

## PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA NÃO ESPECIALISTAS

Jairnilson Silva Paim

O PROPÓSITO DESTE CAPÍTULO é apresentar algumas noções sobre planejamento em saúde para quem não é, nem pretende ser, planejador ou gestor mas que, eventualmente, possa vir a lidar com planos, programas e projetos. Não se trata de um manual que oriente como planejar mas uma introdução ao tema que permita uma aproximação preliminar em relação a certos conceitos, métodos e técnicas abordando, rapidamente, alguns aspectos históricos e práticos.

Embora o planejamento, junto à epidemiologia e as ciências sociais, constitua um dos três pilares disciplinares da Saúde Coletiva, o ato de planejar antecede o aparecimento desse campo científico. Entretanto, é compreensível que para certos aspectos da vida, o melhor seja não planejar. O gosto pela surpresa, pelo imprevisto e pelo desafio de situações novas e inusitadas talvez dê mais prazer para as pessoas. Há os que afirmam não planejar a vida, pessoal ou profissional, nem por uma ou duas semanas. Outros preferem programar para os próximos cinco ou dez anos, optando por esse ou aquele curso de ação. Portanto, em termos pessoais, planejar ou não, pode ser uma escolha pautada, exclusivamente, por sentimentos, crenças e valores. Todavia, se pensarmos a ação coletiva, social e institucional, o planejamento pode ser necessário para melhor realizar o trabalho e para explicitar objetivos e compromissos compartilhados. Conseqüentemente, existem justificativas político-institucionais e éticas para o uso do planejamento enquanto *ação social* tais como as apresentadas a seguir:

*No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.*

*O planejamento pode ser considerado também uma ferramenta da administração. Se administrar quer dizer servir, o planejamento permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores da coisa pública poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação. Se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho. Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação.*

*O planejamento também ajudar a mobilizar vontades. A identificação dos problemas e dos meios de superá-los eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde. O planejamento corresponde ainda a um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê. Esta é a sua interface com a política de saúde. E para uma sociedade que se pretende democrática, essa forma de explicitação de uma política é fundamental para que os cidadãos e suas organizações próprias acompanhem a ação do governo e cobrem a concretização das medidas anunciadas.*

*Mas o planejamento não se reduz à produção de planos, programas ou projetos. Estes representam apenas uma etapa do processo de planejamento. Quando esses documentos são elaborados com a participação maior das pessoas e quando sensibilizam e comprometem os reais interessados na mudança da situação, eles têm uma chance maior de influir na realidade. Podem ser capazes de transformar a situação atual em uma nova situação. São, portanto, úteis para consolidar a prática do planejamento nas instituições e para reeducar os seus agentes na explicitação das medidas adotadas e na subordinação ao controle democrático da população, ou seja, ao exercício da cidadania. (Bahia, 1987, pp. 11-2).*

Há distintas *teorias da ação social* (Habermas, 1987; Weber, 1994; Matus, 1996a; Bourdieu, 1996) capazes de auxiliar a compreensão das possibilidades e limites do planejamento mas, tendo em conta o escopo deste capítulo, questões teóricas não serão abordados nesta oportunidade. A ordem de exposição contemplará, basicamente, cinco aspectos: históricos, conceituais, metodológicos, técnicos e “práticos”.

## ASPECTOS HISTÓRICOS

O planejamento na perspectiva de ação social encontra-se vinculado ao primeiro esforço na história da humanidade de implantar uma nova forma de organização da sociedade conhecida como socialismo, em 1917 na Rússia. Ao se buscar uma outra maneira de alocação de recursos e de produzir e distribuir bens e serviços com fins igualitários, experimentaram-se mecanismos substitutivos do mercado pelo Estado, através do planejamento. Assim, foram elaborados os primeiros planos quinquenais em que o setor saúde era contemplado, particularmente na previsão da oferta de leitos hospitalares. Posteriormente, com a instalação da União Soviética (ex-URSS), cada República Socialista tinha seu Ministério de Saúde e os planos locais procuravam se adequar ao plano geral nacional e às condições locais (San Martín, 1968).

