

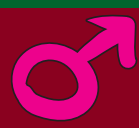
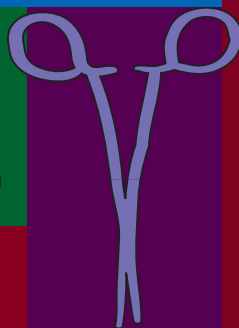
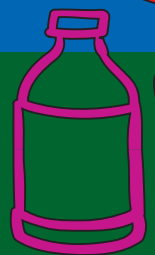
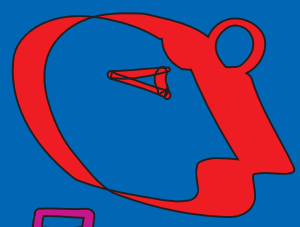
Saúde & Cidadania



Para gestores municipais de serviços de saúde



Planejamento em Saúde



Francisco Bernardini Tancredi
Susana Rosa Lopez Barrios
José Henrique Germann Ferreira

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

PARA GESTORES MUNICIPAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PLANEJAMENTO EM SAÚDE



Francisco Bernadini Tancredi
Susana Rosa Lopez Barrios
José Henrique Germann Ferreira

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE - IDS
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR - NAMH/FSP - USP
BANCO ITAÚ

SÃO PAULO
1998

Copyright © 1998 by Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo

Coordenação do Projeto

Gonzalo Vecina Neto, Valéria Terra, Raul Cutait
e Luiz Eduardo C. Junqueira Machado

Produção editorial e gráfica



Editora Fundação Peirópolis Ltda.
Rua Girassol, 128 – Vila Madalena
São Paulo – SP 05433-000
Tel: (011) 816-0699 e Fax: (011) 816-6718
e-mail: peiropol@sysnetway.com.br

Projeto gráfico e editoração eletrônica
AGWM Artes Gráficas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Tancredi, Francisco Bernadini

Planejamento em Saúde, volume 2 / Francisco Bernadini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. -- São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. -- (Série Saúde & Cidadania)

Realizadores: "Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú".

1. Assistência médica – Brasil 2. Municípios – Governo e administração – Brasil 3. Política médica – Brasil 4. Saúde Pública – Brasil 5. Saúde pública – Planejamento – Brasil I. Barrios, Susana Rosa Lopez. II. Ferreira, José Henrique Germann. III. Título. IV. Série.

98-4444

CDD-362.1068

Índices para catálogo sistemático:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Assistência médica : Serviços de saúde : Bem-estar social | 362.1068 |
| 2. Planejamento de saúde : Serviços de saúde : Bem-estar social | 362.1068 |

Tiragem

3.000 exemplares

É autorizada a reprodução total ou parcial
deste livro, desde que citada a fonte.

Distribuição gratuita

IDS – Rua Barata Ribeiro, 483 – 6º andar
01308-000 – São Paulo – SP
e-mail: ids-saude@uol.com.br

FSP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – 1º andar – Administração Hospitalar
01246-904 – São Paulo – SP
Tel: (011) 852-4322 e Fax: (011) 282-9659
e-mail: admhosp@edu.usp.br

Banco Itaú – PROAC – Programa de Apoio Comunitário
Rua Boa Vista, 176 – 2º andar – Corpo I
01014-919 – São Paulo – SP
Fax: (011) 237-2109

REALIZAÇÃO



INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO
DA SAÚDE

Presidente: Prof. Dr. Raul Cutait



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FSP/USP

Diretor: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR – NAMH/FSP
Coordenador: Prof. Gonzalo Vecina Neto



BANCO ITAÚ S.A.

Diretor Presidente: Dr. Roberto Egydio Setubal

APOIO



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às equipes das secretarias da Saúde dos cinco municípios que participaram dos módulos de treinamento, que, através da troca de experiências e sugestões – incorporadas neste manual –, enriqueceram sobremaneira o seu conteúdo.

DIADEMA

Agrimeron Cavalcante da Costa
Felomena Elizete Fernandes
Marco Colli

FORTALEZA

Maria Helena Alencar de Andrade
Regina Celia de Alencar Ribeiro

VOLTA REDONDA

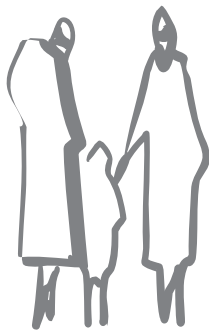
Auxiliadora Tavares Vieira
Crelúzia Grativál de Aguiar
Elizete Pacheco de Souza
Maria Cristina Guedes Baylão
Marina Fátima de Oliveira Marinho
Paula Hérica Rocha de Azevedo

FOZ DO IGUAÇU

Aparecida Maria Steinmacher
Dilson Paulo Alves
Luiz de Oliveira
Márcia Regina Bittencourt
Marli de Souza Bernardes
Marli Teixeira
Romildo Mousinho Ferreira
Sadi Buzanelo

BETIM

José Luiz Rodrigues



PREFÁCIO

Este conjunto de manuais para o projeto *Saúde & Cidadania* se insere no trabalho iniciado há cinco anos pelo Banco Itaú com a criação do Programa de Apoio Comunitário (PROAC). Voltado desde a origem para programas de educação básica e saúde, o PROAC tem desenvolvido dezenas de projetos de sucesso. Um dos melhores exemplos é o *Raízes e Asas*, elaborado em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária (Cenpec). Com iniciativas como essa, o Programa de Apoio Comunitário tem recebido diversas manifestações de reconhecimento e premiações.

Os resultados positivos obtidos com os programas já implantados levam agora o Itaú a viabilizar este projeto dirigido às necessidades detectadas na área de saúde. O projeto *Saúde & Cidadania* resulta da honrosa parceria do Banco Itaú, do Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e do Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP). A meta agora é divulgar para os municípios brasileiros o conhecimento e as experiências acumuladas por especialistas na área da saúde pública, que participaram da elaboração destes manuais, bem como os resultados advindos da sua utilização na fase de teste em cinco municípios. Por meio deles pretende-se aperfeiçoar a atuação dos gestores municipais

de serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida das comunidades a partir de noções básicas de gestão da saúde. Nos manuais, os gestores da saúde encontrarão fundamentos sobre planejamento em saúde, qualidade na gestão local de saúde pública, vigilância sanitária, gestão financeira, gerenciamento de equipamentos hospitalares, gestão de medicamentos e materiais, entre outros.

O trabalho de divulgação do que pode ser considerado um dos pilares da saúde pública – a viabilização da otimização dos recursos disponíveis com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população – contará com o apoio da rede de agências do Itaú que, sempre sintonizadas com as necessidades locais, poderão ajudar a divulgar o material elaborado pelo projeto.

A intenção deste programa, vale frisar, será sempre aumentar a eficácia da ação dos gestores municipais da saúde quanto às melhores maneiras de aproveitar ao máximo todos os recursos que estiverem efetivamente ao seu alcance, por mais limitados que possam parecer. Os beneficiários deste trabalho serão as populações das cidades mais carentes, e o Brasil em última análise, por meio da disseminação de técnicas e experiências de última geração.

