos se aproximam muito das lutas de classes, onde as forças sociais se enfrentam de forma mais organizada (TESTA, 1992).

O *diagnóstico ideológico* é essencial para a viabilidade de propostas transformadoras porque, segundo Giovannela (1992), essa era a ideia de Testa sobre o poder que a classe dominada pode dispor é o poder das organizações que consegue criar, e o único recurso que possui para a criação dessas organizações é a consciência em torno dos problemas que enfrenta.

Esse diagnóstico busca o propósito da legitimação, que é um propósito permanente em qualquer proposta realizada pelo Estado. Legitimação é a aceitação, pelo conjunto da sociedade, de determinada proposta ou decisão. Na saúde, a legitimação é conseguida quando a proposta é aceita pela sociedade, considerando-a medida positiva para o conjunto social. Sabe-se que dificilmente uma proposta é aceita por todos os grupos sociais; para garantir sua aceitabilidade, deve-se levar em conta a cultura, os valores e a ética dessa sociedade.

Este diagnóstico, diferentemente dos anteriores, é realizado em apenas dois níveis: o setor e a sociedade. Com relação ao setor, procuram-se identificar nos grupos sociais seus

saberes relacionados a consciência em relação a saúde e sociedade e suas práticas correspondentes. O saber em saúde corresponde ao estado de saúde e a situação epidemiológica dos diagnósticos anteriores, constituindo o marco teórico para a interpretação do processo saúde-doença. Atualmente, aceita-se a existência de três paradigmas no saber em saúde: o *biológico,* o *ecológico* e o *social.*

Com relação aos saberes relacionados à sociedade global, considera-se que em uma sociedade existem duas categorias: a classe dominante e a classe dominada. Para que as propostas tenham viabilidade, é necessário relacionar, tanto para a classe dominante como para a classe dominada, a consciência social (individual, corporativa e de classe) com a consciência sanitária (biológica, ecológica e social), estabelecendo uma correspondência entre ambas.

Para cada nível de consciência sanitária, existe determinada prática social em saúde. Deste modo, é possível afirmar, com base em Testa (1992), que o nível de consciência sanitária biológico leva a uma assistência individual e curativa; o nível de consciência sanitária ecológica agrega a atenção individual com outras práticas dirigidas ao meio ambiente. Finalmente, na consciência sanitária social, os dois níveis anteriores são agregados porque os problemas de saúde são entendidos como problemas coletivos implicados nas relações entre atores sociais, e as medidas coletivas propostas dependem de como acontecem as interações entre os diferentes atores.

Pode-se dizer que no diagnóstico ideológico do setor saúde procura-se conhecer em cada grupo social qual a consciência social e sanitária predominantes através da análise do discurso e das práticas dos atores sociais. Por fim, Testa (1992, p. 126) afirma que:

> [...] é sobre estas bases que construo minha proposta de planejamento que integrando o cálculo tradicional (o diagnóstico e a proposta administrativa) com a análise estratégica da estrutura de poder setorial e as repercussões sobre ela das ações propostas, procura traçar uma maneira de se aproximar da posição de Habermas: criar uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas necessárias para sua libertação.

1.7 **O CONASEMS e o SUS**

Segundo Pereira e Terrazas (2012), é difícil descrever o Conselho de Secretarias Municipais de saúde (CONASEMS), pois o contexto de sua fundação, organização e atuação, vem desnudar a história da saúde pública no Brasil, abrangendo fatores políticos, econômicos,

sociais e outros.

A fundação do CONASEMS[1] ocorreu em um cenário de instabilidade financeira e política do país, com políticas centralizadas, municípios sem autonomia e crise no financiamento de políticas sociais e da saúde. Os secretários municipais iniciaram uma mobilização para que fosse criada e reconhecida uma representação oficial das Secretarias de Saúde. Aconteceram diversos encontros de gestores, com o propósito de validar essa representação social de dirigentes da saúde e, mesmo durante a ditadura militar, o movimento prosperou e resultou na aprovação estatutária e eleição da primeira Diretoria do Conselho no Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, ocorrida em Olinda, Pernambuco, em 1988 (PEREIRA; TERRAZAS, 2012, p. 16).

Segundo Pimenta:

> Os primeiros anos do CONASEMS – entre1987-1988 – foram extremamente difíceis pois a entidade não contava com nenhuma estrutura para representar os milhares de municípios de todo país, particularmente no acompanhamento das discussões sobre a Seguridade Social na Assembleia Constituinte, e posteriormente explicitar a defender os interesses dos municípios na elaboração das Leis do SUS. (PIMENTA, 2007, p. 10).

A recém-eleita diretoria do CONSEMS tinha como uma das suas tarefas atuar junto às forças sociais e políticas para propor propostas avançadas para lutar a favor da descentralização e do SUS, reforçando conceitos advindos das Leis n. 8.080 e 8.142, de 1988. Mesmo tendo condições materiais e de infraestrutura precárias, o CONASEMS continuou apoiando e estimulando a construção do SUS; seus membros acompanharam a elaboração das Leis Orgânicas da Saúde (PEREIRA; TERRAZAS, 2012, p. 17).

Assim nasceu o CONASEMS. De acordo com a história das políticas públicas no Brasil e a participação permanente dos municípios na cena das políticas sociais, ele desenvolveu papel de destaque, pois foi portador de propostas inovadoras e ousadas de políticas públicas. Produziu informações importantes para o âmbito municipal, como novas formas de organização de serviços de saúde, através da atenção primária, auxílio na aberturas da participação popular e incentivo à transparência na gestão dos recursos públicos (CONASEMS, 2008, p. 10). Acrescenta o Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 1997):

> Assim é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor saúde.É preciso criar um novo

[1] Como organização, o CONASEMS é registrado como uma associação civil, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que tem por finalidade congregar as Secretarias Municipais de Saúde e seus respectivos secretários ou detentor de função equivalente. (PEREIRA; TERRAZAS, 2012, p. 18).

espaço para a gerência.[2]

Assim, o CONASEMS, juntamente com o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e outras entidades parceiras, ao longo da década de 1990, participou e mesmo liderou em alguns momentos um amplo movimento de defesa do SUS, lançado no Encontro Nacional de Curitiba, em 1993.

No cenário da política de saúde entra em cena, ao mesmo tempo, a prática da pactuação, tendo como palco principal as recém-criadas comissões intergestores bi e tripartite, cada vez mais organizadas e ativas. Ampliam-se também as parcerias do CONASEMS, nacionais ou internacionais, setoriais ou intersetoriais, tais como aquelas desenvolvidas com OPAS, UNICEF, Pastoral da Criança, Rede Unida, MORHAN, Ministério Público, Congresso Nacional, Comunidade Solidária, organismos internacionais diversos, ABRASCO, CEBES, além de outros. Consolida-se ainda a participação do CONASEMS no Conselho Nacional de Saúde (CONASEMS, 2008, p. 11). Da parceria com o Ministério da Saúde pode-se dizer que, apesar dos embates eventuais, ela sempre foi intensa e, acima de tudo, cooperativa, além de essencial para o desenvolvimento do sistema de saúde.

O CONASEMS chegou a seus 15 anos de idade em 2003, com sinais favoráveis, mas também desfavoráveis no horizonte da implantação do SUS, como consta em memória analítica apresentada na ocasião, destacando-se, entre outros aspectos:

a) a condição não totalmente superada de prestadores historicamente atribuída aos municípios e a necessidade de transformá-los em efetivos gestores e formuladores das políticas de saúde;
b) a busca de novo equilíbrio federativo de forças, em articulação com os estados, abrandando e contrabalançando o papel concentrador de decisões do gestor federal;
c) a superação de alguns antigos paradigmas, tomando-se como exemplos: a medicalização das práticas de saúde; o privilégio biológico e clínico do pensamento e das práticas; a tendência corporativista dos estratos de profissionais de saúde e da própria representação de gestores; a autarquização e o engessamento da gestão;
d) o enfrentamento decidido e prioritário da desigualdade, da exclusão, dos vazios

[2] A Norma Operacional Básica-NOB 01/96, "conceitua a gerência dos serviços de saúde, como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital etc.). A gestão é conceituada como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual, nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São portanto gestores do SUS, os Secretários municipais e estaduais de saúde, e o Ministro da Saúde, representando respectivamente os governos municipais, estaduais e federal."

assistenciais, dos redutos de concentração de serviços e gastos historicamente consagrados;

e) a superação de fragmentações e dicotomias ainda presentes no cenário, por exemplo, entre municípios pequenos e grandes, pobres e ricos, centrais e periféricos, organizados e não organizados;
f) a ação decidida em favor da redistributividade dos recursos, com a ousadia de se buscar novas práticas de financiamento desvinculadas, ao menos parcialmente, da oferta de serviços, de forma a contemplar, por exemplo, novas fórmulas de subsídio à demanda, ao vínculo da clientela, à prestação do cuidado;
g) o equacionamento do aparente dilema da regionalização versus municipalização, com a busca de novas modalidades de gestão colegiada e democrática que superassem o aparente vazio de autoridade correspondente ao nível regional (CONASEMS, 2008, p. 12).

Assim é que o CONASEMS, em face dos desafios e obstáculos ainda presentes no cenário, sinaliza novas diretrizes de ação que pautaram a ação política da entidade nos anos seguintes, dentre as quais podem ser destacadas para este estudo:

a) a busca intensiva e divulgação das "experiências incubadoras do novo", em termos de gestão e de assistência;
b) a identificação e a articulação com novos e diferenciados atores individuais e institucionais, que devem ser incorporados ao movimento, tomando-se como exemplos prefeitos, vereadores, deputados, lideranças comunitárias e outros;
c) a busca de resultados e qualidade para o movimento municipalista de saúde, dentro de princípios e diretrizes pautados por inclusão social, equidade, democratização do sistema, representatividade do movimento, intersetorialidade; e
d) a manutenção e aprofundamento do caráter propositivo e formulador de políticas de saúde, desenvolvido historicamente pela entidade.

O CONASEMS pode ser visto como entidade representativa de um movimento social vivo e dinâmico, pautado por agendas estratégicas formuladas coletivamente com grande dose de coerência, como mostram dezenas de cartas resultantes dos encontros e congressos nacionais e outros documentos emanados de reuniões regionais (CONASEMS, 2008, p. 9).

Como afirma Pimenta (2007), além de toda sua atuação no campo político, na formulação da política de saúde propriamente dita, o CONASEMS teve e continua tendo um

importante atributo: testar a construção de modelos de atenção à saúde centrados nas necessidades dos usuários, contribuindo de forma intensa para a superação das práticas biomédicas e não inclusivas vigentes historicamente no país (CONASEMS, 2008, p. 9).

2 **METODOLOGIA**

Este estudo é resultado da leitura de leis, resoluções e portarias sobre o SUS, Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacionais, e ainda dos principais teóricos do planejamento na América Latina, de maneira a melhor compreender o documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009), publicação escolhida para conhecimento e análise sobre os enfoques de planejamento em saúde.

O período de abrangência do estudo foi de outubro de 2012 a abril de 2013, quando foram realizados estudos teóricos no Instituto de Medicina Social, onde buscamos a fundamentação teórica necessária para a realização deste estudo.

Trata-se de um estudo documental com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (1999, p. 21):

> [...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças,valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem se reduzidos à operacionalização de variáveis.

O objeto de estudo foi caracterizado como *documentos distribuídos aos gestores municipais e os enfoques sobre o planejamento em saúde*. Entendemos ser esta uma temática que deverá ser analisada em seu aspecto de movimento, de luta de poderes e de saberes; portanto, em constante mutação. Para Demo (1990), a realidade está em constante conflito, pois as microrrelações sociais acabam por afetar a macro, em que novos arranjos são feitos, onde o anterior deixa e funcionar. Ainda segundo o autor, as realidades sociais não são apenas complexas; são complexidades polarizadas, um campo magnético onde qualquer presença provoca ação e reação. A ação e reação dialogam, dialeticamente, no campo eletrificado do conflito.

O estudo demandou que fosse realizada ampla pesquisa bibliográfica das origens do planejamento, dos teóricos que desenvolveram diferentes visões e enfoques do planejamento na América Latina e no Brasil. Desta maneira, pretendeu-se criar um arcabouço teórico que pudesse melhor embasar o pesquisador na análise do documento *Reflexões aos Novos Gestores Municipais* (CONASEMS, 2009).

Concordamos com Minayo (1999, p. 22) quando ela refere que os novos aspectos emergentes à análise de um documento podem refletir uma nova realidade visualizada a partir das experiências do ator que trabalha o documento; as realidades podem se encontrar ou se

distanciar totalmente do texto analisado. Esse fato favorece a formação de críticas sobre o tema, que complexamente podem se tornar disputas de saberes, práticas ou formação de novos paradigmas. Ludke e André (1986, p. 38) delimitam a análise documental como uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas ou obtendo informações de fontes primárias, como é o caso do documento em questão.

Como procedimento metodológico para a análise documental, utilizou-se abordagem qualitativa, baseada na análise temática de conteúdo segundo Bardin (2009), aplicada a alguns itens do documento com maior aderência aos objetivos. A análise de conteúdo permite sistematizar, conhecer e explicitar as condições de produção e recepção de mensagens. Tratando-se de uma metodologia que demanda muito tempo, foram escolhidos para aplicação da mesma apenas alguns itens do documento que tivessem maior aderência aos objetivos propostos no estudo destacando: *o prefeito; planejamento; modelos de atenção; atenção básica/atenção primária.*

Segundo Turato (2003), para pesquisas qualitativas, dentre as várias possibilidades de técnicas de análise, a análise de conteúdo proposta por Bardin pode constituir excelente técnica para a tratar o material, transformando-o de um estado bruto para se atingir uma possível representação do conteúdo. Recomenda Turato (2003) que os pesquisadores devem avançar para além do estado descritivo, procurando realizar inferências, ou seja, possibilitar que os dados, após codificados e categorizados, possam ser discutidos e analisados.

2.1 **Procedimentos metodológicos**

A análise de conteúdo é um processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. Para Bardin (2009), é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa ou não, do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano para atingir níveis mais aprofundados: aquele que ultrapassa os significados manifestos os significantes, buscando se aproximar dos seus significados.

Existem diferentes aplicações da análise de conteúdo, dependendo dos resultados a

que se quer chegar e também dos autores utilizados. Para este estudo, utilizou-se Bardin (2009), e a análise realizada foi do tipo temático- categorial. As etapas sugeridas por Bardin (2009) são: *pré-análise; exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados* e *interpretação.*

2.1.1 Primeira etapa: pré-análise

Nesta primeira etapa, o exercício principal foi realizar a leitura do material de maneira flutuante, sem de detalhar nesta ou naquela palavra ou expressão. Este momento foi importante para se conhecer melhor o texto a ser analisado e não partir de pressupostos já existentes antes de se iniciar o estudo.

Em primeiro lugar, realizou-se, como determina Bardin (2009), a e*xploração do material ou codificação estabelecendo as unidades de registros.* Após diversas leituras, classificamos no texto frases, palavras, parágrafos que se destacaram por terem seus significados ligados ao tema e aos objetivos propostos para o estudo. Essas unidades são chamadas por Bardin (2009) de unidades de registro.

Foram encontradas no texto 189 unidades de registro, sendo as mais significativas em matéria de repetição*: política* (17); *planejamento (18); programação (22); gestão do Sistema Único de Saúde (8); território (10); ação articulada entre as três esferas de governo (5); Pacto pela Saúde (8); denvolvimento de trabalhadores, usuários e comunidade (12); plano municipal de saúde (14); plano plurianual (8); leis orçamentárias (10); recursos orçamentários (17); prioridades, objetivos, diretrizes ações e metas (15); responsabilidades e compromissos assumidos pelo gestor de saúde (15); monitoramento e avaliação dos resultados alcançados (10); revisão de indicadores metas e objetivos e reprogramação (8); conselhos (11); necessidades primordiais de saúde (15); política de governo (6); prefeito (5); espaço político (4); leis orçamentárias (13); recursos orçamentários (9); promoção, prevenção, proteção (5); danos, agravos e fatores de risco (8); problemas de saúde (8); atenção básica/primária (13); integralidade (11); redes regionalizadas e hierarquizadas (7); lógica do cuidado (12); profissionais de saúde/trabalho em equipe de saúde (6); território (5); e utilização de diferentes tecnologias (4).*

A partir desta primeira codificação, partiu-se para *a exploração do material, para estabelecer as unidades de contexto.* Nesta fase foi realizada a leitura das frases das unidades

de registro repetidas vezes, de maneira a se chegar *as palavras-chave*, ou seja, as palavras que representam o significado de muitas frases ou palavras dispersas no texto. Abaixo de cada palavra-chave, que é na verdade a *unidade de contexto*, foi realizado novo agrupamento das frases ou palavras agora ligadas por um *sentido, ou seja, palavras que podem ter o mesmo significado.*

Relendo as unidades de registro, foi possível estabelecer seis unidades de contexto, a saber: *planejamento e programação; modelo de atenção/atenção primária; aspectos políticos do planejamento; gestor; instrumentos do gestor para o planejamento: participação da comunidade; financiamento.* Nesta fase, as unidades de registro foram separadas por seus significados, sendo possível realizar novo agrupamento, de maneira que cada unidade de registro fosse alocada na unidade de contexto correspondente. Quanto maior o número de vezes que a palavra ou frase aparece no texto, maior valor terá esta palavra ou frase para análise; e o contrário se aplica àquelas que aparecem uma única vez. Isto possibilita uma análise mais imparcial do texto eliminando-se os preconceitos iniciais que se possa ter.

2.1.2 Tratamento dos resultados e interpretação

A partir das releituras das unidades de contexto, foi possível realizar um último agrupamento, estabelecendo-se as *categorias de análise* deste estudo, que de acordo com os objetivos propostos, poderão contribuir para clarear os aspectos que se pretende alcançar com este estudo. São elas: *Aspectos políticos do planejamento, Planejamento e programação* e *Modelos de Atenção.*

A próxima fase sugerida por Bardin (2009) é *a interpretação,* isto é, a partir das categorias que emergiram das diferentes partes do documento, vamos procurar realizar a análise tomando como referência as unidades de registro e as de contexto mais significativas e utilizando como apoio teórico os autores que discutem o planejamento. Desta maneira, pretendeu-se identificar as abordagens sobre planejamento mais frequentes no documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009).

2.1.3 Organização da dissertação

No primeiro capítulo, são introduzidos o tema e o objeto de estudo, os objetivos, a justificativa e relevância do estudo. No segundo, procurou-se fazer um resgate histórico do planejamento, desde seu surgimento na economia, perpassando por seu aparecimento na América Latina, já se referindo ao planejamento em saúde, assim como sua entrada em estudos de teóricos brasileiros e como parte fundamental das bases bibliográficas desta dissertação. E no terceiro capítulo, apresentam-se a metodologia, bem como o detalhamento dos procedimentos metodológicos que levaram a estabelecer as categorias de análise do estudo.

O quarto capítulo foi dedicado a realizar a apresentação dos itens do documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009), procurando correlacioná-los com os referenciais teóricos escolhidos para o estudo. No quinto, foram realizados dois movimentos: apresentação de alguns itens do documento e análise das categorias verificadas, buscando associá-las às abordagens sobre planejamento em saúde extraídas dos capítulos do documento analisado.

Por fim, no último capítulo, além da síntese do conteúdo do documento, apresenta-se um conjunto de reflexões acerca dos achados considerados importantes para o presente trabalho.

3 **APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO *REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE***

Neste capítulo será apresentado o documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*, correlacionando com o pensamento dos teóricos do planejamento contidos no referencial teórico deste estudo e também de outros autores que discutem o planejamento e o modelo de atenção a saúde no Brasil

3.1 **O que é o documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*? Uma apresentação do CONASEMS**

Esse é o título do documento dirigido aos gestores municipais de saúde confeccionado pelo CONASEMS em 2009, que trata de diversos assuntos relacionados a gestão e planejamento da saúde pública nos municípios brasileiros. Ele representa a iniciativa de tentar facilitar o trabalho do Ministério da Saúde na preparação dos gestores para assumirem as políticas de saúde no momento em que são nomeados técnicos ou secretários de Saúde e assumem como competência o planejamento e a gestão de recursos financeiros, humanos, técnicos e políticos.