O episódio histórico, correspondente à revolução bolchevique, que permitiu o planejamento ser experimentado em uma sociedade concreta foi, também, utilizado para confundi-lo com “comunismo”, “falta de liberdade” e “burocratização”. Desse modo, no início do século XX o planejamento era visto pelos países capitalistas como algo demoníaco que precisava ser contido ou exorcizado. Todavia, com a grande crise do capitalismo em 1929, mesmo defensores dessa ordem social passaram a justificar, nas décadas seguintes, a intervenção do Estado na economia (Heilbroner, 1965; Campos, 1980) e o recurso à “planificação democrática” (Manheim, 1972).

No âmbito social, foi elaborado na Inglaterra o famoso Plano Beveridge (1943), uma das referências fundamentais para a criação do Serviço Nacional de Saúde naquele país em 1948. E ao finalizar a segunda guerra mundial os Estados Unidos, tão resistentes ao planejamento, patrocinaram o Plano Marshall para a reconstrução européia.

Do mesmo modo, a instalação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seus componentes na saúde (OMS), trabalho (OIT), educação e cultura (Unesco), entre outros, legitimaram o uso do planejamento governamental. Assim, foi criada a Comissão Econômica para o Planejamento na América Latina (Cepal), vinculada ao sistema das Nações Unidas, que construiu um pensamento sobre o desenvolvimento nos países capitalistas periféricos e apoiou iniciativas centradas no planejamento econômico e social. Nessa mesma época foi elaborado no Brasil o primeiro plano nacional contemplando a saúde, alimentação, transporte e energia (Plano Salte). No caso da saúde, desenvolveu-se um movimento pelo planejamento na América Latina, como parte das propostas de desenvolvimento econômico e social da década de 1960 (Paim, 2002), que teve como marco histórico a técnica Cendes/OPS (OPS/OMS, 1965).

## ASPECTOS CONCEITUAIS

O planejamento tem sido reconhecido como *método*, ferramenta, instrumento ou técnica para a gestão, gerência ou administração (Ferreira, 1981; Mehry, 1995) e como *processo social* (Giordani, 1979) em que participam sujeitos, individuais e coletivos. No primeiro caso, dá-se uma ênfase aos *meios* (de trabalho), ao passo que no segundo o foco é sobre as *relações* (sociais) que permitem estabelecer e realizar propósitos de crescimento, mudança e/ou legitimação (Testa, 1887; 1992).

O planejamento tem muito a ver com a ação, ao contrário do que imagina o senso comum. Planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia. Planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação. É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade. Planejamento implica ação, daí ser considerado um *cálculo que precede e preside a ação* (Matus, 1996b). Portanto, *pensar a ação é uma tarefa permanente que não existe sem a ação mas não se mistura com ela* (Ferreira, 1981, p. 58).

O planejamento pode ser entendido, também, como um *trabalho* que incide sobre outros trabalhos (Schraiber et al., 1999). Assim, o trabalho planejador permitiria uma convergência e racionalização dos trabalhos parciais tendo em vista o atingimento dos objetivos estabelecidos por uma organização. No caso da saúde, o planejamento possibilitaria a tradução das políticas públicas definidas em práticas assistenciais no âmbito local (Schraiber, 1995).

Em síntese, é possível compreender o planejamento como uma *prática social* que, ao tempo em que é técnica, é política, econômica e ideológica. É um processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta uma dada *finalidade* e recorrendo a *instrumentos* (meios de trabalho tais como técnicas e saberes) e a *atividades* (trabalho propriamente dito), sob determinadas *relações sociais*, em uma dada *organização* (Paim, 2002). Esta prática social pode se apresentar de *modo estruturado*, através de políticas formuladas, planos, programa e projetos, ou de *modo não estruturado*, isto é, como um cálculo (Matus, 1996) ou um pensamento estratégico (Testa, 1995).