O Banco Itaú, no seu papel de empresa-cidadã e socialmente responsável, acredita que assim estará contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a construção de uma sociedade mais justa.

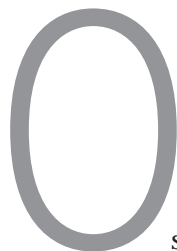
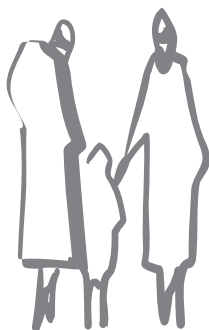


ROBERTO EGYDIO SETUBAL
Diretor Presidente



Banco Itaú S.A.

APRESENTAÇÃO



O setor da saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

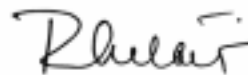
Os Manuais para Gestores Municipais de Serviço de Saúde foram elaborados com a finalidade de servir como ferramenta para a modernização das práticas administrativas e gerenciais do SUS, em especial para municípios. Redigidos por profissionais experientes, foram posteriormente avaliados em programas de treinamento oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP aos participantes das cidades-piloto.

Este material é colocado agora à disposição dos responsáveis pelos serviços de saúde em nível municipal.

Daqui para a frente, esforços conjuntos deverão ser multiplicados para que os municípios interessados tenham acesso não apenas aos manuais, mas também à sua metodologia de implantação. Mais ainda, a proposta é que os resultados deste projeto possam ser avaliados de maneira a, no futuro, nortear decisões técnicas e políticas relativas ao SUS.

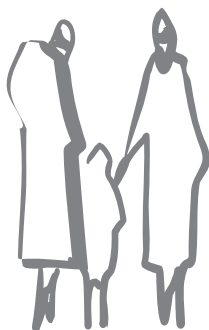
A criação destes manuais faz parte do projeto *Saúde & Cidadania* e é fruto dos esforços de três instituições que têm em comum a crença de que a melhoria das condições sociais do país passa pela participação ativa da sociedade civil: o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), que é uma organização não-governamental, de caráter apartidário, e que congrega indivíduos não só da área da saúde, mas também ligados a outras atividades, que se propõem a dar sua contribuição para a saúde; o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), que conta com a participação de experiente grupo da academia ligado à gestão e administração; e o Banco Itaú, que, ao acreditar que a vocação social faz parte da vocação empresarial, apóia programas de ampla repercussão social. O apoio oferecido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça a possibilidade de êxito dessa proposta.

O sentimento dos que até o momento participaram deste projeto é de entusiasmo, acoplado à satisfação profissional e ao espírito de participação social, num legítimo exercício de cidadania. A todos os nossos profundos agradecimentos, extensivos à Editora Fundação Peirópolis, que se mostrou uma digna parceira deste projeto.



RAUL CUTAIT
Presidente

NOTAS EXPLICATIVAS



UM POUCO DE HISTÓRIA

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde,

com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel –, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

No entanto, um conjunto de fatores – como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos

crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros – tem se constituído em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes. Tudo isso redundando em uma sensação de inviabilidade do SUS, apesar de o caminho ser unanimemente considerado como correto.

Existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização tendo como foco o município, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular para gerar ações com capacidade de discriminação positiva, é o caminho para superar as causas que colocam o SUS em xeque.

Assim, é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. É preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

Dessa forma, entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gerente de saúde adequado para essa nova realidade e como deve ser a sua formação.

Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como ter uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas e um forte compromisso social.

Sob essa lógica, deve-se pensar também na necessidade de as organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia.

Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

É esse um dos grandes desafios a serem enfrentados.

O PROJETO *SAÚDE & CIDADANIA*

A partir da constatação da necessidade de formar gerentes para o nível municipal, um conjunto de instituições articulou-se para desenvolver uma estratégia que pudesse dar uma resposta ao desafio.

Assim, o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), com o apoio político do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde, com o apoio financeiro do Banco Itaú, desenvolveram este projeto com os seguintes objetivos:

- Apoiar, com fundamento em ações, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Criar uma metodologia e organizar um conjunto de conhecimentos que possam ser aplicados amplamente no desenvolvimento de capacitação gerencial em gestão de ações e serviços de saúde prestados em municípios com mais de 50.000 habitantes.
- Colocar à disposição dos municípios brasileiros um conjunto de manuais dedicados à gestão local de serviços de saúde, tanto em forma de livros como em meio magnético e ainda por intermédio da Internet.
- Gerar a formação de massa crítica de recursos humanos com capacidade para interpretar, analisar e promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor da saúde.

Mediante a organização e consolidação de um conjunto de conhecimentos já disponíveis, o projeto desenvolveu uma série de doze manuais que privilegia a área gerencial e que, além de reunir os conhecimentos existentes de cada tema específico, articula as experiências práticas de seus autores, gerando um produto final capaz de oferecer ao usuário um caminho para seu aprendizado de forma clara e acessível. Portanto, não se trata de um simples agrupamento de manuais e sim de um projeto educativo e de capacitação em serviço não tradicional, destinado a criar e fortalecer habilidades e conhecimentos gerenciais nos funcionários que ocupam postos de responsabilidade administrativa nos serviços locais de saúde.

Os manuais que compõem o projeto e seus respectivos autores são os seguintes:

1. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização* – Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro e Carlos Alberto Lisboa.
2. *Planejamento em Saúde* – Francisco Bernardini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios e José Henrique Germann Ferreira.
3. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde* – Ana Maria Malik e Laura Maria Cesar Schiesari.
4. *Gestão da Mudança Organizacional* – Marcos Kisil. Colaboração de Tânia Regina G. B. Pupo.
5. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde* – Gilson Caleman, Marizélia Leão Moreira e Maria Cecília Sanchez.
6. *Sistemas de Informação em Saúde para Municípios* – André de Oliveira Carvalho e Maria Bernadete de Paula Eduardo.
7. *Vigilância em Saúde Pública* – Eliseu Alves Waldman. Colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa.
8. *Vigilância Sanitária* – Maria Bernadete de Paula Eduardo. Colaboração de Isaura Cristina Soares de Miranda.
9. *Gestão de Recursos Humanos* – Ana Maria Malik e José Carlos da Silva.
10. *Gestão de Recursos Financeiros* – Bernard François Couttolenc e Paola Zucchi.
11. *Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares* – Saide Jorge Calil e Marilda Solon Teixeira.
12. *Gestão de Recursos Materiais e Medicamentos* – Gonzalo Vecina Neto e Wilson Reinhardt Filho.

A METODOLOGIA UTILIZADA

Após a elaboração da primeira versão dos manuais, realizaram-se três módulos de treinamento com os cinco municípios indicados pelo CONASEMS (Diadema-SP, Betim-MG, Foz do Iguaçu-PR, Fortaleza-CE e Volta Redonda-RJ) com o objetivo de testá-los e expô-los à crítica.

A proposta de aplicação desenvolveu-se da seguinte forma:

- Módulo 1: apresentação pelo docente do material produzido e discussões em sala de aula, com a proposição de sua aplicação ao retornar para o campo.
- Módulo 2 (seis semanas após o primeiro): apresentação pelos alunos das dificuldades encontradas no campo e transformação da sala de aula em um espaço de consultoria e troca de experiências.
- Módulo 3 (seis semanas após o segundo): avaliação dos avanços obtidos, das limitações, dos conteúdos dos manuais e do processo como um todo.