> Por tudo isso, tornou-se imperativa a transferência de poder e de recursos da União para os estados e municípios. Contudo, diante das dimensões territoriais e das complexidades brasileiras, esse processo exigiu e continuará exigindo mudanças de várias ordens, pois é sabido que não bastam os instrumentos e as medidas legais para que uma empreitada tenha sucesso. Urge alterar não apenas os formatos institucionais, mas sobretudo as práticas de gestão, tanto nos órgãos que transferem como nos que recebem atribuições. (YUNES, 1999, p. 67).

Logo na apresentação, o documento se refere aos princípios do SUS como uma missão a ser cumprida pelos secretários e indica que, ao se assumir uma Secretaria de Saúde, muitas vezes o ator envolvido nunca teve contato prévio com todas as informações contidas no documento e no desenvolvimento do trabalho em saúde. Como se sabe, em algumas situações, os secretários são pessoas comuns, que apoiaram o governo do prefeito eleito e não têm conhecimento prévio acerca do trabalho de administração de um serviço de saúde, sobretudo

em conformidade com o modelo de atenção adotado no Brasil, o SUS. Há, no entanto, outros casos nos quais os secretários já desenvolviam projetos na área, detêm conhecimento prévio sobre o tema ou já realizaram algum trabalho em nível social que foi bem visto pelo governo local.

Na intenção de estabelecer mudanças positivas, encontros e contato com os novos gestores, o documento tenta iniciar uma reflexão de como melhorar a saúde pública, fazendo com que os gestores possam se integrar junto aos preceitos definidos pelo SUS.

> A Constituição criou o SUS. Mas sua implementação se fez em um contexto político também bem distinto do imaginado pelo movimento sanitário: no cenário internacional, crescia a difusão do ideário neoliberal, com as propostas de redução da atuação do Estado em vários setores, inclusive na saúde; no cenário nacional, o restabelecimento das eleições diretas levou à presidência governos que efetivamente incorporavam, de modo significativo, aquele ideário de redução da atuação do Estado. Em defesa do SUS (para usar uma expressão difundida pelo recente Pacto de Gestão) e de seus princípios e diretrizes tomou novos rumos, incluindo novos atores (como o CONASS e o CONASEMS, assim como os atores participantes de Conselhos e Conferência de Saúde). O SUS que foi se desenhando no concreto da vida dos brasileiros nem sempre correspondia (e nem corresponde) ao ideário do movimento sanitário, embora sejam inequívocos os avanços produzidos nesses vinte anos. (MATTOS, 2009, p. 771).

O documento refere ainda que os gestores novos que entrarem no cenário da saúde devem ter seus conhecimentos sobre o tema valorizados, e que qualquer experiência tida no meio deve ser considerada como conhecimento acumulado para dar continuidade aos serviços de saúde e manutenção do trabalho.

Há ainda uma recomendação importante que nem sempre é seguida pelos novos secretários que assumem o governo da saúde, mas que se torna primordial em prol de se realizar um trabalho adequado: a superação de disputas partidárias políticas que muitas vezes impedem que profissionais comprometidos com as boas práticas da saúde e da gestão assumam cargos de liderança ou posições importantes para o planejamento da saúde nos municípios, simplesmente por pertencerem a coligações políticas diferenciadas ou contrárias ao prefeito eleito. Isso acontece muito frequentemente e prejudica o trabalho em saúde; talentos se perdem por conta de visões políticas que não devem ser difundidas na saúde, pois o SUS é suprapartidário, o que quer dizer que está acima da ideologia de qualquer partido:

> O SUS, embora susceptível a críticas pontuais, mesmo por causa da complexidade das questões a serem enfrentadas, é um sistema democrático e suprapartidário de redistribuição de poder e de recursos; de redefinição do papel dos gestores públicos (e de suas responsabilidades financeiras); de estabelecimento de relações consensuais entre os diferentes níveis de governo;e de reorganização institucional. (YUNES, 1999, p. 67).

3.2 **Itens do documento**

- Apresentação;
- SUS;
- O prefeito;
- O Legislativo ;
- Autonomia do setor saúde;
- Pacto pela Saúde;
- Planejamento;
- O colegiado de gestão regional;
- Participação da comunidade;
- Regionalização;
- O COSEMS;
- A bipartite;
- Modelos de gestão e formas de administração;
- Modelos de atenção;
- Atenção básica/Atenção Primária;
- Vigilância em saúde;
- Gestão do trabalho;
- Educação permanente;
- Sistemas de informação do SUS;
- Programação e regulação;
- Assistência farmacêutica;
- Financiamento.

3.3 **O documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* e os teóricos do planejamento**

3.3.1 O CONASEMS

A orientação do CONASEMS para sensibilizar gestores novos visa manter a Saúde funcionando, independentemente da disputa de poderes nos quais as políticas públicas se pautam. O esforço é gerado em prol de manter o que já existe em relação aos serviços oferecidos e incentivar progressos para a melhoria da produção do cuidado. Subentende-se que os gestores municipais devem se organizar para cumprir seu papel de planejar e construir uma Saúde melhor, cada vez mais envolvida com a causa da humanização no trabalho da saúde.

> Tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais e coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e ofertas de novas opções tecnológicas de intervenção;pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados. (SILVA JR, 2001, p. 91).

Assim, não permite que os processos sejam centralizados em apenas uma classe profissional, como o médico, e que não haja influência dessas classes no desenvolvimento das práticas sanitárias, que se consiga diminuir cada vez mais o avanço da medicalização da saúde e ainda gerar novas ferramentas de gestão do sistema para garantir que os princípios do SUS sejam cada vez mais compreendidos e difundidos no serviço de saúde.

> Os processos designados nos últimos 40 anos como *medicalização* (v. SAYD, 1998) podem ser entendidos como manifestação dessa tendência mais geral. Classicamente, o termo *medicalização* pode ser entendido pelo menos de duas maneiras: por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em "problemas de saúde", e por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos. (CAMARGO JR, 2007, p. 68).

Desse modo, compreendendo o significado do processo de medicalização na saúde brasileira, podemos evitar que o trabalho seja pautado na mecanização dos procedimentos e dos atendimentos realizados na saúde, preservando o cliente de influências errôneas e mal discutidas em relação à terapêutica escolhida para cada caso.

Há também de se considerar que o desenho certo para o trabalho planejado, apesar de se planificar, não deve ser utilizado de maneira incorreta, sendo aplicado indiscriminadamente em todos os atendimentos. A perspectiva real é que a planificação de métodos e procedimentos na saúde sirva como orientadora do cuidado, tanto individual quanto em coletividade, e não como uma maneira de engessar o conhecimento científico e facilitar o processo de trabalho com planificações prontas sem uso da pesquisa e da própria clínica. Nessa proposta, a planificação da saúde considera todos os fatos e resolve questões relacionadas a organização do trabalho, controle social, financiamento da saúde e ainda ao acesso universal, igualitário e integral, como disposto na Lei Orgânica da Saúde e na forma como se manifesta o documento trabalhado.

E ainda, uma forma de maior comprometimento dos gestores com a população assistida, que trabalha uma estratégia para construir um sistema de saúde mais sólido e pautado nas necessidades da comunidade onde se insere, apoiado pelo CONASEMS, é o Pacto pela Saúde.

> O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados á população e a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal. (<saude. gov. br/portal/saúde>2013, p. 1021).

Esse pacto orienta os gestores em todo o Brasil em relação aos compromissos assumidos na saúde e determina prazos importantes e metas que devem ser respeitados. Também direciona algumas ações em saúde e informa como deve ser a cooperação entre estados, municípios e federação, para que haja descentralização dos serviços em saúde e melhor organização das funções de cada ente. É também uma iniciativa apoiada pelo CONASEMS que tem influência direta em tudo que é discutido na atenção à saúde brasileira e sempre incentiva o desenvolvimento de práticas e planos que sejam responsáveis pela melhoria do sistema.

O CONASEMS é composto por uma diretoria executiva juntamente com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), representantes de vários estados. A dinâmica de trabalho é voltada para a organização de vários encontros, onde se deliberam as seguintes questões: financiamento, gestão do trabalho e educação em saúde, formas de alocação dos

recursos disponíveis no SUS, descentralização e municipalização, modelo de atenção à saúde, gestão participativa em saúde e Saúde na Amazônia Legal. O objetivo do trabalho do CONASEMS é avançar na construção do SUS e melhorar a atuação do grupo na orientação de outros servidores da saúde que fazem parte do processo.

3.3.2 O SUS

O documento (CONASEMS, 2009) se refere ao SUS de maneira simples e objetiva, detendo-se praticamente em torno dos princípios do SUS, que foi reflexo de uma série de lutas travadas em prol da saúde coletiva no Brasil. Seu movimento se iniciou em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde, como fruto de diversas deliberações de grupos que pretendiam melhorar o sistema de saúde brasileiro. O crescimento desses movimentos foi acentuado e na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando o colegiado aprovou a proposta de criação do SUS. Em 1988, com a Lei Orgânica da Saúde redesenhou todo o modelo de saúde coletiva brasileira, sendo o marco mais importante da história da saúde no país.

Houve o desmantelamento do sistema de saúde hegemônico, até então dominante no Brasil e iniciou-se uma nova forma de pensar sobre saúde, na qual o Estado implementou uma agenda de programação do novo modelo e fortaleceu as políticas públicas para que ocorresse uma descentralização político-administrativa da saúde. Dessa forma, ofertou-se maior autonomia aos governos estaduais e municipais, repartindo o poder e os recursos entre três principais esferas políticas −federação, estados e municípios −cada um com sua parcela de responsabilidades fiscais e administrativas do setor saúde.

A respeito dessas lutas e principalmente das dificuldades na implementação do novo modelo proposto pela VIII Conferência da Saúde, a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, dentre outras, Luz (1992, p. 42) destaca:

> A hegemonia é processo que o bloco no poder aciona e organiza constantemente no sentido de universalizar seu poder. Definimos hegemonia como processo para sublinhar seu caráter histórico, sempre incompleto, refeito, recomeçando. A hegemonia não será portanto vista na análise de instituições em uma conjuntura como imposição historicamente realizada da ideologia dominante, mas como processo contraditório em que uma classe estabelece seu domínio político-ideológico através de um conjunto de instituições, a maioria delas, instituições da cultura. Brasil. (LUZ, 1992, p 42).

No novo contexto, as ações e serviços de saúde passam a ser um direito social, que necessariamente deve ser assegurado pelo Estado e administrado de maneira hierarquizada pelas três esferas de governo, seguindo a doutrina estabelecida pela Lei Orgânica e carregando os mesmos princípios organizativos. O país passa a ter que compreender que o novo "sistema" precisa ser mais bem estruturado nos territórios, em nível nacional, deve ser dividido em unidades e ter em seu plano serviços e ações integradas, com pretensão de uma finalidade comum, seguindo os princípios organizativos do SUS, já mencionados:

Quanto à *universalidade*, o sistema de saúde deve ser compreendido como direito de todos e dever do Estado, sem qualquer distinção de raças, credos, situação socioeconômica, cor e nacionalidade. Para Amélia Cohn (2006), significa uma filiação à continuidade das conquistas dos direitos sociais ao longo da história das sociedades capitalistas modernas, suprir os indivíduos portadores de direitos, da satisfação de suas necessidades, e promover formas de inclusão social desses indivíduos.

O documento (CONASEMS, 2009) reflete que o princípio da *integralidade* deriva de ações combinadas, voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de cada cidadão, afirmando que o SUS tem obrigação de oferecer atenção integral à saúde, de forma coletiva ou individual em todos os níveis de complexidade. Há de se saber, no entanto, que a integralidade na assistência desenha um conceito muito mais amplo que o planejamento de ações e a recuperação da saúde dos indivíduos; ele é muito mais amplo do que já dito: significa a boa prática de todos os profissionais diretamente envolvidos com o cuidado em saúde.

> Diríamos que integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma imagem-objetivo, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns(diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores, pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. (MATTOS, 2009, p. 43).

E se refere de uma maneira ainda mais profunda em relação ao planejamento:

> [...] a integralidade emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. (MATTOS, 2009, p. 59).

Já em relação aos mecanismos de cooperação e coordenação das redes assistenciais de saúde, deve-se considerar:

> [...] um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores públicos e privados, ligados por corredores virtuais e corredores que ultrapassam as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados. (HARTZ; CONTADRIOPOULOS, 2004, p. 332).

Com vistas ao encontro com a comunidade, há necessidade de se criar vínculos de confiabilidade entre a equipe que oferece o serviço e a população que recebe o cuidado:

> Criar vínculo implica ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. E sentir-se responsável pela vida, pela morte do paciente dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação, e integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo. (MERHY, 1995, p. 138).

Com relação à equidade, o SUS deve proporcionar condições, recursos e serviços de acordo com as necessidades primordiais de cada um, tratando especialmente os diferentes para atingir a igualdade e as necessidades de saúde.

No que diz respeito à *participação social*, o documento trabalha com a Lei Orgânica da Saúde e a Lei n° 8.142, para garantir o controle social neste quesito, utilizando a Constituição para ilustrar a necessidade da participação social da população, gestores, trabalhadores da área de saúde e prestadores de serviços, de modo a garantir boas formulações das políticas de saúde vigentes. Trabalha também a importância do controle da execução e cita as conferências de saúde e os conselhos, sem maiores explicações técnicas sobre eles. Reitera a importância de esse trabalho ser realizado concomitantemente nas três esferas de governo e determina que sua organização deva seguir os princípios ou diretrizes do SUS já citados.

Há de se considerar a dificuldade em aprender sobre saúde coletiva com esse documento de orientação, pois ele não especifica nenhuma atuação direta dos gestores em desenvolver a saúde dentro da normatização da lei orgânica, ficando absolutamente claro que sua planificação jamais se daria consultando apenas esse instrumento com fonte de conhecimento técnico sobre as necessidades de saúde do Brasil.

Há também referências bem claras à *regionalização*: o planejamento das ações deve

obedecer ao contexto de uma área delimitada, para que haja maior conhecimento dos problemas de saúde reais e locais, priorizando-se as ações de saúde. Desse modo, o acesso ao serviço é permitido e são garantidas intervenções individuais e coletivas, tentando melhorar os recursos disponíveis. A regionalização é um dos quesitos que funcionam na descentralização da saúde, na negociação dos processos de trabalho e na pactuação entre os gestores. Não se pode esquecer a identificação e a construção das regiões de saúde.

A esse respeito, vale mencionar o modelo técnico de planejamento do CENDES/OPAS (1965, p. 22), onde já havia referência à regionalização ao relatar que a programação " *deve ter como cenário privilegiado a área local, os planos de saúde devem ser elaborados em áreas relativamente pequenas que permitam seu agrupamento em áreas regionais programáticas maiores"* A combinação dos programas locais constituiria a base *dos planos regionais*, e estes, por sua vez, formariam em parte o *plano nacional.* O agrupamento de dois ou mais locais programáticos constitui uma região programática. Complementa o documento que essa "*regionalização permite aproveitar a existência de recursos mais especializados nas cidades de mais recursos econômicos e dispor de uma base operacional*".

Quanto à *hierarquização*, o documento menciona a discussão do modelo hospitalocêntrico hegemônico e a oferta de serviços na Atenção Básica. Refere a necessidade de se ter uma equipe qualificada para atendimento e a resolução de problemas da demanda individual e coletividade. Quando da dificuldade de resolver problemas maiores, os clientes individuais devem ser encaminhados a um atendimento de maior complexidade, referido no texto como especialidades da área da saúde, chamados de referência. Esses serviços devem propor funcionalidade através de uma perfeita articulação entre eles, e com uma complementaridade de ações, que devem contribuir para a integralidade, uma vez que a Atenção Básica deve ser ordenadora e coordenadora da rede de atenção, melhorando a resolutividade, relacionando rede de atenção, suas prioridades, seus pactos de cuidado, seus fluxos e instrumentos, e regulação do trabalho.

Regula-se também a logística e a rede de apoio, e todo esse processo seria gerenciado pelo Colegiado da Gestão Regional, os CGR. Todo esse emaranhado de ações integradas remete a pensar sobre o planejamento estratégico da região de saúde para atender à expectativa da clientela adscrita. Refere o documento (CONASEMS, 2009, p. 12):

> Da Atenção Básica devem ser encaminhados aos serviços de maior complexidade, também conhecidos como atenções Secundária e Terciária ou de atenção especializada. Esses serviços devem se articular entre si e criar condições para haver complementaridade de ações, segundo as necessidades da atenção básica, ordenadora e coordenadora da rede de atenção, aumentando a resolutividade e contribuindo para a Integralidade. Para isso, é necessário planejamento estratégico e normativo da região de saúde, que materialize a rede de atenção,

> suas prioridades, seus pactos de cuidado incluindo seus fluxos e instrumentos, seus mecanismos reguladores, seus sistemas logísticos e de apoio, sendo essa uma das atribuições dos CGR - Colegiados de Gestão Regional.

A este respeito, já no documento CENDES/OPAS (1965) se fazia referência à região programática, compreendida como um conjunto de áreas locais programáticas vinculadas por razões econômicas, culturais, políticas, administrativas ou de proximidade física entre as mesmas. Esta região, chamada de "foco", serviria como ponto de concentração das principais unidades de saúde administrativas e sede de autoridades político-administrativas.

Sobre a *resolutividade*, o enfoque do documento refere que cada serviço de saúde tem responsabilidade por suas demandas tanto dos profissionais quanto da comunidade, levando-se em conta a estrutura dos serviços, a capacidade tecnológica e o acolhimento realizado na ponta e em suas principais referências.

A *descentralização* leva a refletir sobre a responsabilidade técnica pelas ações e serviços de saúde, e determina que elas devem ser divididas entre as três esferas de governo. Há considerações sobre o fato de que as decisões devem ser tomadas com base no ator que está mais envolvido com o problema ou com o fato que mobiliza a discussão. Há questões que ainda relembram as decisões tomadas a partir do advento do SUS sobre descentralização, a própria Lei n° 8. 080, que determina a municipalização dos poderes de gestão da saúde, tendo na Federação apoio político e técnico sobre as decisões e demandas.

Quanto à *complementaridade do setor privado*, o enfoque se dá em torno do planejamento do sistema, que cita que deve ser a principal preocupação do gestor de saúde. Refere ainda sobre o modo de contratação de serviços, que no caso de serem privadas, só pode ser realizada caso inexista o serviço na rede pública, ou seja insuficiente para os munícipes. Sendo necessário contratá-los, os trâmites poderão ser apenas por meio de contratos, segundo as normas do direito público. A contratada deverá atuar necessariamente em conformidade com a técnica do SUS, somando forças à rede regional e hierarquizada.

Há um adendo importante que deixa clara a responsabilidade dos governos municipais sobre o planejamento em saúde: dita que o compromisso dos gestores não termina nos limites dos municípios. A integralidade na assistência à saúde deve ser garantida a todos os cidadãos com necessidades especiais ou com necessidades complementares, mesmo que estes sejam encaminhados a um serviço fora dos limites do município de residência. E apesar de sua autonomia, o SUS deve ser construído e mantido com base em uma relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em

consenso, não havendo hierarquia entre as diferentes esferas de governo.

3.3.3 O prefeito e o Legislativo

Este item será apresentado e analisado no próximo capítulo.

3.3.4 Autonomia do setor saúde

Destaca que o serviço de saúde deve ter relativa autonomia para realizar o planejamento e gestão perante as responsabilidades sanitárias, e que tal fato não representa um ordenamento político, e sim um facilitador do desenvolvimento das ações em saúde, conforme as demandas geradas pelo serviço. Isso determina que o gestor deve ser uma fonte de conhecimento sobre as questões administrativas e jurídicas imbricadas ao setor de saúde, para que possa desenvolver um bom trabalho no modelo descentralizado de saúde.