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

O planejamento em saúde na América Latina esteve associado, originalmente, ao enfoque econômico. Assim, a constatação de que as necessidades eram crescentes e que os recursos não as acompanhavam no tempo e no espaço (princípio da escassez) levava à busca de um método que reduzisse tal distância — entre necessidades e recursos — de um modo mais racional (princípio da racionalidade).

Assim, ao contemplar necessidades humanas, o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao *estado de saúde* (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como *problemas terminais*, e aos *serviços de saúde* (infra-estrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de *problemas intermediários*. Nessa perspectiva, o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde, ou ambos.

Quando visa atender necessidades humanas o planejamento pode ter, também, como foco uma *imagem-objetivo* definida a partir de valores, ideologias, utopias e vontades (CPPS/OPS, 1975), ou uma *situação-objetivo*, projetada com mais precisão (Matus, 1996b). No primeiro caso, as necessidades não se reduzem a problemas (mortes, doenças, carências, agravos e riscos), mas podem expressar projetos (paz e qualidade de vida), ideais de saúde (bem-estar e felicidade) e novos modos de vida (práticas saudáveis). As proposições a serem estabelecidas procurariam realizar certas pontes ou caminhos tendo em vista a *imagemobjetivo*.

No caso de buscar uma *situação-objetivo*, seria fundamental a identificação e a explicação dos problemas da *situação inicial*. Ao se admitir o planejamento como um processo, destacam-se quatro momentos fundamentais: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (Matus, 1996b). No *momento explicativo* se identificam e se explicam os problemas presentes em uma dada situação e se observam as oportunidades para a ação, respondendo às perguntas *quais* (problemas) e *por quê* (ocorrem). No *momento normativo* definem-se os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, correspondendo ao que *deve ser feito*. No *momento estratégico* trata-se de estabelecer o desenho e os cursos de ação para a superação de obstáculos, expressando um *balanço entre o que deve ser e o que pode ser feito*.

E o momento *tático-operacional* caracteriza-se pelo *fazer*, quando a ação se realiza em toda a complexidade do real, requerendo ajustes, adaptações, flexibilidade, informações, acompanhamento e avaliação. Como as organizações e ações de saúde são dinâmicas, o ordenamento desses momentos não deve ser visto como etapas estanques. Na dependência de cada situação, o planejamento pode começar por qualquer um desses momentos. A dominância

de um sobre os outros em uma dada conjuntura ou no cotidiano de uma organização é perfeitamente admissível, podendo tal conformação ser substituída em outras circunstâncias.

Este modo de planejar sistematizado acima tem sido reconhecido como *enfoque estratégico-situacional* (Matus, 1996b) e articula-se a distintas contribuições metodológicas que compõem a chamada “trilogia matusiana”: o *Planejamento Estratégico-Situacional (PES)*, o *Método Altadir de Planificação Popular (MAPP)*<sup>1</sup>, ambos desenvolvidos pelo referido autor, e a *Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP)*<sup>2</sup>, adaptado pelo mesmo. No caso da ZOPP, trata-se de uma metodologia utilizada pela GTZ<sup>3,3</sup> a partir de 1983, em apoio ao Ministério Federal Alemão de Cooperação Econômica (BMZ). Os interessados em estudar os fundamentos teóricos do planejamento e os procedimentos desse enfoque podem recorrer a algumas referências básicas (Rivera, 1989; 1995; Artmann, 1993; Cecílio, 1994).