Cada módulo de treinamento dos manuais 1, 2, 3 e 4 prolongou-se por quatro dias, contando com cerca de cinco participantes de cada município, de preferência do nível político-administrativo. Para os manuais operacionais (de 5 a 12), os treinamentos desenvolveram-se em módulos de três dias, com três participantes por município.

Na avaliação final, ficou claro que todo o processo foi extremamente positivo tanto para os participantes como para os autores, que puderam enriquecer os conteúdos dos manuais mediante a troca de experiências e a colaboração dos mais de cem profissionais que participaram dos seminários.

Também ficou evidenciado que, para o desenvolvimento futuro do projeto, o primeiro módulo (didático) é dispensável para o processo de aprendizado. Entretanto, é fundamental um momento de esclarecimento de dúvidas e de proposição de soluções para as dificuldades encontradas, principalmente se isso ocorrer em um espaço que permita troca de idéias com outras pessoas com experiências semelhantes.

O projeto *Saúde & Cidadania* propõe que, paralelamente ao uso dos manuais, seja utilizado o projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, para a capacitação de gerentes de unidades de baixa complexidade. O GERUS é um projeto desenvolvido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde que pretende institucionalizar mudanças nos padrões de organização dos serviços, com o objetivo de adequá-los

à realidade de cada localidade ou região, e já está em uso em vários municípios do país.

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O material resultante do processo relatado pode ser utilizado diretamente pelas secretarias municipais da Saúde para a capacitação dos profissionais que ocupam postos de responsabilidade administrativa.

Eventualmente, a simples leitura dos manuais e a discussão entre seus pares poderão ser consideradas pelos gerentes como insuficientes para um melhor desempenho das atividades descritas, ou talvez haja a necessidade de um maior aprofundamento das questões levantadas. Nesse caso, o gestor municipal poderá solicitar ao Núcleo de Saúde Pública ligado à universidade mais próxima de seu município ou, se houver, à escola de formação da secretaria da Saúde de seu Estado, a realização de um período de treinamento (nos moldes do descrito no módulo 2), tendo como base o material oferecido pelo projeto *Saúde & Cidadania*. Como já foi mencionado, esse processo torna-se muito mais proveitoso quando possibilita a troca de experiências entre profissionais de diferentes municípios.

Uma outra proposta, ainda em fase de desenvolvimento, é a transformação dos manuais em hipertexto, tornando-os disponíveis em CD-ROM e em *site* na Internet, este último possibilitando inclusive a criação de *chats* para discussão de temas específicos e um diálogo direto com os autores.

Nesse entretempo, o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública deverá realizar reuniões com os núcleos de Saúde Coletiva que estiverem dispostos a formar monitores para o processo. Também poderá realizar treinamentos em municípios que os solicitarem. Para isso, devem entrar em contato com a Faculdade de Saúde Pública, por meio de carta, fax ou *e-mail*.

PERSPECTIVAS

A cultura organizacional do setor público brasileiro, em geral, não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação.

O projeto *Saúde & Cidadania* oferece aos municípios um instrumental testado de formação de gerentes. O desafio agora é utilizá-lo, tendo sempre presente a perspectiva de que a transformação está em marcha e ainda há um longo caminho a ser percorrido no processo de implementação e viabilização do SUS.

GONZALO VECINA NETO

RAUL CUTAIT

VALÉRIA TERRA

Coordenadores do Projeto

SUMÁRIO

Preâmbulo	1
Introdução	5
Conceitos	11
Fazendo um diagnóstico da situação de saúde da população e dos serviços de saúde	19
Métodos de planejamento	27
Planejamento Estratégico Situacional – PES	29
Método Altadir de Planificação Popular – MAPP	39
Operacionalizando problemas e planos	49
Ordenando atividades no tempo	53
Estimando os custos de uma operação	57
Definindo normas e métodos	59
Anexos	61
Bibliografia	71
Os autores	73



PREÂMBULO

*“Alice – Poderia me dizer,
por favor, qual é o*

caminho para sair daqui?

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

*Alice – Não me importa
muito onde.*

*Gato – Nesse caso,
não importa por qual
caminho você vá.”*

Esse pequeno diálogo, que faz parte do livro *Alice no País das Maravilhas*, ocorre entre Alice e o Gato, quando ela se encontra numa encruzilhada, sem saber ao certo para onde ir. Ele sintetiza, de forma singela, a essência do planejamento. É ao mesmo tempo extremamente reducionista e abrangente, porque nos conta de forma bem elegante o fosso que existe entre o deixar-se levar ao sabor do acaso e o determinar aonde se quer chegar. O planejamento serve exatamente para isto: determinar aonde se quer chegar (para onde queremos conduzir um sistema) e tomar as decisões pertinentes que, acreditamos, nos levarão ao ponto desejado. Não queremos fazer as coisas parecer fáceis demais, porque, afinal, chegar a um acordo entre vários atores sociais sobre aonde queremos chegar com o nosso sistema de saúde não é tarefa simples; tampouco é fácil nos organizarmos para poder alcançar os pontos vislumbrados. Contudo, temos de concordar que, do ponto de vista conceitual, o planejamento não é – como alguns podem ter querido fazer parecer – um universo impenetrável para os não-iniciados. Visto sob a ótica do dilema de Alice, planejamento é algo que fazemos todo o tempo, todos os dias, na nossa vida pessoal e – espera-se – na nossa vida profissional. Possivelmente, existem dirigentes municipais de saúde que não definiram claramente aonde desejam fazer chegar o sistema que dirigem; é até possível que administrem esse sistema diligentemente, sem saber para onde querem conduzi-lo; atuam como um moto-

rista que dirige bem seu automóvel, cumpre todas as regras de trânsito, mas que passeia ao léu, sem destino certo. Contudo, acreditamos que a imensa maioria vislumbra com clareza a missão do sistema, por onde querem conduzi-lo, os resultados e efeitos desejados.

Acompanhando as políticas nacionais de descentralização administrativa e de resgate do poder gestor do município, há hoje em dia uma clara tendência a restringir os planos nacionais a somente grandes enunciados de metas e aos assuntos referentes ao financiamento do sistema de saúde. O poder local, que por longo tempo lutou por maior autonomia, afinal ganhou maiores responsabilidades pela gestão do sistema de saúde.

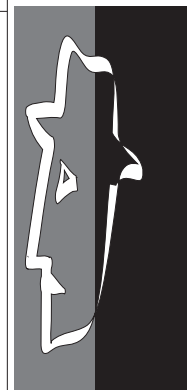
Anteriormente, tínhamos planos concebidos de forma centralizada e excessivamente normativos. Há, agora, uma expectativa de que o nível local assuma as responsabilidades pela definição de uma direcionalidade para o sistema que seja harmônica e coerente com os grandes objetivos nacionais para o setor. A maior autonomia municipal vem acompanhada de uma maior responsabilização. Pior do que planos centralizados e opressores é a ausência de planos. Se a prática anterior não for substituída por um processo de planejamento local e participativo, cairemos numa situação de anarquia administrativa, de um *laissez-faire* extremamente perigoso, em que as palavras de ordem passariam a ser “apagar os incêndios”, “atender à demanda urgente”, “gerar consultas”, etc. As políticas públicas de descentralização do nosso sistema de saúde são, sim, muito ricas e promissoras, mas trazem consigo a obrigação para o poder local de assumir um papel mais pró-ativo no processo de definição dos destinos do sistema.