Nesse capítulo, o documento cita as preocupações principais relacionadas com o financiamento dos recursos em saúde: o Fundo Municipal de Saúde, administrar o fundo, executar o plano previsto e elaborar relatórios de gestão periódicos, referindo ainda que a sustentabilidade política deve ser a principal preocupação do Secretário Municipal de Saúde.

A autonomia de gestão através do Fundo Municipal de Saúde representa autonomia em relação a outros gestores da saúde como regulamentada no SUS, e facilita o desenvolvimento das ações de saúde, conforme as demandas específicas do setor. Isto traz como consequência a necessidade do gestor dominar as questões administrativas e as implicações jurídicas da municipalidade.

> [...] o planejamento, orçamentação, licitações, compras, contratualizações, gestão do trabalho, prestação de contas, avaliação, monitoramento, regulação compõem, entre outras, as necessidades de domínio do gestor e de articulação junto às áreas responsáveis quando as mesmas estiverem organizadas junto a outras secretarias do município (CONASEMS, 2009, p. 33).

Complementa (CONASEMS 2009, p. 34) com relação à autonomia:

> A autonomia de uma secretaria municipal de saúde tem que ser construída ao longo do tempo, com acúmulo da experiência dos trabalhadores da saúde e da própria instituição na lida diária do ordenamento das despesas, e na gestão do fundo com responsabilidade fiscal e na atenção à saúde com responsabilidade sanitária. Neste sentido, a gestão deve gerar transparência e compromisso político com o projeto de governo. A base para isto é a confiança que o prefeito tem na instituição saúde e na representação política do secretário da Saúde.

Todo este cenário relacionado à autonomia do gestor apoiada em conhecimento técnico, em experiências acumuladas pelos trabalhadores de saúde e responsabilidade pelo uso dos recursos financeiros remete a Testa (1992) e ao conceito de programa. Consiste em um ordenamento administrativo na aplicação de um conjunto de recursos e força de trabalho, sob uma direção particular, destinado a um ou mais objetivos contidos em uma ou várias instituições. Para cada *programa* deve-se estudar a quantidade de recursos, a força de trabalho que tem alocados e as atividades que desenvolvem. Para que isto possa ser realizado, cada gestor deve ter autonomia para desenvolver as ações de saúde conforme as demandas específicas de seu município.

3.3.5 Pacto pela Saúde

Explica o documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009) que Pacto pela Saúde é um programa do SUS, efetivado pelas três esferas do governo e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, no cumprimento da Constituição e das leis. Tem por objetivo criar novos projetos e instrumentos de gestão, dando maior eficiência e qualidade aos serviços, como produto final oferecido pelo sistema, para implementação do SUS. Ele define programas, que se dividem em três dimensões principais:

- Pacto pela Vida: trabalha prioridades de saúde para o SUS;
- O Pacto em Defesa do SUS, que incorpora a agenda de repolitização do SUS com a população em prol de recursos econômicos para o serviço;
- O Pacto de Gestão, que determina que devem ser seguidas diretrizes e redefine responsabilidades de gestão, em consonância com as principais demandas de saúde para obter como consequência uma das diretrizes do SUS, a equidade.

Mais que uma norma, o Pacto pela Saúde propõe uma gestão mais solidária e comprometida, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários do SUS tendo como meta

alcançar maior qualidade na atenção à saúde. A questão colocada no documento (CONASEMS, 2009) pelo Pacto da saúde faz pensar em Testa (1992), quando faz referência ao diagnóstico situacional segundo o qual o planejamento deve lidar com três poderes, a saber: o poder técnico, o poder administrativo e o poder político. O primeiro tem o poder de gerar e lidar com a informação; o segundo tem poder de se apropriar e de atribuir recursos; e o terceiro, o poder de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses.

Concluindo este item, pode-se afirmar dizer que cabe ao gestor municipal conhecer o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) pactuado por seu município, fazer uma revisão do que foi proposto, saber das metas pactuadas para o ano e comprometer-se com as responsabilidades ali colocadas. Ressalte-se a importância dessa revisão, pois o primeiro ano da gestão é o da elaboração do relatório de gestão do ano anterior.

3.3.6 O planejamento

Este item será apresentado e analisado no próximo capítulo.

3.3.7 Colegiado de Gestão Regional

Tópico que explica a permanente característica de negociação que o SUS apresenta, e todos os determinantes que influenciam a assistência à saúde de qualquer região. Detém-se mais no que diz respeito às regiões de saúde, macro, micro ou regiões político-administrativas. Cita o COSEMS como o colegiado de referência para os municípios e estados que participam de todo o processo de trabalho, e fortalece a ideia do Pacto Federativo entre as instâncias estadual e municipal para auxiliar o processo de treinamento e auxílio dos gestores em relação à saúde. Refere o documento (2009, p. 57) que

> [...] as negociações no SUS são permanentes, dado o universo em que se constitui a atenção à saúde e aos diversos determinantes e fatores que de forma constante alteram e influenciam tanto a assistência como a situação de saúde da população daquela região. A questão do financiamento, tanto positiva quanto negativamente, pauta frequentemente as reuniões regionais dos gestores no Colegiado de Gestão Regional – CGR, que está regulamentado no

Pacto pela Saúde.

Por trazer aspectos de negociação constante, de disputas políticas e lutas de poder, lembramos os conceitos de estratégia encontrados nos idealizadores do planejamento que parecem muito bem aplicados tanto no Pacto da Saúde do item anterior quanto nas negociações dos colegiados. Testa (1992, p. 111) conceitua estratégia *"como a forma de implementação de uma política"*, sendo que esta é entendida *"como uma proposta sobre a distribuição do poder"*.

Segundo CENDES/OPAS (1965), estratégia, em sua concepção mais ampliada na sociedade, é entendida como meios e oportunidades de ação e dissuasão, que exige dialética de vontades enfrentada entre objetivos e recursos;

E finalmente, Carlos Matus (1992), quando enfoca o momento estratégico do planejamento traz a questão da viabilidade, colocando em discussão a questão do poder político, do poder econômico e da capacidade organizativa e institucional que necessitam estabelecer diferentes pactos para que o planejamento tenha viabilidade de ser operacionalizado. Assim, é necessário que gestores municipais, estaduais usem de muita estratégia para vencer barreiras de poder, políticas e administrativas.

3.3.8 Participação da comunidade

Segundo o documento *Reflexões aos novos gestores* (CONASEMS, 2009), controle social é a forma pela qual se garante o direito de participação real da sociedade na formulação, implementação e controle de políticas e ações de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e na Lei Federal 8.142/90. Ele se dá também, mas não exclusivamente, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que contam com representação dos seguintes segmentos: população, por meio de usuários ou entidades como associações de moradores, movimentos populares de saúde, sindicatos e centrais sindicais, associações de familiares e portadores de patologia, de defesa dos direitos humanos e do meio ambiente, estudantes etc.; trabalhadores da saúde, por meio de sindicatos, associações, conselhos profissionais e de servidores públicos. Os Conselhos de Saúde estão previstos em lei desde 1990 e são deliberativos – isto é, tomam decisões nos assuntos da Saúde.

Este tópico é muito importante no documento, pois descreve como deve ser feita a introdução do Conselho Municipal de Saúde (CMS) como o colegiado que garante a participação da sociedade na formulação do plano de saúde. Existem obviamente informações que são apenas explicativas, para que o gestor possa valorizar a informação sobre a participação popular, mas é o assunto de maior melindre entre os gestores, pois o Conselho tem a força de negociação que irá de encontro aos anseios da comunidade a qual ele representa e servirá como "os olhos da comunidade para resolver os problemas de gestão", ou o grupo que irá defender as mensagens da população quando ela se manifestar em solicitação de alguma prioridade.

Sobre a importância dos conselhos, o documento (CONASEMS, 2009) aborda sua relevância tanto na questão do planejamento quanto no acompanhamento do plano durante os quatro anos de sua execução.

> Existe um conselho nacional, conselhos estaduais e também municipais. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) propõe e acompanha as ações relativas à Saúde local, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, democratizando as decisões. Eles devem ser paritários e tripartites em conformidade com a lei 8142 que determina 50% para os usuários e 50% para os representantes dos governos, prestadores e trabalhadores da saúde. Os representantes de usuários e trabalhadores da Saúde devem ser eleitos por seus pares. (CONASEMS, 2009, p. 62).

O presidente do Conselho deve ser eleito pelos conselheiros em eleição que não deve coincidir com as eleições do executivo municipal. O governo e prestadores de serviço indicam seus representantes. Em alguns municípios existem, ainda, conselhos em cada Unidade de Saúde, que são chamados de "Comissões Gestoras" ou "Conselhos Locais de Saúde", ou ainda "Conselhos Gestores de Unidade" (CONASEMS, 2009).

É obrigação legal dos gestores realizar reuniões ordinárias do CMS todos os meses. Ele deve discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão anual, as prestações de contas e, ainda, discutir e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações que serão implementadas no município. As Conferências de Saúde, regulamentadas por lei, acontecem periodicamente (ou de forma extraordinária), permitindo ampliar ainda mais a participação social no SUS. As conferências nacional e estaduais ocorrem a cada quatro anos; as conferências municipais têm periodicidade definida em legislação local. (CONASEMS, 2009).

Em relação à participação da comunidade, cabe citar as quatro ações previstas no pacto, quais sejam: curso introdutório para os conselheiros novos; aprovação do plano de

saúde em conformidade com a regulamentação do SUS; relatório anual de gestão; e realização da Conferência Municipal de Saúde. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conass (Conselho Nacional de Secretários da Saúde) têm assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Pode-se observar a importância que é conferida aos Conselhos e isto já era compreendido desde o início da planificação com Matus (1992) e Testa (1992), ao fazerem referência à diversidade de cenários e de atores que também planejam. Enfatizam a necessidade dos planejadores de conhecerem o que cada ator, dependendo de sua cultura, classe social, formação, local de habitação etc., pensa sobre as necessidades de saúde.

Com relação à importância da participação de diferentes atores no planejamento, Testa (1992) refere que o principal propósito do Estado é garantir a continuidade do sistema capitalista e, quando possível, tentar resolver contradições e conflitos gerados dentro dos grupos dominantes. Na contramão deste pensamento, surgem no interior do Estado contradições que podem criar situações favoráveis ao desenvolvimento ou fortalecimento dos conflitos interclasses. É a partir dessas contradições que o planejamento pode desempenhar um papel que lhe permita funcionar como mecanismo facilitador de situações que desencadeiem ou acelerem processos de mudança social.

Matus (1992) traz a ideia da participação ao apresentar o conceito de situação, que fornece a ideia de um ator em ação envolvido com a realidade, e que de acordo com o número de atores envolvidos é possível se ter múltiplas explicações desta realidade. É dentro desse contexto que pode ter sido pensado os Conselhos de Saúde.

3.3.9 Regionalização

O documento (CONASEMS, 2009) refere que a regionalização se faz presente há bastante tempo. Ela é caracterizada pelo recorte territorial em espaço geográfico contínuo, que apresenta identidades comuns e partilha de identificações nos campos socioeconômico, político e culturais; por isso também partilha, algumas vezes, dos mesmos problemas de saúde que os outros. A regionalização forma uma rede que facilita o acesso aos serviços e sua oferta. É uma diretriz que oferece a saúde nos lugares mais distantes e que corrobora os princípios do SUS em sua totalidade. O documento reforça essa diretriz, afirmando ser uma “ação

cooperativa e solidária entre os gestores e fortalecimento do controle social".

O Pacto pela Saúde considera a possibilidade da composição de Regiões de Saúde que sejam intermunicipais, intramunicipais, interestaduais e fronteiriças. O documento faz um breve discurso sobre a cogestão, que é um colegiado que auxilia os gestores na hora de tomada de decisão, chamado Colegiado de Gestão Regional (CGR), com representantes de todos os municípios que compõem a região de saúde e também o estado, que servem como apoiadores das discussões sobre os temas referentes aos problemas dos municípios e os problemas regionais.

Refere o documento que uma região de saúde compreende um espaço de organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada, com fluxos estabelecidos e pactuados entre os municípios, com capacidade de resolver os problemas de saúde, nem sempre coincidentes com a regionalização político administrativa do estado. Pode ser considerada como a busca ou a instrumentalização da melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços, visando cobertura e acesso da população às ações de saúde, com máxima eficiência institucional e social.

Para uma instrumentalização adequada da oferta de serviços, definiram-se os níveis de atenção, expressos em Atenção Primária (Básica), Secundária e Terciária (alguns consideram também a Quaternária) e o termo "hierarquização das ações de saúde". Segundo o documento (CONASEMS, 2009, p. 71), a regionalização:

> [...] assume um objetivo funcional de compor "Regiões de Saúde", com Grau de Suficiência, expresso na máxima oferta e disponibilidade de ações de saúde dos "Níveis de Prevenção" e "de Atenção" para a população de um dado território, instrumentalizada por uma Rede de Serviços, articulada e integrada, não podendo ser considerada e restrita ao aspecto ou dimensão político-administrativa.

A respeito da regionalização, a questão parece ter sido uma preocupação dos planejadores desde que se iniciou a planificação com o CENDES/OPAS. No documento *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programação de la Salud* (1965, p. 22), a programação deve ter como cenário privilegiado a *área local* e os planos de saúde devem ser elaborados em áreas relativamente pequenas que permitam seu *agrupamento em áreas regionais programáticas* maiores. A combinação dos programas locais constituiria a base dos *planos regionais,* e estes, por sua vez, formariam em parte o *plano nacional.* O agrupamento de dois ou mais locais programáticos constitui uma região programática.

A *regionalização* permite aproveitar a existência de recursos mais especializados nas cidades de mais recursos econômicos e que disponha de uma base operacional. Recomenda

ainda que as *autoridades de saúde devem participar ativamente da programação* para que os diferentes interesses sejam conhecidos.O CENDES/OPAS (1965, p. 16) destaca que a programação envolve a realização de três tarefas básicas: (1) estimar os recursos financeiros de que se vai dispor ano a ano durante toda a duração do plano; (2) decidir as metas onde vai se aplicar os recursos; e (3) selecionar os instrumentos que se vai empregar para atingir os objetivos e metas.

Testa (1992) ainda refere que na organização dos serviços deve utilizar o enfoque sistêmico, trazendo para debate a questão da porta de entrada única e a organização de serviços em níveis de atenção da complexidade crescente de forma regionalizada espacialmente, com relações interinstitucionais bem definidas, utilizando para isso um sistema de referência e contrarreferência entre elas.

3.3.10 O COSEMS

Já apresentado anteriormente, o COSEMS é também um conselho que ajuda a instrumentalizar os novos gestores municipais para o trabalho da saúde. É naturalmente composto por secretários municipais de Saúde que tenham experiência em gestão de saúde, como multiplicadores de experiências e informações sobre o SUS. É um conselho regional; já o nacional é representado pelo CONASEMS, autor do documento utilizado como fonte no presente estudo.

O documento apresenta o COSEMS como *"interlocutor em nome dos municípios, representando a soma das demandas políticas e de gestão em diversos foros de negociação estaduais"* (CONASEMS, p. 78). Esse perfil corresponde ao trabalho dos gestores com representação no SUS, aspecto estratégico do planejamento, pois já utiliza estratégias políticas para orientar os gestores, e não apenas as cita como base para realizar um plano de gestão em saúde. Refere o documento (CONASEMS, 2009, p. 78-79) que os gestores municipais participam ativamente desta organização política, de forma direta ou indireta, de maneira a assegurar que a posição dos seus municípios seja respeitada no processo de negociação e pactuação das políticas estaduais de saúde. Entende o documento que, como o SUS recebeu de herança um sistema de saúde centralizado, pouco democrático e que precisa ser transformado em um sistema descentralizado, como preconizam a Constituição Federal, a Lei

Orgânica da Saúde, a construção da mesma necessita da participação ativa das Comissões de Intergestores Bipartite nos foros de discussão.

Isto remete a Matus (1991, p.37), ao se referir sobre a análise estratégica, trazendo a importância do peso dos atores, em uma *"pressão ou força aplicada sobre uma operação ou jogada numa situação concreta"* que depende da motivação, do interesse ou da posição que os jogadores assumem perante as operações que realizam. Concordando com a afirmação acima, verifica-se que o documento (CONASEMS, 2009, p. 79) destaca a importância política e estratégica do COSEMS:

> Quando o Cosems está organizado, com representatividade política, esta construção favorece o SUS do estado. A experiência nacional demonstra que um sistema estadual de saúde organizado está diretamente relacionado com a capacidade de mobilização e organização dos gestores municipais, através do Cosems.

3.3.11 Bipartite

A Comissão Intergestores Bipartite, chamada de CIB, é um dos seguimentos políticos do SUS na instância estadual e municipal. É composta por secretários estaduais e municipais, que deliberam sobre o planejamento em saúde e políticas adequadas para o SUS. É semelhante à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que realiza o mesmo trabalho, só que aplicado às instâncias federal, estadual e municipal. O documento refere que não há qualquer tipo de votação para aprovar as determinações do CIB ou CIT −na verdade, o que acontece são reuniões consensuais, nas quais se pretende atingir um equilíbrio entre as deliberações dos membros. O processo desenvolvido, por vezes, forma grupos técnicos de trabalhos para construção de algumas propostas de planejamento ou novas políticas para a saúde. Como consequência, há grande aprimoramento desses grupos, que terminam por adquirir experiência suficiente para, por exemplo, produzir os manuais de orientação dos gestores, que têm o objetivo de instrumentalizá-los para o trabalho, quando os mesmos não têm experiência técnica para tal.

As bipartites tiveram seu papel ampliado na construção do SUS, e expressa nos regulamentos do Pacto o que se conhece como "choque de descentralização". Esta descentralização constitucional não é um ato normativo, mas um processo estratégico que se dá na mais coerentemente na medida em que a bipartite esteja mais preparada e equilibrada. O que se deseja evitar é uma bipartite na qual um gestor é preponderante sobre o outro

valorizando mais as políticas de governo (partidárias) do que as necessárias construções de uma política de estado.

No documento (CONASEMS, 2009, p. 85) está claro que para o bom funcionamento da bipartite, os participantes do COSEMS devem ter capacidade de desenvolver a negociação e a pactuação em nome dos municípios daquela unidade federada. Isto não se dá de uma maneira rápida e "*depende de acúmulo político e técnico, de capacidade de mobilização, de preparo dos diretores, de adequação administrativa da instituição COSEMS, entre outras demandas mais específicas regionais".*

Interessante a observação encontrada no documento CENDES/OPAS (1965, p. 20) sobre a questão da aprovação do plano pelo Poder Legislativo. Refere ser este um momento onde o plano corre maior risco de não aprovação, pois os congressistas podem prestar uma atenção exagerada à distribuição regional dos gastos públicos, em locais que não sejam do seu interesse. Este fato é coerente com o que colocamos acima, ao referir que a opinião de um gestor poderá ser preponderante em relação à de outro, sobretudo quando o mesmo tem interesses políticos partidários. Recomenda o documento CENDES/OPAS (1965) que é possível diminuir esse risco, com maior participação dos membros e das comissões parlamentares no processo de elaboração do plano.

Matus (1991, p. 39) complementa que em situações onde predomina o confronto, deve-se utilizar a estratégia do consenso para evitar o confronto utilizando as técnicas de negociação, por exemplo. Refere o autor que se o confronto for inevitável, convém escolher o momento certo em que haja melhores condições naquela situação, para *"exercer mais pressão que os outros oponentes"*. Entende-se que a CIB é um espaço de confrontos e de negociações, devendo o gestor estar preparado na defesa dos interesses que interessam aos municípios que representa.