## ASPECTOS TÉCNICOS

Entre os produtos do trabalho decorrentes do planejamento podem ser ressaltados o plano, o programa e o projeto. O *plano* diz respeito ao *que fazer* de uma dada organização, reunindo um conjunto de objetivos e ações e expressando uma política, explicitada ou não. O *programa* estabelece de modo articulado objetivos, atividades e recursos de caráter mais permanente, representando certo detalhamento de componentes de um plano ou, na ausência deste, definindo com mais precisão o que fazer, como, com quem, com que meios e as formas de organização, acompanhamento e de avaliação. No caso de *projeto*, trata-se de um desdobramento mais específico de um plano ou programa, até mesmo para tornar exequível ou viável algum dos seus componentes (projeto dinamizador), cujos objetivos, atividades e recursos têm escopo e tempo mais reduzidos. Desse modo, um plano pode ser composto de programas e projetos, ao passo que um programa pode envolver um conjunto de projetos e ações.

Portanto, se precisamos elaborar um plano, programa ou projeto devemos perguntar sobre os seus propósitos, as oportunidades e os problemas. Se o planejamento é orientado por *problemas do estado de saúde*, cabe identificá-los no *momento explicativo* recorrendo aos sistemas de informação disponíveis, bases de dados, indicadores, inquéritos epidemiológicos, levantamentos, estimativas rápidas, oficinas de trabalho com técnicos e comunidade, etc. Sempre que possível, os dados devem ser desagregados e produzidas informações segundo distribuição espacial, por faixa etária, sexo, raça, classe ou estrato social. Em reuniões técnicas ou em oficinas de trabalho com representantes da comunidade o estado de saúde e a situação epidemiológica devem ser problematizados à luz do conhecimento científico existente e de novas perguntas postas pela realidade, indagando *por quê?*, *por quê?*, *por quê?* (pelo menos três vezes) até chegar a explicação de causas e determinantes mais remotos ou mediatos. Algumas técnicas podem ser acionadas com este fim a exemplo da *árvore de problemas* (Teixeira, 2001) e do *fluxograma situacional* (Matus, 1996b).

No *momento normativo* a preocupação básica é o *que fazer*, diante de tais problemas. Alguns princípios e diretrizes gerais auxiliam nesta definição, mas o mais importante é estabelecer *objetivos* em função de cada problema ou grupo de problemas. Quando for possível quantificar tais objetivos então teremos *metas*. Os *objetivos gerais* podem corresponder a certas *linhas de ação* e para cada *objetivo específico* deverão estar explicitadas as *ações* e *subações* necessárias ao seu alcance. Identificados e quantificados os *recursos* necessários à realização dessas ações pode ser elaborado o orçamento, ou seja, uma estimativa de recursos financeiros necessários ao projeto, programa e, em certos casos, plano, tendo em conta os gastos previstos.

Um modo de auxiliar este trabalho, facilitando a coerência entre objetivos e a consistência entre estes e as ações, é utilizar matrizes articulando esses componentes básicos de um plano,

---

<sup>1</sup> Fundación Altadir. *MAPP. Método Altadir de Planificación Popular*. Caracas, s.d., 57 pp. + anexos.

<sup>2</sup> Zielorientierte Projektplanung

<sup>3</sup> Deutsche Gesellschaft Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. *ZOPP (Una introducción al método)*, s.d., 33 pp. + anexos.

programa ou projeto. É recomendável verificar se há contradições lógicas entre os objetivos (análise de coerência), se os recursos, tecnologias e organização estão disponíveis (análise de factibilidade) e se é possível contornar os obstáculos políticos (análise de viabilidade). Esses passos indicados para a análise de proposições políticas (CPPS/OPS, 1975) são utilizados, também, em planejamento de saúde. Dessa forma, chega-se ao *momento estratégico*, quando são cotejadas as oportunidades, fragilidades, fortalezas, ameaças, e construídos os cursos de ação no tempo e no espaço, bem como as alianças e mobilizações para a superação dos obstáculos (desenho estratégico).

Após a formalização e aprovação do plano, programa ou projeto tem-se o *momento tático-operacional* quando as suas ações são executadas, sob uma dada gerência e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação. Contudo, outras vias existem para realizar esse mesmo trabalho a depender do tipo de planejamento adotado: normativo, estratégico, tático e operativo. Nessa perspectiva, seguem certas etapas, cada uma acionando um conjunto de técnicas: determinação de necessidades; determinação de prioridades; desenvolvimento do “plano do programa”; e planejamento da execução (Pineault & Daveluy, 1987).