O porte da imensa maioria dos municípios brasileiros não justifica a contratação de equipes de especialistas em planejamento de saúde, ou nem mesmo de consultorias de instituições respeitáveis. Entendemos que a maioria dos municípios ou dos consórcios municipais de saúde será administrada por profissionais da área da saúde com limitada experiência administrativa. Este módulo pretende conduzir o administrador por entre os meandros da terminologia, dos conceitos-chave e das práticas de planejamento. Pretende também desmitificar o planejamento e seus instrumentos, fazendo suas técnicas acessíveis àqueles que não se consideram “planejadores”, mas que, sem dúvida, incluem-se entre os que de fato planejam e fazem as coisas acontecer no dia-a-dia do município e da base do sistema de saúde.

A partir dos anos 60, quando o planejamento em saúde começa a ser discutido de fato, um sem-número de autores dedicaram-se ao tema e nos legaram inúmeras obras. Ao planejar este guia, nosso dilema foi eleger uma abordagem que não parecesse uma “revisão acadêmica” de todos os autores mais importantes, mas, sim, uma que oferecesse um instrumental com sentido de praticidade. Para tanto, vimo-nos obrigados a eleger um autor básico e seu método. Por todas as suas qualidades, o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus serviu como arcabouço para o planejamento de nível

político e estratégico. E o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), também desenvolvido sob a liderança de Matus, nos serviu para apresentar o planejamento de nível operacional. Além disso, o método de Estimativa Rápida Participativa (ERP) é adotado para orientar o processo de diagnóstico de situação de saúde.

Nosso objetivo é oferecer um instrumental que possa ser utilizado com autonomia pelas equipes municipais de saúde e ensinado a diversos atores sociais que serão envolvidos no planejamento local. É claro que em determinadas instâncias, particularmente se o planejamento estiver apenas sendo incorporado aos processos administrativos, a ajuda de planejadores mais experientes será necessária. Contudo, vemos isso como uma transição para a autonomia. Acreditamos que, em havendo vontade, em pouco tempo os grupos locais poderão apoderar-se dos conceitos básicos do processo e aprender a utilizar a ferramenta certa para a tarefa apropriada. Não existe planejamento perfeito, nem plano irrevogável. É preciso começar e persistir.



INTRODUÇÃO

Para MEHRY (6), o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social. Como instrumento administrativo e de políticas de governo, seu prestígio passou por vários períodos de altos e baixos, inclusive no setor da saúde. Nos anos 50, quando surge na vida política da ex-União Soviética e na vida administrativa de empresas americanas, foi “vendido” como mais uma das panacéias das ciências políticas e administrativas (assim como muitas outras são vendidas hoje em dia). Rapidamente, os governantes de vários países latino-americanos aderiram à idéia do planejamento econômico e social; aí embarcou o planejamento em saúde. Com o correr dos anos, os insucessos de vários planos governamentais e empresariais trouxeram muito descrédito ao planejamento. Houve momentos em que administradores passaram a renegar as técnicas e tratamentos propostos pelos planejadores e, no nível dos governos nacionais, os planos foram encarados com ceticismo, quando não com total descrédito. Felizmente, muitos dos erros cometidos ao longo de quatro décadas favoreceram um processo de amadurecimento e serviram como lições bem aprendidas; o planejamento e os planejadores foram se incorporando de forma mais pertinente ao dia-a-dia das práticas administrativas e adquirindo a humildade que não tinham a princípio. Enfim, reconhecido não mais como panacéia, o planejamento é valorizado como um processo essencial de uma gestão moderna e eficiente.

Por muitos dos erros anteriores, o planejamento deixou mitos e fantasias que precisam ser esclarecidos e eliminados do imaginário do administrador, a fim de que não se repitam atitudes e crenças inadequadas. Por isso, falar de planejamento e ajudar as pessoas a aplicá-lo como prática administrativa muitas vezes obriga o expositor a começar por desmitificá-lo e explicar o que ele não é ou não deveria ser.

O que o planejamento não é

O planejamento não deve ser confundido com plano

O plano é um dos produtos de um amplo processo de análises e acordos; ele documenta e enuncia as conclusões desses acordos, indicando para onde queremos conduzir o sistema (objetivos gerais ou estratégicos) e como pretendemos agir para que nossas metas sejam alcançadas (estratégias e objetivos específicos ou de processo). Em verdade, o plano deveria ser encarado como uma peça de vida efêmera – o *processo* de planejamento, em si, é que deve ser permanente – porque rapidamente vai perdendo sua atualidade face ao desenrolar da realidade. O plano deve ser permanentemente revisado para se manter atual. Muitas experiências fracassaram ou foram traumáticas porque as pessoas aderiram de forma inflexível a um documento. A riqueza do planejamento está no processo em si de analisar o ambiente e os sistemas e chegar a definir os “o que queremos” e os “como alcançá-lo”. É esse processo que deve ser permanente e envolvente dentro da instituição. Contudo, embora peça secundária, o plano escrito deve existir, até porque é preciso documentar os acordos e a direcionalidade do trabalho. Ele deve ser preparado em *linguagem clara e concisa*, de forma que todos os que o leiam compreendam claramente a *visão de futuro* e os *objetivos perseguidos*.

O planejamento não é tarefa dos “planejadores”; ele deve ser feito pelos atores envolvidos na ação

Houve tempo em que os ditos “planejadores” eram agrupados em “unidades” ou “departamentos de planejamento”, a partir dos quais pretendiam ditar o futuro do sistema e o curso da administração. Ainda nos lembramos dos casos de planos centralizados que, de cima para baixo, ditavam até os detalhes da execução do trabalho. Muitos casos são hoje lembrados como caricatura, mas a triste realidade é que vários dirigentes locais sofreram nas mãos de planos que não compreendiam sua realidade e de planejadores arrogantes, distanciados da prática. O planejamento deve ser feito pelos *atores envolvidos na ação*, e a figura do “planejador”, hoje em dia, deve ser vista como a de alguém que atua como *facilitador do processo*. Cada vez mais as organizações se dão conta de que é perfeitamente possível apropriar-se dos conceitos e ferramentas do planejamento, bem como das vantagens decorrentes do envolvimento das pessoas nesse processo.