3.3.12 Modelos de gestão e formas de administração

Neste capítulo, o planejamento é descrito como um modelo estabelecido por marcos jurídicos e administrativos para situar a administração de municípios, estados e União. Trata de atividades que são relacionadas a políticas, vigilâncias, regulação, controle, avaliação e gerência dos recursos humanos e financeiros. Mostra que a descentralização é o caminho para que a administração pública desenvolva suas potencialidades no que diz respeito à saúde. É

citado o Artigo 37 da Constituição Federal, segundo o qual tal administração não pode ser gerida por entidades da administração indireta ou privada. Ele ainda coloca que a gestão dos SUS requer desenvolvimento de novos modelos de gestão que:

1. realizem a institucionalização do processo de planejamento;
2. adotem normas e protocolos;
3. desenvolvam a flexibilidade e inteligência organizacional com os espaços colegiados de gestão e adoção de sistema de petição e prestação de contas;
4. realize a regulação do sistema, do acesso e da oferta de serviços e seus resultados;
5. que acompanhem a avaliando permanentemente a saúde por meio de metas e indicadores;
6. que sejam desenvolvidos mecanismos de comunicação interna e externa e processos de motivação de equipes e usuários.

E ainda, segundo o documento (CONASEMS, 2009, p. 89):

> [...] enfim, desenvolver a autonomia necessária para ser o gestor de uma política que não é de governo e sim do estado. Qualquer que seja a opção é importante lembrar que não é possível outorgar a responsabilidade do gestor Municipal a outro ente, ou seja, a gestão é da Secretaria Municipal de Saúde e seu titular sempre será o responsável pelo cumprimento da constituição. Quando falamos de Gestão do SUS, estamos falando das responsabilidades na Gestão, indelegáveis a formas de administração.

Esse aspecto remete à questão da governabilidade do gestor, e é Matus (1991, p. 28) no “Plano como Aposta” que explica que o governante, como condutor de situações, vive tentando se equilibrar entre as variáveis que controla e as que não controla. Controlar mais ou controlar menos determina sua governabilidade. Refere que o governante pode muitas vezes decidir quanto às variáveis que controla, mas muitas vezes não consegue garantir os resultados, porque os mesmos dependem de uma parte do mundo que não controla.

O documento (CONASEMS, 2009) enfatiza que, além da questão da governabilidade, existe também a questão da responsabilidade do gestor perante o cargo que assumiu. Há menção sobre um aprofundamento de debates sobre as implicações políticas, técnicas, assistenciais, jurídicas e financeiras que o texto discrimina como modalidades de gestão que se encontram combinadas entre si. São elas:

1- *Administração direta*: administração com maior autonomia relacionada ao Fundo Municipal de Saúde; permite maiores investimentos administrativos e financeiros.

2- *Empresas públicas*: só prestam serviços públicos ao Estado através de tarifas

combinadas, são inadequadas aos serviços do SUS, pois o mesmo oferece serviços gratuitos de saúde. Estão mais envolvidas com exploração de atividades econômicas.

3- *Autarquias*: pessoas jurídicas de direito público, administradores indiretos da área pública, possuem fundos financeiros próprios e se reportam aos princípios do SUS. Seu patrimônio é próprio, não possuem bens disponíveis, têm maior autonomia do que a administração direta e usufruem dos mesmos tributos. Estão sujeitas à Lei de Responsabilidade Fiscal (LFR), mesmos salários e executam serviços do Estado, aplicam poder de polícia, como as vigilâncias, aportam maior capacidade de gestão, mas não estão aptos ao gerenciamento de hospitais.

4- *Fundações públicas de direito público*: apresentam personalidade jurídica, com finalidade social. Após a revisão da Constituição em 1988, passaram a ser fundações autárquicas ou autarquias funcionais e detêm as mesmas vantagens e limites que as autarquias.

5- *Fundação estatal de direito privado*: detém maior autonomia e flexibilidade, pois apresenta estrutura de direito privado, mas obedece ao código civil e regras das empresas públicas. Faz contratos de gestão com metas, compromissos e resultados. Por conseguinte, adquire direito a ampla autonomia gerencial, financeira e patrimonial. Utiliza-se dos contratos para realizar compras através de licitação e também dos serviços de contabilidade das empresas estatais. Contrata recursos humanos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sem estabilidade, com acesso somente por concurso público, apresenta planos de carreira, salários, dissídios e gestão do trabalho, e está sendo regulamentada pelo Congresso Nacional.

6- *Organizações sociais* (OS): entidades de cunho privado, atuam em várias áreas e podem ser contratadas pelo poder público através de contrato de gestão. Não têm fins lucrativos e precisam atender aos requisitos da lei para serem qualificadas como tal. Estão sendo utilizadas frequentemente pelos gestores municipais e estaduais. No entanto, são instituições que apresentam problemas em sua administração e orçamento.

7- *Organização da Sociedade Civil de Interesse Público* (OSCIP): entidade de função privada sem fins lucrativos que tem condições de firmar termo de parceria com o poder público. Não pode apresentar cunho comercial, organização social, entidade religiosa ou cooperativa. Não pode ser considerada como de utilidade pública ou filantrópica; tem o direito de estabelecer parcerias no desenvolvimento de projetos e programas para entidades públicas, mas não pode substituir o poder público na

realização de atividades que seriam de obrigação do poder público, ou seja, não pode atuar gerando serviços de saúde para as prefeituras e estados. Portanto, não pode estar inserida nos espaços hospitalares, mas poderia realizar serviços na Estratégia de Saúde da Família por ser apenas um programa ministerial e não um serviço obrigatório do setor saúde.

Finaliza-se este item com Matus, no "Plano como Aposta" (1991, p. 40), que traz a questão dos compromissos assumidos pelo gestor em relação aos superiores e subordinados. Enfatiza que o gestor deve prestar contas quanto aos compromissos assumidos, constituindo regra-chave para compreender que uma *"direção responsável está submetida a uma estrita prestação de contas que a obriga a operar com uma gerência criativa"*, abrindo espaço em sua agenda para o atendimento as urgências, a rotina e a correção dos rumos da planificação estratégica. Isto lhe permitirá maior flexidade de ação, maior autonomia e sobretudo abre espaço para as negociações com outros atores.

3.3.13 Modelo de atenção

Este item será apresentado e analisado no próximo capítulo.

3.3.14 Atenção Básica/Atenção Primária

Este item será apresentado e analisado no próximo capítulo.

3.3.15 Gestão do trabalho

O capítulo abrange tudo o que se relaciona com estruturas organizacionais, qualificação profissional e autonomia no momento de prestar assistência e auxiliar no processo de planejamento da saúde. Há uma declaração importante no sentido de estimular o

gestor a valorizar o trabalhador da saúde. Afinal, como parte fundamental do processo de execução do planejamento em saúde, é correto que ele se sinta corresponsabilizado pela assistência e participe ativamente todas as decisões tomadas a favor de realizar o trabalho no SUS, de modo a colaborar com seus preceitos e diretrizes. Assim, é importante que o ambiente de trabalho seja democrático, saudável e promova um "sentimento de pertencimento" àquele ambiente para o trabalhador.

O programa prevê alguns cuidados que devem ser tomados em relação à gestão do trabalho, temas que são polêmicos devido ao peso que dá à vida do trabalhador durante seus anos de produtividade. São eles: folha de pagamento de pessoal, modo de remuneração, valorização do trabalhador com programas de cargos e salários, previdência e assistência ao trabalhador, mesas permanentes de negociação do processo de trabalho. Todo esse movimento deve ser transparente, democratizado e descentralizado, preservando as relações e a assistência à saúde no município.

Acrescenta o documento que gerenciar o trabalho no SUS implica administrar toda e qualquer relação de trabalho necessária a seu funcionamento, devendo envolver todas as relações de trabalho e prestações de serviços ofertadas aos usuários, assim como o conjunto das ações e atividades necessárias ao desenvolvimento das atividades-meio (tais como formação, atos e ações administrativas). Esclarece o documento (CONASEMS, 2009, p. 115):

> [...] que gestão do trabalho pressupõe que o gestor tenha clareza de que só será possível a consolidação do SUS se implementarmos uma política de valorização do trabalhador de saúde. Para tanto, o trabalhador deve ser visto como um sujeito no seu processo de trabalho que pode contribuir significativamente com o planejamento, formulação e execução das ações de saúde. É importante que ele participe das decisões e se sinta co-responsável na execução das ações. Para que isto aconteça, é necessário promover um ambiente de trabalho democrático, saudável e participativo que possibilite o "sentimento de pertencimento.

O documento destaca, dentre outras recomendações:

- a importância de definir uma Política Municipal de Gestão do Trabalho com regras claras e negociação permanente, conduzidas de forma humanizada e preservando o respeito nas relações e processos de trabalho. Alem disso, é recomendável que seja descentralizada, democratizada e transparente;
- a necessidade de se manter uma mesa de negociação permanente, que faça a medição de conflitos;
- a gestão colegiada de Administração e Remuneração de Pessoal, com

> representantes dos trabalhadores, dos órgãos de decisão de outras esferas do governo municipal e da sociedade. Este espaço deverá organizar as propostas sobre remuneração e carreiras, sempre precedidas de debates.

Nos referenciais sobre planejamento, foram poucos os autores que conferiram tanta ênfase e importância ao trabalhador como se percebeu ao ler o documento. Ainda que Testa (1992) e Matus (1992) não explicitem a importância dos trabalhadores de saúde, ela aparece de maneira implícita quando referem sobre a necessidade de participação e da democratização das decisões, da compreensão da realidade a partir da visão de diferentes atores, dentre outras. Destaca-se, abaixo, como a questão dos recursos humanos foi descrita no CENDES/OPAS e por Testa (1992) nos documentos consultados neste estudo.

No documento CENDES/OPAS (1965, p. 7), entende-se *por recursos de acordo com a ciência econômica, tudo aquilo que pode ser utilizado para produzir bens e serviços.* Os recursos podem ser classificados como recursos que provem do trabalho, do capital e recursos naturais. Refere o documento que dificilmente um objetivo é alcançado utilizando-se um único recurso, como o trabalho, por exemplo. Exemplifica trazendo o caso de dois vacinadores, no qual o primeiro vacina 100 pessoas por dia e o outro 50; complementa dizendo ser difícil afirmar que o primeiro é mais eficiente que o segundo, sem se avaliar a condição de trabalho de ambos vacinadores, como por exemplo, o que vacina mais ter um ajudante, ter material de melhor qualidade etc. Entendido desta maneira, pode-se dizer que a gestão dos trabalhadores obedecia apenas à racionalidade econômica, ficando bastante distante dos pressupostos colocados no documento em questão.

Já Testa (1992), ao se referir ao diagnóstico estratégico, enfatiza que a categoria-chave deste diagnóstico é o poder. Assinala que os serviços de saúde, os programas e as instituições representam um campo de disputa pelo poder. É dentro desta visão de disputa cotidiana que são percebidos os trabalhadores, como os médicos, pessoal de enfermagem, administradores (apenas para citar alguns dos inúmeros trabalhadores) que podem formar alianças de maneira a cooperar com os propósitos do planejamento, ou para levantar novas demandas.

Percebe-se, então, que nos trabalhos consultados a preocupação com os trabalhadores de saúde está em um outro nível de reflexão, bastante diferente do que o encontrado no documento do CONASEMS (2009) ora analisado.

3.3.16 Financiamento

O capítulo relata que o financiamento é realizado com recursos próprios da União e de outras fontes relacionadas à seguridade social. Este acordo está previsto na Emenda Constitucional (PEC) nº 29, de 2000, que prevê contrapartidas das três esferas de governo para manter ativos os serviços da saúde brasileira. Os repasses são realizados, como já mencionado, por meio de transferências fundo a fundo (FNS), para que os gestores possam cumprir com suas programações.

O capítulo pretende informar ao gestor sobre a obrigatoriedade de utilizar com responsabilidade os recursos, pois existem sanções legais que deixam claro que a União irá controlar as remessas de recursos para que não haja gasto excessivo sem necessidade. São ferramentas que amarram a questão financeira do SUS:

1) *Gasto em saúde*: determina que o dinheiro só pode ser gasto com ações e serviços de saúde definidos pela Constituição Federal e nas Leis n°s 8. 080 e 8. 142, de 1990 (BRASIL, 1990).
2) *Recursos da saúde*: definem como deve ser repartida a responsabilidade de transferência de recursos entre as esferas de governo.
3) *Administração de recursos*: os recursos só podem ser administrados em um fundo de saúde sob a responsabilidade do secretário de Saúde, que deve ser o único a ordenar o empregos dos recursos recebidos.
4) *Transparência*: o Conselho Municipal de Saúde tem como obrigação fiscalizar e acompanhar a utilização dos recursos do fundo, mantendo negociação constante com o secretário para que as demandas primordiais da população sejam contempladas, como uma prestação de contas para o Conselho.

Com relação aos recursos, Testa (1981, p 64), no documento *Extrato da planificação estratégica no setor saúde*, refere que fazem parte da programação o estudo dos recursos (sua organização ou função de produção, quantidades reais e custo), a produção de atividades (quantidade, eficiência e cobertura) e a relação entre uma e outros (eficiência e produtividade). Complementa afirmando que no momento estratégico do planejamento deve-se procurar superar os obstáculos apresentados em relação aos diferentes recursos escassos,

não apenas os econômicos. Com isto, Testa alerta para que o gestor e sua equipe de planejamento não valorizem apenas os recursos financeiros, sendo bastante importante pensar nos demais recursos (materiais e humanos).

Chorny, Kuschnir e Taveira (2008, p. 18) referem que depois da definição das atividades a serem realizadas e das metas a serem cumpridas, é necessário realizar o cálculo dos recursos físicos materiais e humanos necessários para o desenvolvimento das atividade calculados em recursos financeiros. *Esta etapa implica realização do balanço entre os recursos necessários e os existentes no momento.* Os autores, ao se analisarem como o método CENDES/OPAS (1965) entendia a questão dos recursos financeiros, afirmam:

> [...] que o problema básico do planejamento seria de quantidade e disponibilidade de recursos que deveriam ser traduzidos pelo planejador tanto na opção mais adequada para maximizar os resultados (o que fazer para que se obtivesse maior benefício em termos de saúde) como na de minimizar os recursos necessários para alcançar um determinado resultado pré definido (qual a melhor maneira do ponto de vista do uso de recursos financeiros, de fazer algo que já se havia definido que traria benefício a população). (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008, p. 5).

Pode-se afirmar que no documento *Reflexões aos novos gestores municipais em saúde* (CONASEMS, 2009), encontram-se no item ‘‘financiamento”, vários aspectos das instâncias temporais do planejamento de Carlos Matus – o momento normativo, o estratégico e o tático-operacional, além do momento da análise diagnóstica dos problemas de saúde de Mário Testa em seus quatro níveis: estado da saúde, situação epidemiológica, serviços e setor.

3.3.17 Outros

Existem alguns capítulos referidos no documento trabalhado que são bastante específicos para os técnicos da saúde, que explicam como devem ser organizados os serviços de: vigilância em saúde e sanitária, dengue e assistência farmacêutica. Esses capítulos servem apenas como orientadores do trabalho e se referem, em sua maioria, às legislações sobre os temas. Isso confere uma abordagem completamente normativa no que diz respeito ao tipo de planejamento, pois acrescentam apenas as normas como devem ser projetados os serviços, seguindo os preceitos do SUS, a assistência à saúde nos três níveis de atenção. Portanto, essas questões não serão aprofundadas aqui (CONASEMS, 2009).

Assim também é o caso da Educação Permanente, do Sistema de Informação e Programação e Regulação: esses tópicos tratam de como conduzir estratégias educacionais para melhorar a atenção ao cliente, o acolhimento e as lacunas na formação dos profissionais de saúde que estão na ponta atendendo à população. Já os sistemas de informação, são responsáveis por alimentar os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, para que os municípios possam ser contemplados com os orçamentos em prol de sustentar a estrutura de saúde em cada município brasileiro. E o tópico que fala sobre programas e regulação explica sobre os instrumentos que auxiliam na contratação de pessoal, manutenção de cadastros de trabalhadores, autorização de internações e a programação do pacto municipal de saúde e outros, igualmente com ênfase na abordagem normativa do planejamento em saúde. (CONASEMS, 2009).

Esses tópicos promovem auxílio na gestão da saúde nos municípios brasileiros, segundo o documento, funcionando como ferramentas importantes na condução de um bom planejamento dos serviços de saúde de cada município, mas não serão detalhadas nesta apresentação.

4 **IDENTIFICANDO AS ABORDAGENS DE PLANEJAMENTO NO DOCUMENTO A PARTIR DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE**

Tratando-se de estudo que buscou, através da análise de conteúdo, identificar palavras ou frases que permitissem uma análise menos empírica do documento e mais embasada nos significados contidos no trabalho, chegou-se a três grandes categorias, a saber: *aspectos políticos do planejamento, planejamento e programação* e *modelo de atenção.*

Neste capítulo, serão realizados três movimentos: o primeiro, de apresentação do texto a partir do documento; o segundo, a correlação do texto com os teóricos do planejamento como já realizado no capítulo anterior; e terceiro, tentativa de identificar as abordagens de planejamento que ficam mais caracterizadas nas categorias de análise.

4.1 **Aspectos políticos do planejamento**

Nesta primeira categoria de análise, três palavras tiveram maior ocorrência: *política, prefeito* e *gestor.* Inicialmente, o documento (CONASEMS, 2009, p. 19) faz uma breve reflexão sobre a maneira de harmonizar a proposta política de governo do prefeito com as necessidades primordiais da população, da sociedade organizada, dos trabalhadores de saúde e os demais entes envolvidos com as políticas públicas. Explica que o gestor que consegue articular suas pretensões políticas com a população, com a assistência privada e com as secretarias municipais, garante maior confiabilidade e espaço político para as negociações com esses atores. Em seguida, relata as legislações que fazem essa redação se tornar uma constatação e cita os artigos da Constituição que denotam isso.

O artigo 23 cita a responsabilidade de zelo pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas, além de conservação do patrimônio público. E ainda: cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia do público com necessidades especiais. O artigo 3 cita que compete aos municípios discutir as políticas sobre assuntos de interesse do município, suplementar as leis em razão do que for necessário, informar sobre arrecadação dos tributos e sua aplicação, dar providência à criação dos distritos ou contrário, relatar sobre a organização dos serviços, discorrer sobre a cooperação técnica e financeira da União, ressalvando a promoção do ordenamento territorial, e prover a proteção do patrimônio

histórico-cultural local (CONASEMS, 2009). Relembra ainda que a gestão em saúde não se torna completa se o gestor não participar ativamente das negociações regionais, pois nenhum município se sustenta sozinho financeira e tecnicamente sem auxílio do SUS, e também não exerce completa autonomia sobre suas ações e deliberações.

Toda esta parte do texto referente ao prefeito traz à tona a parte política do planejamento, bem discutida por Mario Testa (1992), que apresenta a questão quando fala do diagnóstico ideológico, afirmando que o mesmo deve buscar o propósito da legitimação, que é um propósito permanente em qualquer proposta realizada pelo Estado. Para ele, a legitimação se concretiza quando o conjunto da sociedade aceita determinada proposta ou decisão. Ressalta o documento (CONASEMS, 2009, p. 19):

> É muito importante harmonizar a vitoriosa proposta política de governo do prefeito eleito com as demandas da comunidade, da sociedade organizada, dos trabalhadores da saúde, e com os demais atores políticos no município. O gestor da saúde que administra com responsabilidade garante um permanente espaço para a articulação entre a secretaria municipal de saúde e estes atores, com base nas atribuições constitucionais. Nesta tarefa é fundamental a participação do Prefeito Municipal

Com relação ao que fala o documento, este trabalho se apoia em Testa (1992, p. 112) que fala sobre os propósitos do governo. Refere que os propósitos de um governo podem ser definidos da seguinte maneira:

- um propósito permanente, que é o de legitimação da situação atual e das características dominantes da formação econômica social que o sustenta;
- um propósito de crescimento e, em termos mais específicos, o crescimento da produtividade;
- um propósito possível, que é a facilitação de condições que conduzam à transformação da estrutura social, o que permite uma abertura aos interesses conflitantes.