No caso de elaboração de projetos, alguns itens estão sempre presentes: justificativa, objetivos (geral e específicos), metas, estratégias, cronograma e custos. Assim, as etapas básicas para o “planejamento de um projeto”, vinculado a um programa ou plano, incluiriam as seguintes perguntas e tópicos: *onde estamos?* (análise da situação); *aonde queremos ir e como faremos?* (plano de ação); *o que precisamos?* (plano de trabalho); *aonde chegaremos?* (monitoração e avaliação) (Brasil, 1998, pp. 14-5). Já na formulação de planos municipais de saúde, tem-se procurado adequar esses métodos e técnicas, com seus momentos ou etapas e passos à realidade local, conforme o quadro seguinte:

QUADRO SÍNTESE: MOMENTOS E PASSOS DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

MOMENTO	PASSOS	CONTEÚDO
Análise da Situação de Saúde	1.º	Caracterização da população
	2.º	Identificação dos problemas de saúde
	3.º	Priorização dos problemas de saúde
	4.º	Construção da rede explicativa dos problemas priorizados
	5.º	Apresentação da análise de situação ao Conselho Municipal de Saúde
Definição de Políticas (objetivos)	6.º	Definição das “linhas de ação” a partir dos problemas priorizados no município e das prioridades nacionais
	7.º	Elaboração dos Objetivos (Políticas)
	8.º	Definição de ações e atividades para o alcance de cada objetivo
Desenho das estratégias	9.º	Definição dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos em cada Módulo Operacional
	10.º	Análise de viabilidade das ações propostas e ajustes em cada Módulo Operacional
	11.º	Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação do alcance dos objetivos e cumprimento das atividades propostas
Elaboração do Orçamento	12.º	Realização de estimativa de recursos a serem disponibilizados nos próximos quatro anos
	13.º	Estimativa de gasto em cada módulo operacional
	14.º	Elaboração da proposta orçamentária do Plano Municipal de Saúde
	15.º	Apresentação do Plano ao Conselho Municipal de Saúde

Fonte: Teixeira, 2001, p. 61.

## ASPECTOS .PRÁTICOS.

O formalismo dos procedimentos do planejamento têm conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90, a existência de uma bateria de portarias (normas operacionais, agendas, pactos, etc.) e o uso do planejamento para a captação de recursos terminam favorecendo um comportamento ritualístico sem grandes compromissos com a solução dos problemas. Isto pode estar levando a um certo descrédito do planejamento, adjetivando-o de “teórico” pois a prática seria outra coisa.

Entretanto, quem está “na prática” não pode ignorar o tempo e os condicionamentos institucionais. Os que se encontram no município, por exemplo, além das normas do SUS, têm de atentar para a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU), Programação Pactuada Integrada (PPI) e resoluções dos conselhos de saúde e das comissões intergestores tripartite (CIT) e bipartite (CIB). Ao tentarem realizar um planejamento considerando os problemas identificados no momento explicativo deparam-se com a existência de um conjunto de pactos, agendas, políticas, programações e programas especiais, definidos pelo Ministério da Saúde e acordados com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Comasems), mas nem sempre compatíveis com a realidade local.

Contudo, este empenho de estruturar o SUS tem seus méritos. Após um trabalho de discussão entre técnicos e dirigentes dessas instâncias, encontram-se aprovados pela CIT (26/1/2006) e pelo Conselho Nacional de Saúde (9/2/2006) o *Pacto pela Vida*, o *Pacto em Defesa do SUS* e o *Pacto de Gestão* (Brasil, 2006). O *Pacto pela Vida* especifica diretrizes ou objetivos e metas para seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergenciais e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica. O *Pacto em Defesa do SUS* expressa os compromissos dos gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, indicando iniciativas e ações. Já o *Pacto de Gestão* apresenta diretrizes e define a responsabilidade sanitária para municípios, estados, Distrito Federal e União, especialmente em relação à regionalização, planejamento e programação, regulação, controle, avaliação, auditoria, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