Não existe “a teoria” ou “o método” de planejamento

Há uma vasta literatura sobre planejamento; há, também, uma vasta terminologia. Uma fantasia freqüente é que exista “o método” de fazer planejamento. Todas as “teorias” e os “métodos” não escapam muito do dilema de Alice: definir qual o futuro desejado, isto é, aonde queremos chegar com o nosso sistema e como apontá-lo naquela direção, ou seja, que programas e decisões imple-

mentar para preparar a instituição/sistema a direcionar-se para um determinado rumo e a produzir resultados que nos levem ao futuro desejado. Muitos autores fizeram largas digressões sobre essa coisa tão simples, porque, obviamente, o jogo de forças, interesses e ideologias faz com que não seja sempre fácil definir esse “norte” e tampouco as formas de chegar lá. O melhor “método” é aquele que melhor ajudar numa determinada situação. Veremos mais adiante que um método bom para o planejamento operacional de um problema específico de saúde não se presta para o planejamento de nível político. Da mesma maneira, um planejamento municipal que toma por base o método do PES de Matus para a sua fase de análise política sai bastante enriquecido quando a ele agregamos técnicas de ERP ou do MAPP. O método CENDES/OPS – atualmente abandonado por sua baixa praticidade e seu mecanicismo – legou-nos importantes conceitos sobre custo-benefício das ações em saúde ou, por exemplo, sobre a transcendência social dos agravos à saúde. Em suma, é pouco provável que na prática alguém siga *ipsis litteris* um determinado método; é mais provável que na seqüência do trabalho vá *incorporando diversos instrumentos de trabalho* retirados de muitas partes.

Planejar não é fazer uma mera declaração de intenções

DRUCKER (12) diz que o futuro, para acontecer, não depende de que alguém o deseje com intensidade; requer decisões e ações imediatas. O verdadeiro planejamento não é uma lista de desejos ou boas intenções. Ele deve enunciar objetivos factíveis e alcançáveis, caso contrário perderá a credibilidade. Planejar exige a ousadia de *visualizar um futuro* melhor, mas não é simplesmente “sonhar grande”. Exige maturidade para se acomodar às restrições impostas pelo ambiente ou pelo grau de desenvolvimento da organização. Além disso, o planejamento obriga a selecionar as ações concretas necessárias para alcançar o objetivo desejado.

O que o planejamento deve ser

O planejamento é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento institucional

Hoje em dia, fala-se muito em “organizações aprendizes”, como instituições que estão constantemente permeáveis a mudanças que as fazem desenvolver-se de forma a melhor cumprir sua missão. O planejamento é uma arma poderosa para apoiar o desenvolvimento e sofisticação administrativa das organizações e dos sistemas. Promover uma cultura institucional em que os agentes estão habituados a refletir sobre a finalidade das ações empreendidas é uma excelente forma de melhorar a qualidade e efetividade do trabalho. Na medida em que o planejamento educa os agentes sociais a *analisar de forma sistemática* as organizações, os sistemas e as variáveis significativas do contexto, as necessidades e as possibilidades de atendê-las, a *pensar estrategicamente* vis-

lumbrando os rumos e caminhos possíveis, ele exerce forte influência sobre o compromisso das pessoas com os objetivos institucionais. Nas organizações onde os funcionários são introduzidos à missão institucional, aos objetivos estratégicos e aos programas de trabalho, observa-se um maior compromisso com os resultados concretos do trabalho (por exemplo, com a satisfação dos usuários e com a resolução efetiva dos problemas de saúde), ao contrário de organizações onde os funcionários somente se preocupam em cumprir as tarefas que lhes são destinadas (por exemplo, realizar tantas consultas por jornada de trabalho ou preencher de forma correta um formulário). Assim sendo, o planejamento é também uma forma de educação para a qualidade.

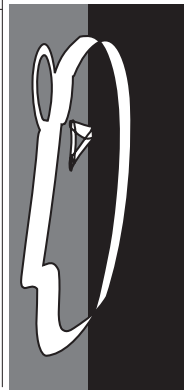
Planejar é uma atitude permanente da organização e do administrador

O planejamento não é uma mera ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação. Planejar é toda uma visão administrativa e envolve um variado número de atores sociais. Numa organização – como um hospital ou um centro de saúde –, pode envolver seus diretores, chefes de departamentos ou setores, profissionais prestadores de serviços e, não raro, os próprios usuários ou clientes. Na administração municipal, além da equipe dirigente da Secretaria da Saúde, pode envolver uma variada composição de atores sociais, representando a administração municipal, o governo estadual, o conselho local de saúde, outros representantes da sociedade civil, representantes dos prestadores de serviços, etc. Nessas circunstâncias, é claro que o planejamento é um *processo político* de busca dos pontos comuns das distintas visões de futuro e de acordos sobre as estratégias para alcançá-los. Muitos dos grandes objetivos do sistema de saúde são igualmente compartilhados por representantes de variadas correntes políticas; porém, a forma de atingi-los quase sempre varia muito e é o cerne das disputas de poder. Aqueles que detêm o poder num determinado momento obviamente têm mais chances de fazer prevalecer sua visão de futuro e seus métodos para alcançá-lo; mas, numa sociedade democratizada, auscultarão e farão acordos com seus oponentes e com os vários segmentos da sociedade, até como forma de reduzir a incidência de resistências ao seu plano de trabalho. É sobejamente sabido em administração que a implementação de decisões é muito mais ágil e eficiente quando as pessoas conhecem suas razões e origens e, em particular, quando tomaram parte na sua elaboração. Objetivos amplamente discutidos e em que há consenso são mais facilmente aceitos e compreendidos por aqueles que, de alguma forma, participarão da execução das tarefas necessárias para atingi-los.

A maior riqueza do planejamento está no processo em si de planejar

Todos os que alguma vez se envolveram em um planejamento sabem que a sua riqueza está no processo de análise e discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e programas

de trabalho. Adotado como prática social, envolvendo uma ampla gama de atores da sociedade civil, o planejamento participativo exerce um forte poder de aglutinação de pessoas e grupos, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos outros atores sociais. A negociação entre grupos torna-se mais fácil e o compromisso de todos com a concretização dos ideais fica muito ampliada. Dentro de organizações, o planejamento participativo tem o poder de criar uma nova *cultura de compromisso* com a instituição. Tem-se observado que, em todas as organizações e ambientes onde se estabeleceu o planejamento como uma prática permanente de participação, desenvolveu-se uma cultura em que há maior compromisso das pessoas para com a instituição. Basicamente, planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas decorrentes desse questionamento, ou seja, “o quê”, “por quê”, “como”, “quando”, “com quem” e “com o quê”.



CONCEITOS

Antes de entrar na discussão propriamente dita sobre o planejamento, introduziremos, de forma breve, alguns conceitos que embasam essa discussão. O objetivo deste capítulo é familiarizar o leitor com a linguagem que estará sendo utilizada nos capítulos seguintes, nos quais serão abordados métodos de análise e planejamento do sistema de saúde.

UM CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

Durante muito tempo, predominou o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Nesse sentido, os serviços de saúde privilegiaram na sua organização a atenção médica curativa.

A Organização Mundial de Saúde define que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”. Essa definição aponta para a complexidade do tema, e a reflexão mais aprofundada sobre seu significado nos leva a considerar a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis.

Atualmente, é senso comum entre a população e os militantes desse setor que o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico (1). A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença. Nesse sentido, a promoção à saúde aglutina o consenso político em todo o mundo e em diferentes sociedades como paradigma válido e alternativo aos enormes problemas de saúde e do sistema de saúde dos países (2).