Quando um gestor de saúde assume suas funções, é muito importante que ele conheça quais os propósitos de governo o prefeito eleito tem em mente, quais os propósitos que ele como gestor tem em mente para o planejamento da saúde municipal, quem são os atores que poderá ter como aliados, quem são os atores com os quais terá que negociar os conflitos – ou seja, como articular, como diz Testa, o poder técnico, o poder administrativo e o poder político

Outro aspecto importante neste item é sobre a formação do Conselho Municipal de

Saúde, colegiado regulamentado pela Lei n° 8.142/90, pertencente ao Poder Executivo municipal, que regulamenta a participação social de trabalhadores, usuários, prestadores de serviços para a saúde e da própria gestão municipal. O conselho representa maior transparência para a administração pública, a*pesar de existirem casos de manipulação partidária e política em alguns municípios brasileiros;* mesmo assim, não é permitida a participação de vereadores no Conselho Municipal de Saúde. Refere o documento (CONASEMS, 2009, p. 21) que se deve:

> [...] assegurar a participação da sociedade civil e de representantes de entidades nas decisões da SMS também constitui tarefa da equipe gestora. Os dirigentes devem lutar também pela autonomia para empreender a gestão dos recursos financeiros, materiais e do trabalho relacionados à saúde municipal.

A este respeito, Chorny, Kuschnir e Taveira (2008, p. 5) referem, em sua análise, que na realidade o poder dos técnicos de planejamento é bastante aparente, pois se restringe ao âmbito do próprio planejamento. Destacam que o planejador para enfrentar a *"irracionalidade dos políticos*", tem duas estratégias: uma, mostrar que a racionalidade do planejamento é superior à decisão política em termos dos benefícios alcançados pela utilização do método; e outra, depois de elaborada a proposta técnica, deixar para o nível político a *"eleição do curso a seguir".* Neste caso, as decisões que deveriam ser compartilhadas com a comunidade, Conselho Municipal de Saúde e trabalhadores da saúde continuam a sendo tomadas na maioria dos casos pelos políticos.

O documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (CONASEMS, 2009, p. 22-27) apresenta ainda a questão do *orçamento municipal,* com base no plano plurianual e no plano municipal de saúde, referindo-se às fraquezas e dificuldades referentes à insuficiência de financiamento e de apoio técnico. Ressalta o documento que o gestor municipal deve ter clareza de suas limitações e buscar superá-las de forma responsável. Isto pode significar o espaço entre o sucesso e a reprovação. Esse trecho apresenta a preocupação política quanto à utilização de recursos, que, como o documento refere, sempre são escassos.

O CENDES/OPAS, quando faz referência ao diagnóstico, assim expressa tal preocupação:

> [...] a política de saúde e a ação econômica, se exercem dentro de certas restrições sendo influenciadas pelas condições físicas ambientais, a quantidade e qualidade dos recursos existentes, o conhecimento técnico disponível, e o contexto social, econômico, político e cultural do local onde se realiza a programação. No diagnóstico busca-se fazer um inventário dos fatores mencionados hierarquizando-os por prioridades, possíveis de serem alcançadas em saúde em 5 anos, verificando se os recursos estão bem instrumentalizados. Recomenda que o diagnóstico não pode limitar-se somente na descrição da situação de saúde da comunidade, mas sim deve explicá-los a luz da influência que exercem sobre ela os diferntes fatores

condicionantes (CENDES/OPAS,1965p. 14)

Interessante destacar que, para o CENDES/OPAS (1965), a questão dos recursos financeiros ficava desvinculada do programador local, que se incumbia de fazer a programação sem se preocupar com a quantia exata dos recursos, cabendo ao nível central de planejamento de saúde determinar qual seria a disponibilidade de recursos com que se contava para desenvolver ações de saúde durante o período do plano, fato bastante criticado por Matus e Testa.

Outro aspecto político abordado no documento (CONASEMS, 2009, p. 27) é com relação à *agenda política do Executivo*, alertando que projetos ou programas não inclusos no Plano Municipal de Saúde ou no orçamento municipal não podem ser implementados, mas abre exceção para interesses relativos à governabilidade e ao Poder Legislativo. Isto remete ao momento estratégico do planejamento de Carlos Matus (1992), quando busca responder quais as operações/ações do plano são viáveis ou inviáveis. Refere o autor que o problema da viabilidade é muito importante e devem-se levar em consideração três tipos de restrições: *recursos de poder político, econômico* e *capacidades organizativa e institucional*.

Fica claro que a *agenda política do Executivo* deve entrar na pauta de discussões com o Conselho Municipal de Saúde, de maneira que se possa garantir algum grau de participação popular e, sobretudo, conhecer que relações de forças e interesses atuam sobre as proposições da agenda do Legislativo com as necessidades da população. Esse pensamento remete ao método CENDES/OPAS (1965, p. 7), quando cita o "poder real", definido como classes sociais, grupos e indivíduos que participam no processo do planejamento e podem influir de alguma maneira no processo decisório. Ainda segundo o documento, a possibilidade política dos projetos:

> [...] supõe o levantamento dos graus de apoio, rejeição ou indiferença que os políticos provocam nos diferentes atores sociais e políticos e na capacidade desses atores de poder atuar no sentido de viabilizar seus projetos.

Matus (1991, p. 42) chama atenção para a agenda política, descrevendo-a como uma direção estratégica do dirigente que chame atenção de outros atores sobre a importância das propostas, apresentando-as de maneira técnico-política. Ressalta, porém, que nada disso será possível se "*o jogo institucional for de baixa responsabilidade, não existir gerência criativa por operações e o dirigente não prestar contas nem souber exigi-las de seus executivos".*

Enfatiza que tal ação determina se haverá domínio do plano sobre a improvisação ou da improvisação sobre o plano.

Testa (2007, p. 251), ao falar sobre quem decide em saúde, refere que a responsabilidade das decisões tomadas pelo Estado afeta de maneira significativa a vida da sociedade. Segundo seu texto, é importante entender a diferenciação de Estado homogêneo, que normalmente se chama de nação, e o Estado heterogêneo, entendido como sociedade. Então, se é o Estado que decide e se o mesmo não é homogêneo, pode-se entender que haverá muitos conflitos. Aplica a terminologia de *"atores do Estado a todos aqueles sujeitos e organizações que adquirem a capacidade de introduzir temas de debates na agenda do Estado"* e complementa: *"se um tema não está na agenda do Estado, não existe"*.

O documento (CONASEMS, 2009, p. 22) traz como figura importante desse momento estratégico o *Secretário Municipal de Saúde, ao referir que o mesmo deve possuir boa sustentabilidade e representação política no governo municipal*. Enfatiza que a gestão do SUS não possui apenas a perspectiva política, e que o conhecimento técnico em saúde pública e de planejamento estratégico deve ser a base de uma boa governabilidade do Secretário Municipal de Saúde. Neste item, com relação ao gestor, ainda foi possível encontrar que o mesmo deve *ter governabilidade e governança, deve ter flexibilidade de ação e saber mobilizar recursos e vontades*.

A respeito disso, Matus (1992) destaca que a planificação é inseparável da gerência, pois para que ela funcione tem que responder às necessidades de quem gerencia. O ator que planeja não pode recomendar medidas, somente deve decidir operações. O plano situacional se refere a um conjunto de operações que corresponde a uma forma concreta de produção. Cada operação supõe um responsável por seu desenho, execução, controle e revisão, de acordo com as circunstâncias.

As palavras destacadas no texto acima remetem a aspectos bastante discutidos por Matus e por Testa. Matus discute a questão da governabilidade, dos diversos atores que planejam e das estratégias que devem ser elaboradas para se conseguir atingir as propostas formuladas. Destaca Matus (1991, p. 29) que "*o homem perante uma situação pode controlar totalmente os resultados de sua prática ou é arrastado por circunstâncias que não controla".* Refere que um bom governante como condutor de situações define sua governabilidade se consegue estabelecer o equilíbrio entre as variáveis que controla e as que não controla. Complementa que a política exige compromissos que se expressam como anúncios de resultados e ainda que o plano elaborado pelo gestor e sua equipe seja um compromisso que anuncie resultados, o gestor sempre terá algumas variáveis do plano que não consegue

controlar. O gestor que tenha boa governabilidade é aquele que tem capacidade de calcular resultados com alta margem de segurança e de probabilidade. Matus (2001, p. 30) refere que *"na vida real, governa-se e planifica-se num jogo semi-controlado, e isso altera todas nossas bases de pensamento sobre a planificação"*

Ainda é Matus (1991, p. 35) quem explica a importância da relação entre o prefeito o gestor municipal de saúde e outros atores que fazem parte do planejamento.

> [...] a baixa capacidade do governo afeta a governabilidade a qualidade da proposta e a gestão do governo. As exigências do projeto de governo põem em prova a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. A governabilidade do sistema, por fim, impõem limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo. A planificação em síntese, nos diz que nunca se governa com total governabilidade do sistema e total capacidade de governo [...].

Acrescenta Matus (1991, p. 37) que a eficácia política deve ser considerada um critério essencial de avaliação estratégica, em *"concorrência com os critérios de eficácia econômica, cognitiva e organizativa".* Neste sentido, o autor faz uma crítica à planificação tradicional, referindo que a mesma realiza a formulação de seus planos e objetivos ignorando o político, assumindo que o problema estratégico compete aos políticos sendo a planificação do domínio dos técnicos. Complementa dizendo que é por conta deste pensamento que se tem praticado uma "*planificação formal, ritual e tecnocrática, sem estratégia política que lhe incorpore viabilidade".*

Percebe-se então como deve ser difícil para o gestor da saúde e o Conselho Municipal de saúde alinharem suas propostas com a agenda política do prefeito. São apresentadas a seguir algumas frases do documento (CONASEMS, 2009), destacadas do texto como unidades de registro, que esclarecem bastante a situação colocada por Matus e Testa:

> [...] a demanda política do gestor deve ser pautada pelo programa de governo do novo prefeito eleito; deve haver a participação de todos os seus atores no planejamento, propiciando uma interface de comunicação e integralidade que são vitais para o sucesso do plano; o gestor da saúde deverá ter bem definidas suas diretrizes políticas para que o planejamento alcance seus objetivos; deve estar apto a realizar pactuações e, finalmente, que o Termo de Compromisso de Gestão do Município e do Plano Municipal de Saúde, devem estar claramente definidos. (CONASEMS, 2009, p.22).

Ainda com relação ao gestor, fica claro em todo documento que o mesmo deve ter claramente definidas suas responsabilidades, sendo uma delas garantir a participação dos trabalhadores da saúde e da população nas decisões, assim como a formação e educação permanente de todos; deve promover a ideia de que as unidades de saúde construam projetos

locais de intervenção baseados na análise de situação da saúde por meio do diagnóstico participativo local focado no território, na intersetorialidade e na integralidade, abarcando as metas nacionais, estaduais e locais. (XXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde); deve ter governabilidade e governança; flexibilidade de ação e saber mobilizar recursos e vontades; e assumir a responsabilidade pela Saúde em seu município.

Mais uma vez vale citar Matus (1991, p. 40), mesmo que o autor tenha utilizado esse trecho para correlacionar outro aspecto do documento no capítulo quatro:

> [...] o dirigente troca compromissos com seus superiores e subordinados. A prestação de contas quanto aos compromissos assumidos, constitui regra chave para compreender que uma direção responsável está submetida a uma estrita prestação de contas que a obriga a operar com uma gerência criativa, a dar espaço em sua agenda às importâncias e a sustentar o tratamento das importâncias com um poderoso sistema de planificação. Se não existe uma direção responsável, a agenda fica tolhida de urgências, a gerência será rotineira e a planificação subsistirá como mero ritual de efeitos simbólicos.

Acrescenta Testa (2007, p. 252) "*que neste espaço de luta de poderes, são frequentes as contradições que são visões diferentes frente a múltiplas questões, e os conflitos que são as formas materiais em que se expressam estas contradições"*. O autor esclarece que o gestor deve ter algumas aptidões e qualidades para saber lidar com as contradições e os conflitos, dentre as quais uma atitude crítica frente à realidade, e também aptidão crítica. Complementa que para o governo é mais fácil lidar com aqueles que tenham apenas uma atitude crítica ou que sejam completamente passivos porque há menos conflitos, por não terem uma visão mais crítica dos problemas e da realidade. No entanto, quando o gestor da saúde consegue ter ambas aptidões, isto é atitude e postura crítica, e tal composição intervém decisivamente na forma como se conduz a política, sendo capaz de transformar a realidade.

Finalizando a analise da categoria "Aspectos políticos do planejamento", destaca-se que, apesar de a abordagem de planejamento do CENDES/OPAS (1965) ser contemplada em algumas questões, as abordagens do planejamento estratégico e do planejamento estratégico situacional ficam muito mais evidentes no conteúdo do documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009), como é possível verificar pelas citações.

Isto é coerente se pensarmos, juntamente com Matus (1991), que a planificação tradicional ignora o político como oposto do técnico na formulação do plano, fato que pode indicar a pouca referência no CENDES/OPAS (1965) na categoria política deste estudo. Também tomando conhecimento das bibliografias que embasam o conteúdo do texto, verifica-se que as mesmas são de autores que acreditam na transformação da realidade e em um

planejamento estratégico e ou estratégico situacional que, mesmo correndo o risco de não ser executado pelos prefeitos e gestores, poderá constituir um arcabouço doutrinário para os novos gestores municipais de saúde.

4.2 **Planejamento e programação**

O documento *Reflexões aos novos gestores* (CONASEMS, 2009, p. 45) inicia afirmando que o planejamento[3] é essencial na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Refere que ao se realizar o planejamento podem ser adotadas várias metodologias, ressaltando porém que o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território. Concordando com este pensamento, Chorny, Kuschnir e Taveira (2008, p. 8) afirmam:

> Existem diversos métodos e teorias de planejamento e que variam de acordo com os objetivos que perseguem, desde uma simples projeção de tendências a modelos complexos com bases em diferentes marcos teóricos e conceituai. Em geral, ao realizar o planejamento, utilizam-se diferentes procedimentos e metodologias advindas dos vários modelos. Neste sentido, não existe o método de planejamento, a ser utilizado em todas as instâncias, capaz de dar conta de todos os casos e de todos os momentos do processo. Na realidade, dependendo de quem planeja, dos objetivos e do momento em que se esteja no processo são utilizados elemenetos dos diferentes métodos.

Ainda para esses autores (2008, p. 5), o método proposto pelo CENDES/OPAS (1965), tinha por fundamento a relação de causalidade simples entre: *as variáveis e estados de saúde*, e *entre ações e resultados.* Para conseguir isto, propunha uma "*metodologia de eleição de prioridades que vinha estabelecer uma série de critérios que orientassem as intervenções, com o objetivo de otimizar os recursos existentes"*. Chorny, Kuschnir e Taveira (2008, p. 5) complementam afirmando que o método CENDES/OPAS (1965) definia alguns critérios para priorizar o problema, quais sejam: o de *magnitude* do dano, (doença ou do problema) expresso pelo número de mortes causadas; *a vulnerabilidade*, medida em função do impacto

[3] Tancredi, Barros e Ferreira (1989, p. 14) fornecem uma diferenciação entre planejar e gerenciar. Planejar, para os autores, é um processo que depende fundamentalmente de conhecer bem a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar. Gerenciar é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar esforços das várias partes deste sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. Numa organização, o gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultado que dela esperados.

que as técnicas disponíveis poderiam exercer sobre a doença; e t*ranscendência*, que buscava medir a relevância que teria para determinada sociedade o grupo social mais afetado pela enfermidade em questão. Enfatizam os autores (2008, p. 6) que para o CENDES/OPAS (1965):

> [...] no processo de eleição de prioridades, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor o custo das intervenções propostas, mais elevada a prioridade de determinado dano […] esta definição de prioridades baseada em critérios "objetivos" dava ao método uma aparência científica que permitia postular, pelo menos teoricamente, que seria possível definir prioridades e planejar de forma "racional" independente de quem o fazia.

Testa (1992, p. 115), referindo-se ao desenvolvimento do método, enfatiza que a organização é que determina o método, como colocado abaixo:

> Admitir que pudesse não ser assim seria reconhecer a onipotência do método. Apesar da reiterada labilidade, é óbvio que qualquer instituição põe limites a seus processos, isto é, condiciona o seu método. Em suma na condição atual da América latina, os métodos determinam suas organizações e estas condicionam aquelas.

Para Matus (1992), a grande função do método pode ser descrita como um permanente exercício de reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade, visando prever situações e alternativas, antecipando possibilidades de decisão e preparando estratégias para ganhar governabilidade sobre a mesma. A proposta conceitual e metodológica de Matus (1992) toma como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, e analisados a partir da perspectiva de determinado ator social e contemplando um conjunto de métodos já descritos no referencial teórico deste estudo, a saber: o momento "explicativo", momento "normativo", o momento "estratégico" e o momento "tático-operacional".

Voltando ao documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (CONASEMS, 2009, p. 45), o mesmo refere que por meio do Pacto pela Saúde, foram acordados dois instrumentos básicos de planejamento no âmbito do SUS: o *Plano de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde* e o *Relatório Anual de Gestão.* Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário identificar os *problemas e prioridades de intervenção, de modo a se buscar soluções eficazes.* (Para tanto, é necessário identificar os fatores que condicionam e determinam as situações consideradas insatisfatórias, além de estabelecer as linhas a serem seguidas na solução desses problemas).

Especificamente com relação ao plano de saúde, Matus (1991, p. 28) refere que um

plano é um compromisso que anuncia resultados, ainda que estes não dependam inteira ou principalmente do cumprimento daqueles compromissos, ressaltando (1991, p. 37) que "*um plano não deve cobrir todo o universo teórico de possibilidades que o futuro oferece devendo por razões práticas explorar apenas algumas"*. Para o autor, as demais possibilidades permanecem na nebulosidade do futuro, e devem-se prender as possibilidades que a realidade mantém abertas. Complementa Matus (1991, p. 35) que esse pensamento impõe que seja abandonado o delineamento determinístico sobre o futuro, adotando-se formas de delineamento mais flexíveis. Recomenda que se deve substituir o cálculo determinístico pelo cálculo interativo, concentrando-se em *contextos explícitos* que são cenários possíveis no plano. Enfatiza *que "devemos revisar radicalmente nossa forma de delinear planos num mundo infestado de incertezas e surpresas*". Para Matus (1991, p. 36), "*o plano é uma seleção de operações destinadas a alterar a situação inicial a atingir situação-objetivo"*.

Para Chorny, Kurchnir e Taveira (2008, p. 9), o plano é um instrumento flexível, e embora procure expressar os resultados de todo processo diagnóstico, análise e elaboração técnico-política, sua utilidade é constituir um instrumento que norteie as atividades realizadas, buscando concretizar as mudanças desejadas. Complementam os autores (2008, p. 10):

> [...] o plano não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem planeja, simplesmente uma declaração de como o mundo deveria ser. Os objetivos e estratégias expressos no plano devem ser factíveis do ponto de vista técnico e viáveis do ponto de vista político, guardando, portanto, relação com a realidade. A definição e explicitação da imagem objetivo é central ao planejamento, em todos os seus momentos. É a imagem-objetivo - a situação ideal a ser alcançada - que guia o processo de planejamento.

Retomando alguns aspectos do documento em tela (CONASEMS, 2009, p. 45), *planejar* implica *definir prioridades*, *mobilizar recursos* e vontades em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, em um processo aberto e dinâmico, que oriente o cotidiano da Saúde municipal em seus vários espaços.

A respeito de mobilizar recursos no método CENDES/OPAS (1965), recursos eram entendidos como sempre escassos e o programador deveria fixar metas de rendimento e eficiência para o uso de recursos em cada um dos danos. Matus (1992) faz uma crítica a esse tipo de planejamento, referindo que não se deve cair nos erros da planificação desenvolvida pelo CENDES/OPAS (1965), segundo o qual primeiro se define quanto há de recurso para, em seguida, definir as operações. Com relação a *definir prioridades*, em todos os modelos de planejamento deste estudo se fez referência ao levantamento de p*roblemas e a definição de prioridades*, como se verifica a seguir.