O *Plano Nacional de Saúde* explicita as iniciativas prioritárias do Ministério da Saúde e apresenta uma estrutura composta de introdução (processo, estrutura e embasamento legal), princípios, análise situacional da saúde, objetivos e diretrizes (com as respectivas metas), gestão, monitoramento e avaliação. Seus objetivos, diretrizes e metas encontram-se dirigidos para cinco tópicos: linhas de atenção à saúde; condições de saúde da população; setor saúde; gestão em saúde; e investimento em saúde (Brasil, 2005).

O *Plano Estadual de Saúde* dispõe de uma estrutura básica e algumas variações. Assim, pode-se ter a caracterização do contexto sociodemográfico, a análise da situação de saúde — incluindo o sistema estadual (problemas e desafios da gestão em relação à atenção básica, média e alta complexidade, vigilância epidemiológica e sanitária, recursos humanos, monitoramento e avaliação), diretrizes prioritárias (gestão descentralizada do sistema, atenção integral à saúde, controle de riscos e agravos, gestão e desenvolvimento de pessoas, monitoramento e avaliação em saúde), planos de ação para cada diretriz explicitando objetivos e operações, além dos mecanismos de monitoramento e avaliação do plano estadual e orçamento (Sergipe, s.d.). O plano pode ser mais sintético incluindo uma análise da situação de saúde, diretrizes políticas para o SUS estadual, compromissos prioritários, objetivos e metas, indicadores de acompanhamento e avaliação, além de estimativas orçamentárias (Bahia, s.d.). A *Agenda Estadual de Saúde* (Bahia, 2004; Sergipe, 2004) e o *Plano Diretor de Regionalização* (PDR) devem estar articuladas ao Plano, mesmo compondo documentos distintos.

No caso da *Programação Pactuada Integrada da Atenção à Saúde* (PPI), trata-se de um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a

*alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores* (Brasil, 2006, p. 33).

Com todos esses condicionamentos, além dos que dizem respeito às formas de financiamento da saúde, a elaboração de um plano municipal fica constrangida diante de tantas prioridades, raramente estabelecidas de forma ascendente. Não sendo pertinente ignorá-las, faz-se necessário cotejá-las com a análise de situação realizada em oficinas de trabalho e mediante consulta a bases de dados e aos indicadores disponíveis. Desse modo, no que diz respeito ao *Plano Municipal de Saúde*, é possível definir um *módulo operacional* para cada eixo prioritário (problemas e prioridades) explicitando o *objetivo geral* e o respectivo dirigente institucional responsável pelas operações. Em seguida utiliza-se uma matriz para cada módulo, contendo as diversas *linhas de ação* com os respectivos *objetivos específicos* e *ações estratégicas*, cada qual especificando o *órgão responsável* pelas mesmas e os demais *setores envolvidos*.

Ainda do ponto de vista prático, faz-se necessário definir o nível da realidade sobre o qual o planejamento em saúde será realizado. Pode ser o sistema de saúde, como é o caso dos *pactos*, *agendas* e *planos* nacional, estadual e municipal. Pode contemplar, também, instituições ou organizações de saúde, microrregiões, distritos sanitários, estabelecimentos (unidades básicas, hospitais, etc.), serviços de saúde (pré-natal, imunização, saúde mental, etc.) e práticas (ações de saúde). Assim, seriam formulados *planos diretores* e *planos operativos* para microrregiões, organizações, distritos e estabelecimentos de saúde, além de *projetos assistenciais* no nível micro (serviços e práticas de saúde) voltados para grupos e pessoas a partir da reorganização dos processos de trabalho das equipes.