A carta de intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, denominada Carta de Ottawa, assim define a promoção à saúde:

“...o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (10)

A Carta de Ottawa advoga que a saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e que é somente através das ações de promoção que as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam cada vez mais favoráveis. Considera que esses recursos são (6):

- *paz*: redução da violência;
- *habitação*: condições dignas de moradia, tanto em relação ao espaço físico quanto ao assentamento legal;
- *educação*: cumprimento do ensino compulsório, redução da evasão escolar e revisão da qualidade de ensino;
- *alimentação*: garantia de política municipal de geração e de mecanismos de troca de produtos alimentícios e, principalmente, garantia de alimento na mesa da família;
- *renda*: a geração de renda para todos e com volume compatível com a vivência;
- *ecossistema saudável*: ar salubre; água potável disponível 24 horas por dia; alimentos existentes em quantidade suficiente e de boa qualidade;
- *recursos renováveis*: o mais importante é o próprio homem, que se renova cada vez que se recupera de um mal-estar... Os serviços de saúde devem estar aptos para atender o homem em todos os seus níveis de complexidade, seja com recursos próprios ou em parceria com outros municípios;
- *justiça social e equidade*: a iniquidade é caracterizada pela diferença de velocidade com que o progresso atinge as pessoas... avaliada indiretamente pela área geográfica em que o cidadão reside. Dessa forma é que se busca, através do esquadramento do município em territórios homogêneos, observar os determinantes e suas conseqüências ao bem-estar. A promoção da equidade é feita pela redução dos efeitos nocivos à salubridade e pelo reforço dos fatores positivos.

A essa Conferência seguiram-se outras três que aprofundaram o conceito de promoção à saúde. Assim, a Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), a Decla-

ração de Sundsvall (Suécia, 1991) e a Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992) reforçam a crítica à organização dos serviços de saúde, reafirmando sua responsabilidade no desenvolvimento de ações de promoção, além da oferta de serviços clínicos e de urgência (10).

Nos capítulos seguintes, serão abordados métodos de planejamento e análise da situação de saúde, que poderão ser aplicados a um dado território, seja local, regional ou municipal, coerente com o conceito de saúde e as considerações aqui apresentadas.

O QUE É PLANEJAR

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. Merhy define planejamento como “o modo de agir sobre algo de modo eficaz” (4).

Para Levey e Loomba (13), “planejamento é o *processo* de analisar e *entender um sistema*, avaliar *suas capacidades*, formular *suas metas e objetivos*, formular *alternativas de ação* para atingir essas metas e objetivos, avaliar a *efetividade dessas ações ou planos*, escolher o(s) *plano(s) prioritário(s)*, *iniciar as ações* necessárias para a sua implantação e estabelecer um *monitoramento* contínuo do sistema, a fim de atingir um *nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema*”. (*Os grifos são nossos*)

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

O planejamento nesse setor surge na América Latina na década de 60 com o método CENDES-OPS de Programação em Saúde. Nele se propõe uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade. Em suma, frente à impossibilidade, nos países subdesenvolvidos, de atender simultaneamente ao conjunto de necessidade de saúde, o CENDES-OPS estabeleceu uma série de critérios para orientar a intervenção sobre um problema e não sobre outro, no sentido de otimizar os recursos existentes. Estabeleceram-se, assim, critérios objetivos que orientavam e legitimavam a eleição de prioridades, com base em padrões econômicos e técnicos. Privilegiava-se a intervenção sobre os problemas que respondiam melhor à tecnologia existente, àqueles mais expressivos numericamente e cuja solução teria uma suposta ação em outros setores da sociedade. O método CENDES-OPS teve o mérito de, pela primeira vez, trazer para as mesas de discussões do setor da saúde a preocupação com o uso eficiente dos recursos públicos, através de uma cuidadosa análise de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação.

As primeiras críticas ao método surgem no início dos anos 70 e referem-se à sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e ao seu caráter prescritivo e normatizador. A partir dos questionamentos que o método sofreu ao longo desses anos, outras alternativas de planejamento do setor da saúde têm sido apresentadas. Destacam-se o *Pensamento Estratégico em Saúde*, de Mario Testa, e o *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*, de Carlos Matus.

PLANEJAR E GERENCIAR

Gerenciar – função administrativa da mais alta importância – é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse 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 resultados que se esperam dela.

O planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar. O plano, portanto, constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada, sendo o gerente o responsável por executar essa tarefa.

É possível gerenciar sem planejar? Sim; em princípio, é aparentemente possível gerenciar sem planejar. Um gerente pode coordenar o trabalho de um sistema e manter a sua “homeostase”, isto é, obter um produto positivo em termos de uso eficiente dos insumos e recursos disponíveis para esse sistema, sem ter uma visão de como conduzir o sistema a um ponto mais alto de desenvolvimento. É como ter um motorista conduzindo bem um carro, obedecendo a todas as regras de trânsito e sabendo utilizar-se do potencial do carro, mas que não sabe para onde quer ir. Isto é, ele não tem plano; simplesmente administra o *status quo*. Não raro, encontramos no setor da saúde pessoas que fazem o papel de “gerentes eficientes”, mas cujo objetivo é “apagar incêndios” e “fazer a máquina funcionar”.

Como já havíamos apontado, é apropriado e necessário destacar, neste momento, o que o plano não é:

- não é uma receita feita por uma única pessoa;
- não é uma camisa-de-força;
- não é permanente ou imutável.

É necessário ter sempre em mente que o mundo contemporâneo se caracteriza por processos muito intensos e constantes de mudança, seja pela ação do ser humano sobre os fatores ambientais, seja pela busca de maior bem-estar. As alterações de ordem social, econômica e tecnológica exigem grande habilidade dos gestores para acompanhá-las e evitar a obsolescência(8). Portanto, é

imprescindível manter um olhar crítico e constante sobre o que foi planejado inicialmente e propor as estratégias adequadas à nova situação.

Assim, esse processo também exige do gerente um leque de habilidades que permitam viabilizar soluções imediatas aos problemas emergentes e de complexidade variável. Entre elas, podemos incluir criatividade, flexibilidade, visão, liderança, autoridade, destemor de correr riscos e ousadia de inovar.

Essas habilidades devem se somar aos conhecimentos específicos em administração; muitas vezes, isso fica relegado em favor da confiança pessoal ou do destacado desempenho técnico do indivíduo como profissional de saúde. Bons médicos e enfermeiras (geralmente esses são os profissionais designados para assumir o papel de gerente) não são, necessariamente, bons administradores, uma vez que sua formação é voltada ao cumprimento de tarefas específicas. A prática tem demonstrado que os profissionais sem formação própria para a gerência, geralmente, não têm sensibilidade para as tarefas características dessa função, o que constitui um empecilho ao seu bom desempenho como dirigente. Por outro lado, uma bagagem adequada de conhecimentos e habilidades contribui para que as pessoas que ocupam esses cargos desenvolvam “maior autoconfiança e ajudem a criar um clima organizacional positivo de segurança e credibilidade no êxito do futuro” (8).