Segundo o CENDES/OPAS (1965), na fase do diagnóstico busca-se fazer um inventário dos principais problemas de saúde, hierarquizando-os por prioridades, possíveis de serem alcançadas em saúde em cinco anos, verificando sempre se os recursos estão bem instrumentalizados. Recomenda que o diagnóstico não podem se limitar somente a descrever a situação de saúde da comunidade, mas devem ser explicados à luz de seus condicionantes.

Para Matus (1992), a definição de prioridades acontece no momento explicativo do diagnóstico. Entende que a realidade é explicada mediante a seleção de problemas relevantes, buscando a compreensão mais ampla do motivo de tais problemas ocorrem, utilizando como ferramenta um fluxograma situacional que busca as causas dos problemas e suas variáveis até se chegar ao nó crítico. Complementa o autor que o momento explicativo não cessa nunca porque a realidade está em constante mutação. O autor sugere que os problemas sejam hierarquizados priorizando-se os mais factíveis. Ressalta o autor (1991, p. 33) que, na fase do diagnóstico situacional:

> [...] o primeiro problema é identificar corretamente os problemas e explicá-los situacionalmente, quer dizer, diferenciar as explicações, para saber não apenas onde atuar para enfrentá-los, como também perante quem devemos fazê-lo.

Para Testa (1986), o levantamento de prioridades e recursos acontece na fase dos diagnósticos *administrativo, estratégico* e o *ideológico*. Tais diagnósticos permitem a análise da realidade esmiuçando diferentes aspectos relativos ao processo saúde-doença, sendo posteriormente priorizados e reconstituídos num momento de síntese. Salienta que o diagnóstico nunca é neutro e a escolha das prioridades e a aplicação dos recursos pode estar influenciadas pela compreensão prévia de quem diagnostica, bem como de seus interesses e propósitos.

O documento (CONASEMS, 2009, p. 46) traz ainda um aspecto bastante enfatizado por Matus, ao fazer referências à *análise situacional, prioridades, objetivos, diretrizes e metas* destacando que os objetivos, diretrizes e metas do Plano de Saúde devem ser compatíveis com o Plano Plurianual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA). Abrange um período de quatro anos, devendo sempre partir de uma *análise situacional*, apresentando as *intenções e os resultados* a serem buscados no período expressos. A Conferência Municipal de Saúde, no primeiro ano de gestão, definirá as *prioridades* e diretrizes políticas para a elaboração do Plano Plurianual dessa gestão, válido até o primeiro ano da gestão seguinte e base para os planos anuais. Também é preciso definir

quem serão os responsáveis pela execução do Plano, definindo-se as ações a serem desenvolvidas e as formas de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.

Matus (1992) traz o conceito de situação e fornece a ideia de um ator bastante envolvido com a realidade e com vários outros atores em ação. Na planificação situacional, deve-se contar tanto com a resistência de oponentes como com a ajuda de aliados; deve-se sempre pensar que ao planificar é impossível não ter algum grau de conflito. Para Matus (1992), planejamento situacional significa planejar num contexto de mudanças e num contexto de forças sociais oponentes. O ponto de partida é a situação inicial e a meta é a situação-objetivo a que se pode chegar através de diversas trajetórias. Para o autor (1992, p. 107), a *"planificação situacional refere-se a arte de "governar"em situações de poder compartido*". Complementa que planeja quem governa e quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir. O autor salienta (MATUS, 1992) que a planificação é inseparável da gerência e cada operação supõe um responsável por seu desenho, execução, controle e revisão. Neste caso, entende-se que tanto prefeito quanto secretário municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde têm que estar bastante envolvidos com todo o processo de planejamento.

Retoma-se o documento em análise (CONASEMS, 2009, p. 47), segundo o qual a Programação Anual de Saúde que deve expressar em formas operacionais as intenções fixadas pelo Plano de Saúde, para cada ano, por meio de *prioridades, ações* e *metas*. A programação anual de saúde está ligada à LDO anual (parte da lei do PPA) e da lei orçamentária anual. A cada ano, deve ser elaborada a *Programação Anual de Saúde* (PAS) contendo as ações que, no ano específico, garantirão o cumprimento do Plano de Saúde, estabelecendo as *metas anuais de cada ação,* os *recursos previstos a serem utilizados,* os *indicadores a serem utilizados no monitoramento,* os *responsáveis pelas execuções* e as *parcerias estabelecidas.*

Com relação ás metas, Testa (1992) refere que o planejamento deve ser trabalhado a partir da ótica de sistemas, sendo uma proposta de ação que integra três níveis hierárquicos: o *político,* que se expressa em um plano normativo (o que deve ser feito); o *estratégico,* expresso pela fixação de metas (o que pode ser feito) e o *administrativo* (que se expressa no plano operativo (a solução de problemas). Ainda a respeito dos níveis político, estratégico e administrativo, fornece excelente explicação ao referir que o *poder político* está presente quando o gestor incorpora a agenda de repolitização do SUS com a população (neste caso, mobilizando grupos sociais); *o poder técnico,* quando o gestor trabalha as prioridades para o SUS (trabalhando com informações sobre o estado de saúde da população); e o terceiro, o *poder administrativo,* quando define as diretrizes e redefine responsabilidades de gestão (o

que certamente envolve a necessidade de se priorizar recursos).

Ainda é Testa (1992) que traz o conceito *programa*, definido por ele como um ordenamento administrativo na aplicação de um conjunto de recursos e força de trabalho, sob uma direção particular, destinados a um ou mais objetivos contidos em uma ou várias instituições. Para cada programa, deve-se estudar a quantidade de recursos, a força de trabalho alocada e as atividades que desenvolvem, dimensionadas em metas. A palavra *programa* é bastante utilizada no documento em questão.

Novamente, nesse documento (CONASEMS, 2009, p. 47) consta que se deve elaborar o *Relatório de Gestão* como uma prestação de contas a ser apresentada, trimestralmente, ao Conselho Municipal de Saúde e à Câmara Municipal, e anualmente (o primeiro é o de 2008), por meio do Relatório Anual de Gestão, que deve conter, minimamente: *a análise do desempenho do plano de saúde em relação aos objetivos, diretrizes e metas; as ações e metas anuais definidas e alcançadas, assim como aquelas não previstas, incluindo as prioridades, ações e metas do TCG; os recursos orçamentários previstos e executados; análise da execução da Programação Anual de Saúde do ano correspondente, a partir de suas ações e metas; as recomendações para a PAS do ano seguinte e para ajustes no OS; os indicadores de saúde apurados pelo município;* e *as recomendações de ajustes, como, por exemplo, revisão dos indicadores ou reprogramação.* Complementando, a área da saúde municipal tem *avaliações* e demandas que precisam ser consideradas no cumprimento das *metas aprovadas* no Plano Municipal de Saúde. O gestor deve se apropriar desse fluxo de informação como instrumento de gestão, pois *todo planejamento tem de ser acompanhado e avaliado através da constante correção de rumos e busca do cumprimento das metas planejadas.*

A esse respeito, o momento tático-operacional do planejamento de Matus (1992) parece se aproximar bastante do que foi citado acima. Matus (1992) refere ser necessário verificar se o plano se adapta ao cenário, ao tempo e às condições do que foi proposto, distinguindo no momento tático operacional quatro submomentos: (1) realizar uma avaliação da situação conjuntural para se verificar a existência de novos problemas; (2) selecionar as operações mais eficazes no enfrentamento dos novos problemas e ao mesmo tempo, a aproximação dos objetivos do plano; (3) tomada de decisões e execução buscando conciliar os critérios políticos, econômicos e de curto e médio prazo a partir da apreciação de conjunto; e (4) pós-avaliação das decisões tomadas ou apreciação da nova situação, que consiste em nova apreciação da situação para comparar os efeitos reais com os efeitos esperados no plano de ação.

Enfatiza o documento *Reflexões aos novos gestores* (CONASEMS, 2009, p. 47) que o

planejamento é a melhor maneira de alterar a realidade. Essa realidade não se altera apenas a partir das demandas que normalmente entram pela porta do gestor, mas através do processo de planejamento. Na ausência de planejamento, tais alterações não têm direção nem sentido.

Esse pensamento tem correlação com o que afirma Testa (1992), ao referir que a transformação é o propósito principal do planejamento. Destaca o autor que em qualquer proposta programática podem ser caracterizadas três grandes intenções: *crescimento, legitimação* e *mudança,* sendo a transformação o propósito principal do planejamento. Complementa dizendo que, para que a proposta transformadora ocorra, precisa ser legítima, e para ter legitimidade tem que fazer crescer, pois apenas com o crescimento é que será possível transformar a realidade.

Para se conseguir mudanças, Matus (1992) destaca a importância de se planejar a partir de quatro instâncias temporais: de conjuntura, numa tentativa de sistematizar o dia a dia; a anual operativa ou o plano de ação anual, que propõe referências direcionais mais distantes; a planificação para o período de governo, ou de médio prazo, que traz os objetivos que servirão de guia para orientar a planificação anual e conjuntural; a de longo prazo, que tem como função antecipar o futuro que queremos criar após termos colocado em operação todas as propostas do plano.

O documento relaciona uma série de dificuldades que os gestores encontram na implementação do planejamento como processo permanente de trabalho. O fato fica bem caracterizado no documento *Reflexões aos novos gestores* (CONASEMS, 2009, p. 48), quando este alerta os gestores para alguns aspectos que podem colocar barreiras no processo de planejamento. São elas:

- a tentativa de imposição de determinados instrumentos ou tecnologias de planejamento específico;
- a tendência de operar o planejamento de forma normativa e não participativa;
- a falta de vínculo entre o planejamento e os marcos regulatórios do SUS, como o Pacto pela Saúde e seus processos de organização;
- a falta de unicidade entre as diversas áreas técnicas do SUS;
- o planejamento técnico, dissociada da gestão, da participação e do controle social;
- o planejamento dissociado do processo de financiamento ou orçamentação;
- o desrespeito aos tempos diferenciados das esferas de gestão que possuem a regulamentação do PPA em anos diferentes.

Destacam-se a seguir algumas palavras que são utilizadas no documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (CONASEMS, 2009) e que foram conceituadas por Mario Testa e no documento CENDES/OPAS (1965), referenciais do presente estudo. É o caso da palavra *indicador*, definida por Testa(1992) como uma base de apoio para obter uma informação, um conhecimento e deve assinalar componentes estruturais dos fenômenos que permitem realizar descrições mais completas e elaborar discursos explicativos. Exemplifica como um tipo de indicador as taxas – que são variáveis de fluxo expressas ao longo do tempo, sendo ótimo indicador para estabelecer comparações entre populações de diferentes tamanhos quando feitas as padronizações necessárias para as faixas etárias.

Utiliza ainda como indicadores os conceitos de eficácia entendida como a probabilidade, a posteriori, que uma atividade alcance o máximo do seu efeito potencial, sendo seu indicador o número de atividades úteis pelo total de atividades realizadas; e de eficiência, como a relação entre atividades produzidas e recursos utilizados, sendo seu indicador o total de atividades realizadas pelo volume de recursos. Também para o CENDES/OPAS (1965, p. 3), *eficiência* é uma relação entre objetivos e recursos. Na programação das ações de saúde, deve-se trabalhar com o número de casos que se quer evitar e o prazo que se pretende fazê-lo traçando-se *meta***s**. O programador deverá fixar *metas de rendimento e eficiência* para o uso de recursos em cada um dos danos.

Para Chorny, Kuschnir e Taveira (2008, p. 15), as *estratégias de intervenção* devem ser traduzidas em *atividades e metas a serem atingidas de modo a alcançar o objetivo proposto*. Referem os autores que esta definição está no campo do planejamento normativo onde se define o que deve ser feito e como deverá ser feito. Eles também trazem o conceito de *avaliação* (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008, p. 15), que pode ser correlacionado com os conceitos de *revisão de indicadores e reprogramação* encontrados no documento *Reflexões aos novos gestores municipais em saúde* (CONASEMS, 2009). Referem que o processo de avaliação deve ser parte do planejamento, entendendo que a mesma se inicia na fase do diagnóstico, assim como a definição de estratégias e dos cursos de ação, traduzidas em atividades e metas no pano de ação. A avaliação deve ser compreendida como um instrumento essencial não apenas para se verificar se os resultados foram alcançados no tempo previsto, mas sobretudo como um instrumento de gestão utilizadocomo atividade contínua.

Finalizando, tem-se que as unidades de registro que mais se destacaram no texto, de maneira a correlacioná-las com as terminologias e abordagens dos tipos de planejamento selecionados no referencial teórico deste estudo. São elas: *plano de saúde, planejamento, programação; planejamento como um processo permanente; análise situacional; avaliação;*

prioridades, objetivos, diretrizes ações e metas; definição dos atores responsáveis pela execução do Plano; diagnóstico de saúde; Indicadores de saúde; e *o planejamento é a melhor maneira de alterar a realidade.*

Esta análise permitiu que conhecêssemos um pouco melhor as abordagens de planejamento propostas no documento aqui analisado (CONASEMS, 2009). Como no caso anterior, não encontramos uma única abordagem, mas sim uma mistura delas, ficando no entanto bastante evidente pelas palavras e terminologias utilizadas, que a abordagem central é para o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus. Ainda que palavras como *prioridades, metas* e *objetivos* sejam frequentes nas três abordagens de planejamento CENDES/OPAS (1965), estratégico e estratégico situacional, o conceito de situação bastante utilizado no texto refere-se ao pensamento de Carlos Matus. Por outro lado, as bibliografias utilizadas para fundamentar esta discussão são de autores que entendem o planejamento a partir da abordagem do planejamento estratégico situacional (PES), que fornece uma metodologia para sua aplicação.

Importante destacar que o pensamento de Mario Testa pode também ser incorporado como referencial teórico nos itens planejamento e programação e aspectos políticos do planejamento. Salienta-se como um aspecto interessante o fato de o documento apresentar as dificuldades que os gestores vão encontrar para aplicar esse tipo de planejamento nos municípios e a "quase certeza" de que o modelo do planejamento tradicional é o mais utilizado, por fornecer ideia de que é possível ter mais controle sobre o plano de saúde e sua aplicabilidade, citando que se deve ter cuidado com a *tendência de operar o planejamento de forma normativa e não participativa.*

Para finalizar, apresenta-se a seguir um quadro elaborado por Tancredi, Barros e Ferreira (1998) sobre as diferenças entre o planejamento estratégico e o planejamento normativo e, na sequência, alguns postulados de Carlos Matus citados por esses autores que têm bastante aderência com o item *planejamento* aqui analisado.

Quadro 1: **Algumas características que diferenciam o planejamento tradicional (normativo) e o Planejamento Estratégico Situacional (PES)**

Planejamento Tradicional	**Planejamento Estratégico Situacional (PES)**
Determinista (predições certas)	Indeterminista (predições incertas)
Objetivo(diagnóstico)	Subjetivo (apreciação situacional)
Predições únicas	Várias apostas em cenários
Plano por setores	Plano por problemas
Certeza	Incerteza, surpresas
Cálculo técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado (metas únicas)	Sistema aberto (várias possibilidades
Teoria do controle de um sistema	Teoria da participação em um jogo

Fonte: O Método PES - Roteiro de Análise Teórica (material elaborado para o curso "Governo e Planejamento" FUNDAP-Fundación Altadir, 1998, p. 29).

- O planejamento não deve ser confundido com o plano; o plano é um documento onde colocamos nossos objetivos e estratégias etc., e o planejamento é permanente, pois consiste em um processo passível de mudanças constantes, daí ser necessário que seja permanentemente revisado para se manter atual. A riqueza do planejamento está no processo em si, de analisar o ambiente e os sistemas e chegar a definir o que queremos e como alcançá-los.
- O planejamento não é tarefa dos planejadores; ele deve ser feito pelos atores envolvidos na ação. A figura do planejador deverá ser vista como alguém facilitador do processo.
- Não existe uma "*teoria*" ou um "*método*" de planejamento: na prática, é pouco provável que se utilize um único método ou teoria. O que normalmente acontece é que durante o desenvolvimento do trabalho incorporem-se diversos instrumentos de trabalho, retirados de muitas teorias.
- Planejar não é fazer uma mera declaração de intenções: o verdadeiro planejamento não é uma lista de desejos ou intenções, mas deve enunciar objetivos alcançáveis, caso contrário perderá a credibilidade.
- Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador: o planejamento não é uma mera ferramenta de trabalho, fórmulas que devem ser aplicadas a determinadas situações; planejamento é toda uma visão

administrativa e envolve um variado número de atores sociais. O planejamento torna-se assim 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, porque todos os atores envolvidos percebem que o processo de planejamento exige das pessoas envolvidas um exercício de análise e discussão que leve a um diagnóstico da situação e ao estabelecimento de objetivos factíveis. Adotado como prática social, envolvendo uma ampla gama de atores da sociedade civil, o planejamento exerce forte poder de aglutinação de pessoas e grupos, e tem o poder de criar uma cultura de compromisso entre as pessoas envolvidas.
- Planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas: *"o que planejar?*", "*por quê?"*, "*como?*", "*quando? "com quem*?", "*com o quê*?"
- Planejar é, portanto, a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias no sentido de alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos.

4.3 **Modelos de atenção**

Refere o documento em análise (CONASEMS, 2009, p. 97) que:

> [...] o modelo de atenção é a forma como se organizam os recursos humanos, tecnológicos e materiais no enfrentamento dos riscos e atenção às necessidades de saúde da comunidade, proporcionando promoção, prevenção, proteção, assistência e recuperação de forma integral.

Silva Jr. (1998) discorre sobre como deve ser realizada a escolha do modelo assistencial, afirmando que o mesmo se relaciona com o modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Considera que existem diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinado tempo para intervir não só na saúde, como também na doença e nas escolhas políticas e éticas, que acabam por se tornar os principais problemas a serem resolvidos pela política de saúde. Silva Jr. (1998) refere que não há modelos certos ou errados, ou receitas que, quando seguidas, dão certo.

Recomenda o documento que se deve priorizar um modelo de atenção com redes regionalizadas e hierarquizadas, permitindo organizar socialmente as respostas do sistema de saúde às necessidades da população, definir fluxos e referências procurando aumentar a resolutividade do sistema. Enfatiza que se deve superar a relação de programação de oferta, substituindo-a pela programação das respostas às necessidades da população, e que se passe da lógica da oferta de procedimentos para a lógica do cuidado.

O documento (CONASEMS, 2009, p. 103) apresenta o modelo de atenção escolhido para o sistema de saúde brasileiro, trazendo para reflexões dos gestores a *Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária de Saúde* (APS), referindo que a mesma deve ser a *primeira preocupação do gestor, ao assumir a responsabilidade pela Saúde, em seu município. Constitui-se na porta de entrada do SUS e o ponto de partida para sua estruturação no âmbito local.* Recomenda que apenas com uma Atenção Básica bem organizada será possível qualificar e humanizar o sistema de saúde a partir de um conjunto de ações desenvolvidas próximas aos locais de moradia dos usuários, buscando atingir um nível de atenção integral.

Com relação à formatação da estrutura de modelo citado no documento, Testa (1991, p. 65) refere que o ideal (no sentido da possibilidade de otimizar o sistema de saúde) seria a definição de uma porta de entrada única e, a partir dela, os clássicos arranjos por níveis de atenção (primária, secundária e terciária) regionalizados, com base em procedimentos de referência e interconsulta. Realiza a crítica a esse tipo de modelo, referindo que o mesmo em geral fracassa porque a população não se comporta como deseja a administração.

Mehry (2000, p. 2) discute a questão afirmando que o modelo de atenção deve ser respeitado como a gestão dos processos de trabalho em saúde:

> O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos.