## COMENTÁRIOS FINAIS

As noções apresentadas sobre planejamento em saúde neste capítulo podem ter alguma utilidade para os que, não sendo planejadores ou gestores, venham a lidar com alguns desses termos e, sobretudo, com o seu processo. Conseqüentemente, um profissional inserido em um estabelecimento de saúde tal como uma unidade básica, um laboratório ou hospital, mesmo exercendo atividades isoladas, pode ser envolvido com um plano diretor ou com uma dada programação trimestral ou anual (plano operativo). E um profissional que trabalha em uma equipe de saúde da família, em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou em um serviço de pré-natal de um centro de saúde pode ser convocado a participar da programação mensal do serviço ou na elaboração do projeto assistencial para os usuários.

Uma vez que o *trabalho programático* (articulação de objetivos, atividades e recursos) se realize no nível local (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996) ou que o “*método da roda*” (Campos, 2000c) venha a ser acionado na gestão de coletivos produtores de saúde, o recurso ao planejamento tende a ser crescente.

O planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção. Da parte das pessoas que se vinculam aos serviços e equipes de saúde, a gestão participativa decorrente da diretiz da participação da comunidade no SUS pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo (Campos, 2000b) na conquista do direito à saúde. Essas possibilidades, no entanto, não devem subestimar os usos dominantes do planejamento, especialmente na captação de recursos, na legitimação política e, eventualmente, como instrumento de gestão.

Tem-se observado que em situações concretas, o gestor aciona práticas estruturadas de planejamento e, também, as não estruturadas (Vilasbôas, 2006). No primeiro caso, identificam-se momentos, instrumentos, planilhas e textos de planos, programas e projetos. No outro, constata-se o cálculo, realizado no cotidiano pelos atores e compartilhado entre pares em momentos de análise política (Matus, 1996b), e o pensamento estratégico, capaz de orientar a ação para adquirir poder (técnico, administrativo e político) e assim *poder fazer* as coisas (Testa,

1992; 1995). Pesquisa realizada em um município com gestão plena do sistema de saúde (Vilasbôas, 2006) apontou um baixo grau de institucionalização de *práticas estruturadas de planejamento* convivendo com um expressivo cálculo técnico-político, trabalho de natureza estratégica, que deve ter contribuído para a construção de *práticas não estruturadas de planejamento* tão relevantes que permitiram acumular poder e tornar essa experiência de gestão uma referência nacional.

Ainda assim, muito do planejamento em saúde existente no Brasil é vertical, ritualístico, um faz-de-contas, uma espécie de “pra-não-dizer-que-não-falei-de-flores”, sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população (Paim, 2003). As possibilidades de sua superação inscrevem-se nos movimentos das forças sociais que lutam por um SUS democrático, orgânico ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Nessa perspectiva, algumas correntes teóricas e centros de pesquisa e de pós-graduação em Saúde Coletiva (Merhy, 1995; Rivera, & Artmann, 1999; Sá, 1999; Campos, 2000a; Pinheiro & Mattos, 2001; Paim, 2002), têm oferecido certa colaboração a tais movimentos cujos produtos poderão ser mais bem conhecidos e utilizados por aqueles que pretendam aprofundar o tema (Teixeira & Sá, 1996; Schraiber et al., 1999; Levcovitz et al., 2003; Spinelli & Testa, 2005).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artmann, E. *O Planejamento Estratégico Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 222 pp.
- Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Suds-BA. *Plano Estadual de Saúde (1988-1991)*. Salvador: Sesab/Assessoria de Planejamento, 1987, 106 pp.
- Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. *Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades*. Salvador, 2004, 98 pp.
- Bahia. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde — 2004-2007* (Documento preliminar), s.d., 69 pp. + anexos.
- Bourdieu, P. *Razões práticas. Sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996, pp. 157-94.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Práticas para a implantação de um programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco*. Rio de Janeiro: Inca, 1998, 112 pp.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde; um pacto pela saúde no Brasil: síntese*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 24 pp.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Ministério da Saúde: Brasília, 2006, 76 pp.
- Campos, L. *A crise da ideologia keynesiana*. Rio de Janeiro: Campus, 1980, 355 pp.
- Campos, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 16(3), pp. 723-31, 2000a.
- . Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública*, 16(4), pp. 1.021-31, 2000b.
- Campos, G. W. de S. *Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições; o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000, 236 pp.
- Cecilio, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, pp. 235-334.
- Centro Panamericano de Planificación de la Salud/OPS. *Formulación de políticas de salud*. Santiago: CPPS, 1975, 77 pp.
- Ferreira, F. W. *Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981, 157 pp.