PENSAR ESTRATEGICAMENTE

A realidade muda muito e rapidamente, além de ser pouco previsível. Os planos, conseqüentemente, valem muito pouco, ou melhor, sua validade é limitada ao momento específico de sua coerência com a realidade. Por isso o processo de planejamento deve englobar a capacidade de produzir tantos planos quantos necessários quando a realidade muda.

O planejamento é a ferramenta que nos possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado. Esse processo nos permite tornar concreto esse caminho, mediante a análise das nuances da atual situação, da avaliação dos recursos disponíveis, sejam políticos, econômicos ou cognitivos, e da nossa atitude em relação ao plano que os atores que dominam esses recursos fazem, seja de apoio, oposição ou indiferença. Essa análise deverá viabilizar o cálculo das ações mais adequadas para atingirmos nossos propósitos.

Certamente, sempre haverá distintas opções de agir no sentido de lograr nossos objetivos, porém algumas mais factíveis que outras, seja pela viabilidade de recursos, ou pela oportunidade de desenvolver a ação, ou pelo prazo em que os resultados serão obtidos. E é nesse sentido que se planeja, para “explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens” (4).

Assim, devemos ter sempre em mente que toda a energia aplicada no planejamento do funcionamento dos serviços de saúde deve convergir para gerar resultados e não apenas produtos. Isto é, quando planejamos o funcionamento de uma unidade do sistema municipal de saúde, com programas de atendi-

mento a grupos de risco específicos, por exemplo, o objetivo não é as consultas produzidas, mas, sim, o resultado que esses procedimentos terão sobre a saúde dos indivíduos e o impacto que as ações planejadas terão sobre os indicadores de saúde da população.

NÍVEIS DE PLANEJAMENTO

Podemos entender que o planejamento se dá em três níveis, segundo o grau de complexidade do processo de tomada de decisões, o nível hierárquico no sistema em que esse processo ocorre e a amplitude das decisões decorrentes:

- planejamento normativo ou de políticas;
- planejamento estratégico;
- planejamento tático/operacional.

O planejamento de políticas é responsabilidade do nível central do sistema; no caso do setor da saúde, de competência do secretário municipal. Segundo Dever (2), é destinado a promover mudanças sociais deliberadas ou pretendidas projetadas para o futuro. Como é possível perceber, nesse nível de planejamento será necessário lidar com os distintos interesses de diferentes atores sociais e sua postura em relação ao plano, de oposição, indiferença ou adesão.

O planejamento estratégico indica os meios – estratégias – pelos quais se julga que seja possível atingir as metas desejadas de médio e longo prazo; define a estrutura sistêmica para a ação organizacional e as medidas de efetividade – indicadores – para análise dos resultados.

Ao definir essas estratégias, fornece a estrutura para o planejamento operacional, que, como veremos, deverá prever todo o detalhamento para sua implementação, assim como o dimensionamento da estrutura necessária e o cálculo dos insumos.

O planejamento operacional, como seu nome já diz, refere-se ao desenvolvimento de *ações* (planos) que permitam organizar a execução das estratégias planejadas em outro nível de planejamento. Indica como “colocar em prática” as ações previstas. Em nosso setor, utiliza-se esse tipo de planejamento na execução dos programas de assistência à saúde – por exemplo, o programa para controle da hipertensão. Independentemente do modelo adotado para o planejamento das políticas de saúde ou das estratégias de intervenção, o planejamento operacional mostra-se coerente e necessário para organizar a fase de implantação. No último capítulo deste manual será abordado esse tipo de planejamento com mais detalhes.

TERRITÓRIO

É importante lembrar que está sendo adotado neste manual um conceito de “território” coerente com o método de planejamento sugerido. Sendo assim, não é compreendido apenas como um espaço geográfico, mas, sim,

como o local em que se dá o processo de vida da comunidade, a interação de distintos atores sociais com qualificações sociais, econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e históricas distintas.

MICROÁREA DE RISCO

Define-se uma *microárea de risco* como a área de menor extensão territorial onde é possível afirmar que a população tem condições de vida homogêneas.

A INFORMAÇÃO COMO INSUMO PARA O PLANEJAMENTO

Só é possível planejar tendo conhecimento do sistema sob nosso comando e do contexto em que ele se insere. O sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações. Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos – unidades de atendimento – como das pessoas que os utilizam.

Dispõe-se de uma série de indicadores e técnicas que permitem estimar a quantidade de consultas, procedimentos, internações e exames demandados ao sistema de saúde por uma certa clientela e calcular a capacidade instalada necessária dos serviços para garantir aquele atendimento. Em relação aos serviços, permitem calcular a capacidade instalada atual. Esses dados dão suporte à análise da adequação do sistema às necessidades da clientela. No capítulo que aborda o planejamento operacional serão apresentados alguns desses parâmetros.

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É de vital importância constituir dentro da Secretaria Municipal da Saúde um serviço de informações em saúde que sistematize dados demográficos, de morbidade e mortalidade, num grau de desagregação cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões do gestor local.

No próximo capítulo, iremos aprofundar um pouco mais essa questão e introduzir uma metodologia de análise das necessidades de saúde.



FAZENDO UM DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento.

Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde.

Para que essa análise se viabilize, é necessário dispor de dados que sejam bastante específicos em relação aos diversos grupos populacionais que se pretende atingir. Essa tem sido uma tarefa difícil, pois os dados, normalmente, estão disponíveis nos municípios num grau de desagregação que não é o suficiente para permitir distinguir essas diferenças.

Dados demográficos e epidemiológicos coletados rotineiramente pelos órgãos oficiais, como das secretarias estaduais de saúde e do IBGE, nos dão, simplesmente, uma idéia genérica do perfil demográfico e epidemiológico em relação ao total de indivíduos. A crítica que deve ser feita aos resultados dessas análises, base de cálculo dos coeficientes e indicadores de saúde, é em relação à aparente homogeneidade de condições que se imputa a uma dada população e igualmente em relação às necessidades demandadas aos serviços de saúde. Esse fato vem “mascarar as desigualdades às vezes gritantes nas condições de vida e saúde da população, obstruindo a identificação de objetivos operacionais e alvos bem específicos”.

É possível conhecer a distribuição da população segundo nível de renda, idade, grau de escolaridade e causas de morte numa região da cidade. Podemos afirmar que essas informações compõem o perfil do universo dos indivíduos residentes naquele território? Sabemos que não. Até mesmo numa área

geográfica pequena como a de um bairro, por exemplo, é possível verificar a existência concomitante de favelas e de condomínios de luxo. Como podemos, então, concluir que as necessidades de saúde dessas pessoas possam ser semelhantes? Qual o impacto que terão as ações planejadas sob essa ótica? Estaremos desperdiçando recursos? E o nosso cliente, ficará satisfeito? Qual o saldo político da administração municipal? Responder a essas questões significa reconhecer a diversidade, o direito do cidadão a ter atendidas suas necessidades e, em relação aos serviços, a otimização dos recursos, a eficiência das ações.