O documento (CONASEMS, 2009, p. 107) esclarece que o conceito de Atenção Primária de saúde pode ser entendido como diferente de Atenção Básica por alguns teóricos e acadêmicos. Entretanto, no Brasil e nos textos de apoio os termos são utilizados como sinônimos. O anexo da Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, explica:

> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

> diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Refere o documento *Reflexão aos novos gestores municipais de saúde* (CONASEMS, 2009, p. 103) que as metas da Atenção Básica/Primária devem respeitar a interação com as famílias, grupos sociais comunitários, criação de vínculo com a comunidade envolvida com o cuidado e não deixar de lado a atenção aos grupos que necessitam de cuidados especiais, e ainda verificar as demandas da localidade e promoção de saúde, a explicitação dos fatores de risco em saúde individuais e coletivos, as ações de prevenção específica, as demandas espontâneas, casos agudos e clínicos, referência e contrarreferência e a responsabilidade técnica pela regulação. Não só disso depende o plano, mas da *adoção de certos protocolos que* possam viabilizar todo esse processo. Os *protocolos de gestão, as linhas de cuidado e protocolos de atenção e clínicos servem para dar conta de todo esse emaranhado de situações necessárias ao plano.*

Segundo Bárbara Starfield (2002), estudiosa da Atenção Primária à Saúde (APS), esta é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, tendendo a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. A autora (STARFIELD, 2002) sugere atributos para as práticas da atenção primária, são eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

O documento (CONASEMS, 2009) ressalta ainda que é imperativo que se pense numa maneira de igualar o sistema de prevenção com os níveis secundário e terciário. Também há necessidade de se traçar uma estratégia para melhorar os serviços e planejar a assistência, de modo a oferecer os serviços de especialidades – ou seja, a referência do município onde, na sua grande maioria, são celebrados convênios intermunicipais ou regionais, os chamados *consórcios intermunicipais de saúde*. Contudo, é necessário realizar um plano com base nas reais necessidades de saúde da população, através do cuidado. *Em sua maioria, os gestores se dedicam a criar serviços inovadores, para chamar a atenção da população, mas não*

necessariamente são as demandas prioritárias que o município ou região aponta em seus índices.

É notório que municípios que detêm a mesma região geográfica comungam dos mesmos interesses culturais e semelhantes dificuldades socioeconômicas, quesito já mencionado quando o planejamento foi relacionado à regionalização, sendo referido por Lavras (2001) que a estruturação de redes de atenção à saúde visa à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes.

Lavras (2011) ainda explica que, em relação à Atenção Básica/Primária, cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, para garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial, como disposto na esquematização abaixo explicada pelo documento aqui analisado em profundidade.

- *Territorialização*: área de abrangência do atendimento de cada equipe de estratégia de saúde da família ou unidade básica de saúde; orienta o diagnóstico de saúde local.
- *Equipes adequadas*: as equipes devem possuir características comuns à população que atende; saber identificar os problemas de saúde e sociais para interagir com maior fluidez.
- *Gestão dos serviços*: o gestor deve conhecer bem sua responsabilidade técnica para desenvolver condições de preparar os trabalhadores da ponta para as tarefas e treinamentos.
- *Rede de retaguarda*: definição de fluxos de referência e urgências em saúde.
- *Infraestrutura*: investimentos em estrutura física e na aquisição de tecnologias suficientes para as demandas de saúde, boas condições de trabalho e sanitárias.
- *Qualificação*: trabalhar as prioridades para a capacitação e educação permanente de todas as equipes.
- *Integralidade na Atenção Básica*: continuidade da assistência a partir da atenção primária de saúde; e vai além, seja qual for o tipo de atendimento envolvido que incorporem o conhecimento técnico-científico da prevenção, proteção, cura e

reabilitação.

Também Testa (1991, p. 63), ao formular o diagnóstico administrativo, o dividiu em estado de saúde, situação epidemiológica, serviços de saúde e setor saúde, fazendo comentários que lembram a configuração dos serviços de saúde, nos moldes da Atenção Básica/Primária. Refere o autor que os "*serviços de saúde são uma das formas de resposta da sociedade aos problemas apresentados pelo estado de saúde e a situação epidemiológica, isto é, às causas e suas manifestações ou efeitos".* Complementa que os serviços podem ser classificados de diferentes maneiras, geralmente de acordo com alguma concepção epidemiológica:

> [...] a formulação ecológica dá origem a serviços dirigidos as pessoas e serviços dirigidos ao ambiente; a "história natural da doença", na formulação de Leavell e Clarck, gera a prevenção primária com duas subdivisões que são a promoção da saúde e a proteção específica: a prevenção secundária com o diagnóstico e tratamento precoce e a limitação da incapacidade; e a prevenção terciária, que é a reabilitação.

Complementa o autor (1991, p. 64) que o diagnóstico administrativo trabalha com os conceitos de eficiência e eficácia e, para se fazer um planejamento adequado utilizando-se estes critérios, é conveniente subdividir os serviços em instituições e programas. Cada instituição prestará um ou mais serviços; cada serviço conterá um ou mais programas. Essa estruturação se assemelha bastante à maneira como está organizado o sistema de saúde, levando a configuração dos serviços em Atenção Primária, Secundária e Terciária. Relata o documento (CONASEMS, 2009, p. 106) trazendo a citação do XXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, que:

> [...] o Gestor municipal deve promover a ideia de que as unidades de saúde construam projetos locais de intervenção baseados *na análise de situação da saúde por meio do diagnóstico participativo local focado no território, na intersetorialidade a na integralidade que abarque as metas nacionais, estaduais e locais*.

Ficam claros, com esta citação do documento (CONASEMS, 2009), os enfoques de planejamento estratégico situacional de Carlos Matus e estratégico de Mario Testa, já abordados no referencial teórico e na categoria *planejamento* deste estudo, complementados ao se referir que *planejamento municipal é um processo contínuo e permanente que se inicia na unidade de saúde, e se soma a todo o momento ao planejamento* municipal. Este pensamento fica mais coerente ainda com as proposições de Carlos Matus e Mario Testa,

conforme citado no documento:

> Pensar o planejamento como um único momento e determinado é não considerar a possibilidade de transformação de seus projetos de intervenção ou não realizar avaliações do desempenho das ações planejadas. Em outros termos, é considerar o plano algo meramente burocrático, exigido por normas do SUS. O Gestor que assim o faz tem pouca chance de alterar o futuro da saúde local. Entretanto, se a gestão é pautada por um modelo de gestão e uma agenda alterada permanentemente estrategicamente por acompanhamento e avaliação da situação de saúde e das demandas sociais, o gestor tem assim a capacidade de alterar uma situação de fato (CONASEMS, 2009, p. 108).

Interessante observar que, no texto, há uma grande reflexão sobre a integralidade, e esta aparece bastante ligada a organização do modelo de atenção e práticas de gestão e dos profissionais de saúde. Explica o documento (CONASEMS, 2009, p. 107) que a integralidade no planejamento está relacionada às necessidades de saúde, aos agravos, às vigilâncias, aos trabalhadores, ao meio ambiente, à estrutura socioeconômica e à cultura, que mesmo bastante diversificados entre cada região, devem ser *objeto da promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde que devem ser expressas no projeto de intervenção da APS.* A integralidade, neste caso,

> [...] se expressa na ponderação simultânea das características da região, durante o processo de elaboração do projeto de intervenção por todos os atores que podem alterar estas características e suas singularidades. Isto deve caracterizar o processo permanente de planejamento. Entre as possibilidades da operação da integralidade na APS está na construção do diagnóstico sanitário e na elaboração de metas estratégicas para a transformação da realidade inicial, na dimensão do sujeito coletivo (CONASEMS, 2009, p. 107).

Ainda neste item, o documento apresenta a integralidade como um aspecto bastante importante na configuração do modelo de atenção pretendido (CONASEMS, 2009, p. 106), referindo que entre as dimensões conceituais da integralidade está a necessidade da continuidade da assistência a partir da atenção primária de saúde (APS). Destaca a dimensão horizontal da integralidade, ao enfatizar que os profissionais de saúde, além de incorporarem o desenvolvimento de ações de prevenção, proteção, cura e reabilitação, em suas práticas, devem, sobretudo, ter um projeto terapêutico que seja holístico, formatando linhas de cuidado. Explica o documento que a noção de integralidade *exige uma certa "horizontalização" dos programas anteriormente verticais.* As equipes de saúde devem mudar a maneira de pensar suas práticas, partindo da inserção sociopolítica e econômica da população a que atendem e suas necessidades, e não apenas levando em consideração a inserção das pessoas neste ou naquele programa do Ministério da Saúde.

Destaca-se aqui, para melhor compreensão desse aspecto, o pensamento de Mattos (2006) a respeito das atuais práticas de saúde, segundo o qual os indivíduos são apenas participantes de um programa do Ministério da Saúde e não sujeitos com uma história de vida e com necessidades. Refere Mattos (2006, p. 14):

> [...] o princípio da integralidade aqui se aplica a partir da indignação com certas características das práticas então existentes. Indignação que permanece atual. Não parece admissível, por exemplo, que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico dessa paciente e vice-versa. Como não é admissível que um homem diabético, com tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução de seus problemas.

Complementa o autor (MATTOS, 2006, p. 14) que essa concepção de programação horizontalizada consiste em organizar o trabalho de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde da população, apreendidas epidemiologicamente; indo além, deve-se aproveitar as oportunidades geradas pela demanda espontânea aplicando protocolos de diagnóstico precoce e de identificação de situações de risco para a saúde, além de desenvolver atividades coletivas junto à comunidade.

Concordamos com o pensamento de Mattos (2006, p. 15), ao referir que:

> [...] a integralidade emerge como um princípio de organização continua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer.

Finalizamos destacando algumas unidades de registro que mais se destacaram na análise de conteúdo do texto Atenção Básica/Atenção Primária e que apresentam significado bastante importante em relação ao planejamento e ao modelo de atenção: *atenção às necessidades de saúde da comunidade; promoção, prevenção, proteção; epidemiologia; Integralidade; redes regionalizadas e hierarquizadas; substituição da programação de oferta pela programação das respostas às necessidades da população criando linhas de cuidado; adoção de protocolos de gestão;*e *metas estratégicas para a transformação da realidade.*

De acordo com os estudos dos teóricos aqui apresentados e a análise de vários pontos importantes de congruência com o planejamento e a saúde, pode-se verificar que entre o saber e o fazer, o documento aponta uma melhoria dos serviços de saúde, se utilizados os caminhos

apontados para o planejamento da assistência à saúde, que objetiva contribuir para o conjunto da sociedade. Com relação às abordagens de planejamento, puderam ser amplamente identificadas no modelo de atenção as abordagens do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus e do planejamento estratégico de Mario Testa.

CONCLUSÃO DO ESTUDO

Toda a caminhada teórica e metodológica da investigação em tela ocorreu no sentido de apresentar e analisar o documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (CONASEMS,2009), distribuído nas Secretarias de Saúde para gestores e planejadores da saúde nos municípios brasileiros, e identificar que tipo de abordagem relativa ao planejamento em saúde, o documento carrega em seus capítulos, numa tentativa de clarear a missão dos novos gestores de prover o planejamento da saúde nos municípios brasileiros.

Com relação ao primeiro objetivo, o mesmo foi apresentado a partir da nossa compreensão e correlação com os autores que discutem o planejamento e destacados em nosso referencial teórico. Esse exercício permitiu ampliar nosso conhecimento sobre o planejamento em saúde e compreensão sobre o documento do CONASEMS (2009), a partir do que refere Pimenta (2007) em relação ao papel do CONASEMS. Enfatiza-se que sua atuação do campo político continua tendo importante atributo: testar a construção de modelos de atenção à saúde centrados nas necessidades dos usuários, contribuindo para a superação das práticas biomédicas e não inclusivas na história do país.

O segundo objetivo, além de apresentar o documento, buscou avançar na análise, de maneira a identificar que abordagens de planejamento em saúde o documento utiliza e/ou privilegia em seu conteúdo teórico. Para realizar esse exercício, foram escolhidos três itens do documento – o Prefeito/Legislativo; o Planejamento; e o Modelo de Atenção e Atenção Básica/ Atenção Primária. Esta escolha não foi aleatória, sendo fruto do resultado da análise inicial realizada a partir da leitura de todo o documento (CONSEMS, 2009). Foi possível então identificar que, a partir desses itens, seria possível efetuar uma análise que correspondesse à totalidade sobre a discussão que se deseja destacar a partir das abordagens em planejamento em saúde presentes no referido documento. Para dar maior confiabilidade à análise, foram utilizados os passos sugeridos por Bardin (2009), o que permitiu chegar às categorias de análise: *aspectos políticos do planejamento; planejamento e programação* e *modelo de atenção.*

A leitura evidenciou que o documento (CONASEMS, 2009) busca, nos itens selecionados para análise, transformar o novo gestor em agente político para construir um trabalho organizado nas reais necessidades de saúde da população, e ainda focá-lo nos princípios do SUS. Apresentam-se a seguir as abordagens de planejamento que ficaram mais

evidentes, a partir da nossa leitura e visão do planejamento em saúde em alguns itens descritos do documento.

Iniciando pelo CONASEMS: a leitura deixou clara que, desde o advento do SUS, esse conselho tomou forma e ganhou força, tornando-se referência para toda a comunidade de gestores envolvida com questões sobre planejamento e gestão em saúde. Procura disseminar suas ideias através de publicações nas quais são discutidos aspectos referentes à gestão do SUS e ao planejamento em saúde. Ficou evidenciado que o CONASEMS, a princípio um conselho de deliberação, se fortaleceu com o tempo, como instância apoiadora dos gestores e ator importante nas políticas de implementação do SUS.

O documento do CONASEMS traz em seu corpo uma abordagem sobre planejamento em saúde que se aproxima das abordagens sobre planejamento estratégico e estratégico situacional, apesar de o documento apontar diversas questões que se assemelham bastante ao planejamento normativo, pautando-se nos aspectos referentes à legislação e orientações gerais e algumas específicas. No entanto, em maior grau, traz concepções e visões do que se poderá construir se houver diálogo, participação popular, vontade de operar mudanças e efetuar transformações, características fortemente relacionadas aos planejamentos já citados, estratégico e estratégico situacional. Por conta destas percepções, entende-se que tais abordagens mais evidentes corroboram as visões dos teóricos Mário Testa e Carlos Matus.

Outros itens do documento atestam esta nossa primeira impressão.

- **O SUS:** neste item, o que chama a atenção é o destaque conferido à integralidade, entendida como um conceito bastante amplo, ligado a organização dos serviços e práticas dos profissionais de saúde, o que deverá ser pensado a partir do planejamento das ações de saúde. Lembramos Mattos (2006), ao referir que a integralidade é mais que uma diretriz do SUS, é uma “bandeira de luta”. Parte de uma imagem-objetivo, um conjunto de valores, pelos quais vale a pena lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Também enfatiza a criação de vínculos do profissionais de saúde, entendida como a capacidade de integrar-se, com a comunidade em seu território, seja no serviço, no consultório ou em outros espaços de cuidado, tornando-se referência para o usuário. Com relação às abordagens de planejamento, foi possível evidenciar o modelo técnico CENDES/OPAS que se mesclava às abordagens dos planejamentos estratégico e estratégico situacional.

- **O prefeito e o Legislativo:** este item destaca que a gestão em saúde não se torna completa se o gestor não participa ativamente das negociações regionais, e que o

sistema de saúde de nenhum município se sustenta sozinho financeira e tecnicamente sem auxílio do SUS. Traz claramente a abordagem do planejamento estratégico, ao fazer correlação com o diagnóstico ideológico de Testa, afirmando que o mesmo deve buscar o propósito da legitimação, que é um propósito permanente em qualquer proposta realizada pelo Estado. Faz referências sobre a importância de se conhecer quem toma as decisões, trazendo o papel dominante do Estado na tomada de decisões e na constituição de outros atores do Estado, que são indivíduos, grupos ou organizações que adquirem a capacidade de introduzir temas de debates na agenda do Estado. O documento se refere também a agenda política do Executivo, alertando que projetos ou programas não inclusos na agenda do orçamento municipal não podem ser implementados. Isto remete à abordagem do planejamento estratégico situacional de Matus, ao referir sobre a importância da viabilidade dos projetos, chamando atenção para a agenda política do gestor que deve se constituir em um instrumento estratégico, que chame atenção de outros atores sobre a importância das propostas, apresentando-as de maneira técnico-política. Destaca que a planificação é inseparável da gerência, pois para que ela funcione tem que responder às necessidades de quem gerencia. Cada operação supõe um responsável por seu desenho, execução, controle e revisão de acordo com as circunstâncias. Foi possível perceber que o texto sobre o prefeito e o Legislativo traz bastante correspondência com a questão da governabilidade discutida por Matus, ao referir que o homem perante uma situação pode controlar totalmente os resultados de sua prática ou é arrastado por circunstâncias que não controla, e que um bom governante define sua governabilidade se consegue estabelecer o equilíbrio entre as variáveis que controla e as que não controla. O gestor que tenha boa governabilidade é aquele que tem capacidade de calcular resultados com alta margem de segurança e de probabilidade. Fica, portanto, evidente que as abordagens mais evidentes são *a estratégica de Mario Testa* e a *estratégica situacional de Carlos Matus.*

- **Autonomia do setor saúde:** este item destaca que o serviço de saúde deve ter relativa autonomia para realizar o planejamento e gestão perante as responsabilidades sanitárias, e que tal fato não representa um ordenamento político, e sim um facilitador do desenvolvimento das ações em saúde, conforme as demandas geradas pelo serviço. Isso determina que o gestor deve ser uma fonte de conhecimento sobre as questões administrativas e jurídicas imbricadas ao setor de saúde, para que possa desenvolver

um bom trabalho no modelo descentralizado de saúde. Traz a questão da sustentabilidade política como a principal preocupação do Secretário Municipal de Saúde. A autonomia de gestão através do Fundo Municipal de Saúde facilita o desenvolvimento das ações de saúde conforme as demandas específicas do setor. Isto traz como consequência a necessidade do gestor dominar as questões administrativas e as implicações jurídicas da municipalidade. *Este item pode ser correlacionado com a abordagem do planejamento estratégico de Testa, ao trazer o conceito de programa que consiste em um ordenamento administrativo na aplicação de um conjunto de recursos e força de trabalho, sob uma direção particular destinado a um ou mais objetivos contidos em uma ou várias instituições.*

- **Pacto pela Saúde:** tem por objetivo criar novos projetos e instrumentos de gestão, dando maior eficiência e qualidade aos serviços, como produto final oferecido pelo sistema, para a implementação do SUS. Ele define programas, que se dividem em três dimensões principais: Pacto pela Vida, que trabalha prioridades de saúde para o SUS; o Pacto em Defesa do SUS, que incorpora a agenda de repolitização do SUS com a população em prol de recursos econômicos para o serviço; e o Pacto de Gestão. Este determina que devem ser seguidas diretrizes e redefine responsabilidades de gestão, em consonância com as principais demandas de saúde para obter, como consequência, uma das diretrizes do SUS, a equidade. Mais que uma norma, o Pacto pela Saúde propõe uma gestão mais solidária e comprometida, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários do SUS. *Traz como abordagem o pensamento de Testa, ao falar sobre os três tipos de poderes – o poder técnico, o poder administrativo e o poder político e do planejamento estratégico situacional, ao fazer referência às pactuações, ao jogo de diferentes atores e à viabilidade política do plano municipal de saúde.*

- **O Planejamento:** o documento inicia falando que o planejamento é essencial na gestão do SUS, tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Refere que, ao se realizar o planejamento em saúde, podem ser adotadas várias metodologias, ressaltando porém que o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das unidades de saúde e da leitura das necessidades de cada território. Esse primeiro contato com este item já esclarece a direção que quer tomar quanto à abordagem de planejamento adotada. Testa, referindo-se ao

desenvolvimento do método, enfatiza que a organização é que determina o método, e Matus declara que a grande função do método pode ser descrita como um permanente exercício de reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade, visando prever situações e alternativas, antecipando possibilidades de decisão e preparando estratégias para ganhar governabilidade sobre a mesma. Matus destaca que sua proposta conceitual e metodológica toma como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados e analisados a partir da perspectiva de determinado ator social. Refere que o ponto de partida é a situação inicial, e a meta é a situação-objetivo a que se pode chegar através de diversas trajetórias. Este item do documento traz também a importância da elaboração do plano municipal de saúde, a partir do levantamento de problemas e da definição de prioridades e metas. Encontramos *a abordagem do CENDES/OPAS quando refere que no processo de eleição de prioridades*, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor for o custo das intervenções propostas, mais elevada a prioridade de determinado dano. A abordagem do planejamento estratégico situacional de Matus fica evidente ao discutir as prioridades no momento explicativo do diagnóstico. O autor sugere que os problemas sejam hierarquizados, priorizando-se os mais factíveis. Já a abordagem do planejamento estratégico, de Testa, também é contemplada quando refere que o levantamento de prioridades e recursos acontece na fase dos diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico. Salienta que o diagnóstico nunca é neutro, e que a escolha das prioridades e a aplicação dos recursos podem estar influenciadas pela compreensão prévia de quem diagnostica, bem como de seus interesses e propósitos. *O documento deixa bastante clara a abordagem dos planejamentos estratégico* e *estratégico situaci*onal, ao citar o *planejamento como uma possibilidade de transformação* na realidade. Para Testa, a transformação é o propósito principal do planejamento e, para Matus, as mudanças fazem parte de quatro instâncias temporais: a de conjuntura; a anual operativa ou o plano de ação anual; a planificação para o período de governo; e a de longo prazo, que tem como função antecipar o futuro que queremos criar após termos colocado em operação todas as propostas do plano.