- Habermas, J. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción, in: J. Habermas. *Teoría de la acción comunicativa I*. Madrid: Taurus, 1987, pp.110-46.
- Giordani, J. A. La planificación como proceso social. Un esquema de análisis. *Cuadernos Sociedade Venezolana de Planificación: Teoría y Método de la Planificación*, 3, pp. 147-77, 1979.
- Heilbroner, R. L. *Introdução à história das idéias econômicas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1965, pp. 263-87.
- Levcovitz, E.; T. W. F. Baptista; S. A. C. Uchôa; G. Nespoli & M. Mariani. *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: Opas, 2003 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2), 74 pp.
- Mannheim, K. *Liberdade, poder e planificação democrática*. São Paulo: Mestre Jou, 1972, 414 pp.
- Matus, C. Teoria da ação e Teoria do Planejamento, in: C. Matus. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea, 1996a, pp. 81-98.
- . *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea, 1996b, t. I e II, 591 pp.
- Merhy, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil, in: E. Gallo. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 117-49.
- OPS/OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud.. *Publicación Científica*, n.º 111, 1965, 77 pp.
- Paim, J. S. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: Ceps-ISC, 2002, 447 pp.
- . Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), pp. 557-67, 2003.
- Pineault, R. & C. Daveluy. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, 1987, 382 pp.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. A. de (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio: Uerj/IMS-Abrasco, 2001, 180 pp.
- Plano Beveridge*. Trad. de Almir de Andrade. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943, 458 pp. Edição integral conforme o texto oficial publicado pelo Governo Britânico.
- Rivera, F. J. U. (org). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989, 222 pp.
- . *Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, 213 pp.
- Rivera, F. J. U. & E. Artmann. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), pp. 355-65, 1999.
- Sá, M. de C. O mal-estar das organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), pp. 255-8, 1999.
- San Martín, H. *Salud y enfermedad*. 2.ª ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1968, pp. 652-66.
- Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde. *Agenda Estadual de Saúde 2004*, s.d., 107 pp.
- . *Plano Estadual de Saúde — Sergipe, 2004-2007*, s.d., 116 pp.
- Schraiber, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 47, pp. 28-35, 1995.
- Schraiber, L. B.; M. I. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves (org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996, 290 pp. + anexos.
- Schraiber, L. B.; M. Peduzzi; A. Sala; M. I. B. Nemes; E. R. L. Castanhera & R. Kon, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999, 4, pp. 221-42.
- Spinelli, H. & M. Testa. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo. Recorrido de la Planificación en América Latina. *Salud Colectiva* 1(3), pp. 323-35, 2005.
- Teixeira, C. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: Cooptec/ISC, 2001, 79 pp.

Teixeira, C. F. & M. C. Sá. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e cooperação técnica na área. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1), pp. 80-103, 1996.

Testa, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). *Cuadernos Médico Sociales*, 39, pp. 3-28, 1987.

— . *Pensar em saúde*. Porto Alegre-Rio de Janeiro: Artes Médicas-Abrasco, 1992, 226 pp.

— . *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 5-103.

Weber, M. Conceitos sociológicos fundamentais, in: Max Weber. *Economia e sociedade*. 3.ª ed. Brasília: EdUnb, 1994, pp. 3-35.

Vilasbôas, A. L. Q. *Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. Doutorado. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006, 166 pp