- **Colegiado de Gestão Regional:** neste item, o documento cita o COSEMS como o conselho de referência para os municípios e estados que participam de todo o processo de trabalho, fortalecendo a ideia do Pacto Federativo entre as instâncias estadual e

municipal. Por trazer aspectos de negociação constante, disputas políticas e lutas de poder, *a abordagem de planejamento que se evidencia é a estratégica de Mario Testa*, ao conceituar a estratégia como a forma de implementação de uma política, como proposta sobre a distribuição do poder. Traz também *a abordagem do planejamento estratégico situacional de* Carlos Matus (1992), quando aborda a questão do poder político, do poder econômico e da capacidade organizativa e institucional no estabelecimento de pactos.

- **Participação da comunidade:** este tópico é importante porque descreve como deve ser a introdução do Conselho Municipal de Saúde como um conselho que garante a participação da sociedade na formulação do plano de saúde. *Neste item foi possível reconhecer as abordagens dos planejamentos estratégico e estratégico situacional, ao fazerem referência à diversidade de cenários e de atores que também planejam.* Testa adverte para a possibilidade do propósito do Estado de querer garantir a continuidade do sistema, e Matus traz o conceito de situação que fornece a ideia de um ator em ação envolvido com a realidade.

- **Regionalização:** segundo o documento, a regionalização é caracterizada pelo recorte territorial em espaço geográfico contínuo, que apresenta identidades comuns e partilha de identificações nos campos socioeconômico, político e culturais; por isso também partilha, algumas vezes, dos mesmos problemas de saúde que os outros. A regionalização forma uma rede que facilita o acesso aos serviços e sua oferta. É uma diretriz que oferece a saúde nos lugares mais distantes e corrobora os princípios do SUS em sua totalidade. O documento reforça essa diretriz, afirmando ser uma "ação cooperativa e solidária entre os gestores e fortalecimento do controle social. Traz *a abordagem do CENDES/OPAS quando este faz referência à programação tendo como cenário privilegiado a área local*, e que os planos de saúde devem ser elaborados em áreas relativamente pequenas que permitam seu agrupamento em áreas regionais programáticas maiores, estabelecendo-se a regionalização. Também encontramos a *abordagem do planejamento estratégico quando Testa traz a questão da porta de entrada única e a organização de serviços em níveis de atenção da complexidade crescente de forma espacialmente regionalizada.*

- **O COSEMS:** o documento apresenta o COSEMS como interlocutor em nome dos

municípios, representando a soma das demandas políticas e de gestão em diversos foros de negociação estaduais. Esse perfil corresponde ao trabalho dos gestores com representação no SUS, aspecto estratégico do planejamento, pois utiliza estratégias políticas para orientar os gestores. Sugere o documento que os gestores municipais participem desta organização política ativamente, de forma direta ou indireta, de maneira a assegurar que a posição dos seus municípios seja respeitada no processo de negociação e pactuação das políticas estaduais de saúde. Fica clara a correspondência deste item com a abordagem do planejamento estratégico situacional de Matus, trazendo a importância da pressão ou força aplicada sobre uma operação ou jogada numa situação concreta, que depende da motivação, do interesse ou da posição que os jogadores assumem perante as operações que realizam.

- **Bipartite:** o documento declara que, para o bom funcionamento da bipartite, os participantes do COSEMS devem ter capacidade de desenvolver a negociação e a pactuação em nome dos municípios daquela unidade federada. Isto não se dá de maneira rápida e depende de acúmulo político e técnico, de capacidade de mobilização, de preparo dos diretores, de adequação administrativa da instituição COSEMS, entre outras demandas mais específicas regionais. Encontra-se neste item a *abordagem de planejamento do CENDES/OPAS*, ao se referir à questão da aprovação do plano pelo Poder Legislativo, pois os congressistas podem prestar atenção exagerada à distribuição regional dos gastos públicos, em locais que não sejam do seu interesse. Recomenda que é possível diminuir este risco, com maior participação dos membros e das comissões parlamentares no processo de elaboração do plano. *A abordagem do planejamento estratégico situacional* também fica evidenciada quando Matus recomenda que em situações onde predomina o confronto, deve-se em primeiro lugar tentar a estratégia do consenso, mas se o mesmo for inevitável, deve-se escolher o momento certo em que se tenha melhores condições naquela situação, para exercer mais pressão que os outros oponentes.

- **Modelos de gestão e formas de administração**: neste item, o planejamento é descrito como um modelo estabelecido por marcos jurídicos e administrativos, para situar a administração de municípios, estados e União. Trata de atividades que são relacionadas a políticas, vigilâncias, regulação, controle, avaliação e gerência dos

recursos humanos e financeiros. Mostra que a descentralização é o caminho para que a administração pública desenvolva suas potencialidades no que diz respeito à saúde. Este aspecto remete *à abordagem do planejamento estratégico situacional de Matus* no Plano como Aposta, ao falar da questão da governabilidade, ao explicar que o governante, como condutor de situações, vive tentando se equilibrar entre as variáveis que controla e as que não controla. Controlar mais ou controlar menos determina sua governabilidade. Refere que o governante pode muitas vezes decidir quanto às variáveis que controla, mas muitas vezes não consegue garantir os resultados porque os mesmos dependem de uma parte do mundo que não controla.

- **Modelo de Atenção/Atenção Básica/Atenção Primária:** o documento conceitua Modelo de Atenção como a forma como se organizam os recursos humanos, tecnológicos e materiais no enfrentamento dos riscos e atenção às necessidades de saúde da comunidade, proporcionando promoção, prevenção, proteção, assistência e recuperação de forma integral. Recomenda o documento, que se deve priorizar um modelo de atenção com redes regionalizadas e hierarquizadas, permitindo organizar socialmente as respostas do sistema de saúde às necessidades da população, definir fluxos e referências, procurando aumentar a resolutividade do sistema. Com relação a esta proposição, fica clara a *abordagem do planejamento estratégico* quando Testa refere que o ideal seria a definição de uma porta de entrada única e, a partir dela, arranjos por níveis de atenção regionalizados, com base em procedimentos de referência e contrarreferência. Como no SUS, também neste item é conferida bastante importância à integralidade, e esta aparece bastante ligada à organização do modelo de atenção e às práticas de gestão e dos profissionais de saúde. Destaca a dimensão horizontal da integralidade, ao enfatizar que os profissionais de saúde, além de incorporarem o desenvolvimento de ações de prevenção, proteção, cura e reabilitação, em suas práticas, devem ter um projeto terapêutico que seja holístico, formatando linhas de cuidado. Refere o documento que a noção de integralidade exige certa "horizontalização" dos programas anteriormente verticais. Refere Mattos que a concepção de programação horizontalizada consiste em organizar o trabalho de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde da população, aproveitando as oportunidades geradas pela demanda espontânea, aplicando protocolos de diagnóstico precoce e de identificação de situações de risco para a saúde, além de desenvolver atividades coletivas junto à comunidade. Desta maneira, procura-se

superar a relação de programação de oferta substituindo-a pela programação das respostas às necessidades da população. *Com relação às abordagens de planejamento, puderam ser amplamente identificadas as abordagens do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus e do planejamento estratégico de Mario Testa.*

- **Gestão do trabalho:** este item abrange tudo o que se relaciona com as estruturas organizacionais, a qualificação profissional, a autonomia no momento de prestar assistência e auxiliar no processo de planejamento da saúde. Há uma declaração importante no sentido de estimular o gestor a valorizar o trabalhador da saúde. Acrescenta o documento que gerenciar o trabalho, no SUS, implica administrar toda e qualquer relação de trabalho necessária a seu funcionamento, que deve envolver todas as relações de trabalho e prestações de serviços ofertadas aos usuários, assim como o conjunto das ações e atividades necessárias ao desenvolvimento das atividades-meio. Ainda que não fique explicitada a referência a qualquer tipo de abordagem de planejamento em saúde, de maneira implícita se pode perceber que ao se referir aos conflitos, poder e participação dos diferentes atores nas decisões, ficam contempladas as abordagens do planejamento estratégico e do planejamento estratégico situacional.

- **Financiamento:** este item pretende informar ao gestor sobre a obrigatoriedade de utilizar com responsabilidade os recursos financeiros, existindo sanções legais para a União controlar as remessas desses recursos, enviados ao Fundo Municipal de Saúde dos municípios. Foi possível perceber algumas correlações com a *abordagem estratégica de Testa,* ao referir que fazem parte da programação o estudo dos recursos, sua organização ou função de produção, quantidades reais e custo das atividades, procurando superar os obstáculos apresentados em relação aos diferentes recursos escassos, não apenas os econômicos. A questão dos recursos remete *à abordagem do CENDES/OPAS,* ao referir que o problema básico do planejamento normativo seria de quantidade e disponibilidade de recursos que deveriam ser traduzidos pelo planejador para saber o que fazer para obter maior benefício em termos de saúde, valorizando em primeiro plano, nesse aspecto, o fator econômico.

Pode-se afirmar, com base nos achados da apresentação e análise das categorias do documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009), que este não traz uma única abordagem de planejamento, mas as abordagens se mesclam na sua elaboração,

trazendo uma tendência nítida ao enfoque das abordagens do planejamento estratégico e estratégico situacional.

Ao analisar o documento, ficou a impressão de que seus formuladores tiveram em mente uma imagem-objetivo. E para melhor entendermos esta questão, tomamos algumas palavras de Mattos (2006), que ao se referir à integralidade como uma imagem-objetivo, reflete nosso pensamento em relação ao documento *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde* (2009). Para Mattos (2006), a noção de "imagem objetivo" pode ser usada na área de planejamento para designar uma configuração de um sistema ou de uma situação que os atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia, pelo fato de que os atores que a sustentam acham que essa configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido.

Destaca-se que, para os autores que elaboraram o documento, pode não se tratar de uma utopia, mas da crença de que os aspectos doutrinários do SUS sejam incorporados pelos novos gestores. Por conta disso, faz sentido que as abordagens de planejamento estratégico e estratégico situacional sejam predominantes, pois são estratégicas, políticas e transformadoras da realidade. O documento pesquisado não busca instrumentalizar os gestores para o "como fazer na prática", este não é o seu maior objetivo. Esta parte mais normativa do planejamento, onde as operações podem ser quantificadas e objetivadas por cálculos matemáticos, terá outras oportunidades de acontecer para instrumentalizar os gestores. O que se procura evidenciar no documento são os aspectos subjetivos do planejamento, como forma de despertar em cada gestor uma imagem-objetivo para a operacionalização das políticas, dos princípios e diretrizes do SUS.

Pensamos ser de extrema valia enumerar algumas das contribuições que por ora oferecemos, a partir da conjugação das análises postas, senão, vejamos:

- O estudo se torna importante para as instituições que abordam esses conhecimentos técnico-científicos, pois o mesmo deve permear as relações entre as diferentes instituições acadêmicas, mormente, universidades, institutos e centros de pesquisa, para mostrar a visão da necessidade de se repensar a estrutura dos documentos produzidos e distribuídos pelos órgãos envolvidos com os novos gestores municipais de saúde, tanto em relação à gestão, quanto com relação ao planejamento em saúde, especificamente os documentos produzidos pelo CONASEMS, que se tornam, por isso, representativos para a classe.
- Aponta para a necessidade de se capacitar os profissionais de saúde, em todos os âmbitos, desde a academia até a vida profissional, principalmente os gestores já

atuantes, no tocante à temática do planejamento em saúde, para que esse ator possa elaborar uma imagem-objetivo mais aproximada das reais necessidades de saúde voltadas para a população e construir estratégias que facilitem seu cotidiano de práticas, com base no conhecimento dos instrumentos de gestão e planejamento em saúde.

- O estudo pode propiciar, indiretamente, alguns benefícios para a população, através da melhoria da qualidade da assistência prestada, assim como maior acesso aos serviços, à medida que permita aos gestores já atuantes, e àqueles em formação, uma compreensão próxima do SUS acerca dos enfoques sobre planejamento, instrumentos de auxílio à gestão, mediante o conjunto das afirmações advindas dos resultados analisados.
- O estudo pode contribuir academicamente, pois ao investigar a importância das informações verificadas no corpo do documento *Reflexões aos novos gestores municipais* (2009), percebe-se que o formato do documento se assemelha à estrutura de um "manual" de orientação, o que invoca a necessidade intrínseca de os órgãos competentes avaliarem com cuidado a quantidade de publicações distribuídas a esses gestores, lembrando da responsabilidade sanitária e financeira a que eles se propõem quando assumem seus papéis diante do SUS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo (edição revista e ctualizada).* Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Constituição Federal.* Da Ordem Social-Seguridade Social, Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/MS. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Londrina, *Revista Saúde em Debate,* n. 30, 1990.

BRASIL,MINISTÉRIO DA SAÚDE/MS. Lei n.º 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, Brasília:1990

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/MS. *Norma Operacional Básica do SUS*, N 01/96 Brasília: 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.Secretaria-Executiva.. *Mais Saúde Direito de Todos: Metas para 2008-2011.* Série C.Projetos, Programas e Relatórios.Brasília-DF, 2008

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portal da saúde. O que é Pacto pela Saúde.* Disponível em:<http// www.saúde.gov.br/portal/saúde/profissional/area.cfm>. Acesso em 19 jan.2013.

CAMARGO JUNIOR, K. R. As armadilhas da concepção positiva de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAETANO, Rosângela. *O Metodo CENDES/OPAS e as avaliações econômicas:algumas semelhanças e diferenças*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1994, 23 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.91).

CHORNY, Adolfo H., KUSCHNIR, Rosana; TAVEIRA, Maura. *Planejamento e Programação em Saúde.* (texto para Fixação de Conteúdos e Seminário- circulação interna). Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: ENSP, 2008.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência. *Manual de Enfermagem*. Temas de Caráter Introdutório.2001. Disponível em:< http: www.ids-saude.org.br/enfermagem> Acesso em: jan 2013.

COHN, Amélia. *O estudo das políticas de Saúde*: implicações e fatos. São Paulo: Hucitec. 2006.

CONASEMS.Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Saberes e Práticas da Gestão Municipal..Divulgação em Saúde para Debat*e. n.48, junho de 2012. Rio de Janeiro: 2012

CONASEMS-Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *20 Anos SUS e CONASEMS.(2008)*. Disponível em <http//www. conasems.org.br>.Acesso em 21 jan. 2013.

CONASEMS.Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde*. Brasília: Conasems, 2009.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde.* Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

DEMO, Pedro. *Princípio Científico Educativo*, São Paulo: Cortez, 1990.

GIOVANELLA, Lígia. A Proposta de Mario Testa para o Planejamento em Saúde. In:

MACHADO, M. A.; BELIZÁRIO, M. (Org.). *Planejamento Estratégico, Programação e Orçamentação*: textos de apoio ao ensino de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

LANA E GOMES. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110 jan. 1996.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. *A pesquisa em educação*: *abordagens qualitativas.* São Paulo: EPU, 1986.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Revista Saúde Sociedade,* vol 20, no.4, São Paulo, Oct/Dec. 2011.

LUZ, Madel Therezinha. As relações entre aparato estatal e sociedade civil na sociedade brasileira a partir de políticas sociais: possibilidades e limites de generalizações para a América Latina analisando-se o caso das políticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 28), 1992.

MATTOS, Ruben A. *O processo de constituição conceitual do método CENDES/OPS*. (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n 46). Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1993

MATTOS, Ruben A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Revista Cidade*, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

MATTOS, Ruben. *A teoria da Programação de Saúde no Método Cendes/OPAG*,1988. 277f. Dissertação[Mestrado em Saúde Coletiva]. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

MATTOS, Ruben A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, Ruben A. (Organizadores) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.

MATUS, Carlos. *Adios Sr. Presidente*. Caracas: Pomaire, 1987.

MATUS, Carlos. O plano como Aposta./ *São Paulo em Perspectiva*.5 (4): 28-42 out/dez, 1991.

MATUS, Carlos. Política, planificação e governo. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554.

MATUS, Carlos. O Planejamento Estratégico-situacional: fundamentos da planificação situacional. In: URIBE, F. J. R. (Org.). *Planejamento e programação em saúde*: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1992.

MENDES, Eugênio Villaça. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MEHRY, Emerson Elias. *Planejamento como tecnologia de gestão*: tendências e debate sobre planejamento de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MEHRY, Emerson Elias. *Modelo de Atenção a Saúde como contrato Social.* Texto apresentado na XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 15 a 19 dez., 2000.

MIGLIOLI, Jorge. *Introdução ao planejamento econômico*. 2 edição. São Paulo: Brasiliense, 1983.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento*: *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, quarta edição. 1999.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Problemas Conceituales y Metodológicos de la Programación de laSalud, Washington: Centro de Estudos delDesarrollo(CENDES), 1965.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em Saúde para não Especialistas. In:CAMPOS, Gastão Wagner de Souza[et al.].*Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino; TERRAZAZ Fernanda Vargas. Estruturação e Institucionalização do CONASEMS e do COSEMS. In:Série CONASEMS/CEBES: *Saberes e Práticas da Gestão Municipal..Divulgação em Saúde para Debate*. n.48, junho de 2012. Rio de Janeiro: 2012

PIMENTA, A L.*A História do CONASEMS: da fase heróica da década de 80 ao desejo de Mudança do Modelo de Atenção e Gestão dos anos 2000*. Brasília: Ed. CONASEMS, 2007.

RIVERA, Francisco Javier Uribe (Org.). *Planejamento e programação em saúde*: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1992.

ROCHA,Juan Stuardo Yazlle. Análise Crítica dos Modelos de Planejamento em Saúde na América Latina. *Rev. Educación Médica y Salud,* Vol. 26, No. 2, p 206 - 224,1992

SILVA JUNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P. R. (Org). *Curso de especialização autogestão em saúde*: guia do aluno. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 81-107.

SILVA JUNIOR, A.G. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva..São Paulo: HUCITEC, 1998.

STARFELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília:UNESCO, Ministério da saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.domniopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609> acesso em 20 março 2013.

TANCREDI, B.F.; BARROS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G.*Planejamento em Saúde. Volume 2.* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Série Saúde &Cidadania.

TESTA, Mario. O Pensamento Estratégico em Saúde. In: URIBE, F. J. R. (Org.). *Planejamento e Programação em Saúde*: Um Enfoque Estratégico. São Paulo: Cortez, 1992.

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

TESTA, Mario. Decidir em Salud: ¿Quien?, ¿Como? Y ¿Por que?. *Rev. Salud Coletiva*; Buenos Aires, 3 (3): 247-257. Septiembre-Diciembre, 2007.

TEIXEIRA, Carmem Fontes (organizadora). *Planejamento em saúde: Conceitos, métodos e experiências.* Salvador: EDUFBA, 2010.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da Metotodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreasa da saúde e humanas.* Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes 2003.

VIANA, A.L.. D. Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde. In: Série *Estudos em Saúde Coletiva,* nº118. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. Estudos avançados. *Revista Saúde em Debate*, v.13, p. 35, 1999.