Não devemos nos esquecer de que no setor da saúde gerenciamos recursos escassos para necessidades ilimitadas. Gerenciar esses recursos de forma adequada nos remete à responsabilidade de planejar adequadamente, de modo que os objetivos operacionais convirjam em direção à realidade sanitária dos cidadãos que utilizam esses serviços.

A seguir, abordaremos com detalhes uma metodologia que, pelas características que reúne, se mostra pertinente para o momento de análise das condições de saúde e o gerenciamento de sistemas locais, sob a ótica da vigilância à saúde e do Planejamento Estratégico Situacional.

ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA

A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apóia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde.

Esse método de análise reúne algumas vantagens:

- simplicidade;
- baixo custo;
- rapidez;
- informações específicas de populações definidas.

Apóia-se em três princípios:

- coletar dados pertinentes e necessários;
- coletar informações que reflitam as condições locais e as situações específicas;
- envolver a comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções.

Permite dessa forma conciliar o conhecimento teórico com o saber prático, de modo a facilitar ao tomador de decisão desenvolver o planejamento local em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço.

O método

A ERP propicia a identificação das condições de vida da população do município e a maneira como ela se distribui pelo território. Sua importância maior reside no fato de evidenciar os problemas que afetam a população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Apresenta como resultado um mosaico de necessidades específicas a determinados grupos populacionais. Esse recorte, a partir das informações coletadas, transportado para o mapa do território, permite e orienta sua divisão em áreas menores denominadas “micro-áreas de risco”.

Conforme discutido no manual *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*, o conceito deste tem diferentes acepções. Vamos adotar, neste manual, a mesma opção feita no outro, pela concordância política com os métodos de análise e planejamento aqui apresentados. Sendo assim, entende-se que os Distritos Sanitários compreendem a definição de um certo espaço geográfico, populacional e administrativo em consonância com as instâncias de coordenação do sistema de saúde que lhe corresponde.

É importante destacar que esse conceito traduz a política que alicerça a implantação dos DS como um processo social em construção, onde serão “gestacionadas” as mudanças das práticas sanitárias, no sentido de atender às necessidades de saúde dessa população e em permanente negociação com os atores sociais envolvidos nesse processo. Pressupõe, portanto, o compartilhamento de informações, o respeito pelo saber do outro e a elaboração de um planejamento participativo.

O método se fundamenta na análise da distribuição espacial das características sócio-econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso é muito importante, porque auxilia a identificação das particularidades e evidencia as áreas de maior prioridade, permitindo orientar o planejamento das ações de saúde realizadas pela administração municipal segundo a especificidade de cada microárea, de modo que os resultados alcançados venham a ser mais efetivos.

A estimativa rápida trabalha, fundamentalmente, com três fontes de dados:

- registros escritos, tanto de fontes primárias quanto de secundárias;
- entrevistas com informantes-chave;
- observação de campo.

Para garantir o sucesso da pesquisa é preciso fazer um planejamento cuidadoso de todas as etapas, realizar uma seleção criteriosa dos informantes-chave e zelar pela coordenação do trabalho de campo.

Recomenda-se organizar a ERP em três etapas (11):

1. *Um momento inicial de organização dos detalhes e das demais etapas da pesquisa:* coleta e sistematização dos dados das diferentes fontes; preparação dos questionários; seleção e treinamento dos pesquisadores; organização da

exploração do campo. É importante coletar todos os dados existentes no município relacionados ao perfil demográfico – censo – e epidemiológico da população e, também, os registros das empresas públicas sobre a estrutura urbana existente – abastecimento de água, rede de esgotos, fornecimento de energia elétrica, instalações telefônicas, pavimentação de ruas, oferta de equipamentos de saúde e educação.

2. *Sistematização da área*: para facilitar a observação do território é aconselhável que primeiro se percorra a área munido de um mapa. Esse reconhecimento inicial dará uma idéia, mesmo que superficial, importante para uma divisão empírica em microáreas, que na próxima etapa será aprimorada. Sem isso, o trabalho de observação de campo propriamente dito se torna mais difícil, assim como a divisão do território. Essa divisão inicial deverá orientar a distribuição das equipes em campo para a observação e entrevistas, assim como para a análise dos dados estatísticos.

3. *Trabalho de campo*: realizar a observação do território e as entrevistas com os informantes-chaves.

Como aplicar a ERP

I – Escolha da equipe

1. Deve-se dar preferência à formação de uma equipe multissetorial. A possibilidade de mesclar indivíduos de setores distintos – saúde, saneamento, habitação, educação, por exemplo – enriquecerá o trabalho, pelo fato de propiciar uma análise da situação sob distintos pontos de vista.

2. É importante que os membros da equipe tenham algumas habilidades (11):

- determinação para descobrir e examinar registros escritos;
- disposição de aprender da gente do local e dos recursos locais;
- ouvir atentamente durante as entrevistas e as conversas informais;
- atenção e sensibilidade a tudo o que possa ser observado;
- uso do bom senso na análise das informações.

II – Escolha dos informantes-chaves

Identificar indivíduos que por sua inserção na comunidade sejam capazes de representar os pontos de vista da coletividade.

1. Sugestão de informantes: funcionários da saúde formais e informais – benzedeiras, curandeiros –, professores, crecheiras, líderes comunitários, dono da farmácia local, moradores antigos, moradores que participam ativamente da vida da comunidade.

2. É necessário estar atento à situação e organização de cada território para definir, em cada caso particular, o elenco de informantes adequado.

III – Desenvolver um cronograma

1. Programar o tempo que se julga necessário, em dias ou semanas, para:

- seleção dos membros da equipe;
- treinamento dos membros da equipe;
- análise dos dados existentes;
- reconhecimento inicial do campo;
- elaboração dos questionários;
- seleção dos informantes-chave;
- aplicação dos questionários;
- observação de campo;
- análise do conjunto de dados coletados das distintas fontes;
- definição das microáreas de risco e das necessidades de saúde.

2. Organizar essas atividades na seqüência ideal – sugerimos a ordem apresentada neste manual – e ordenadas no tempo. Isso permitirá saber quanto tempo será dispensado a essa atividade.

IV – Elencar os dados pertinentes à análise

1. *Dados sobre a comunidade*: composição, movimentos migratórios, organização comunitária.

2. *Descrição do ambiente*: físico, sócio-econômico, distribuição dos problemas de saúde.

3. *Avaliação dos serviços e de suas condições*: tipos de serviços existentes – saúde, educação, centros sociais, creches –, condições de acesso e suficiência da oferta em relação à demanda.

4. *A equipe de trabalho* deverá discutir o que considera relevante investigar, para que se acrescente isso ao rol de dados a serem coletados. É necessário ressaltar que essa pesquisa deve respeitar a especificidade da necessidade de cada município, território ou microárea.

V – Fontes de dados

1. *Censo*: analisar com cautela os dados censitários em relação ao território. Considerar o impacto dos movimentos migratórios externos – de outros municípios ou de outros Estados – e os internos. Esses movimentos costumam ser mais significativos em municípios de grande porte, particularmente aqueles que, por seu perfil sócio-econômico, atraem pessoas de fora com a expectativa de ascensão social. Ou, contrariamente, aqueles que favorecem o êxodo

para outros municípios mais atrativos em relação à oferta de empregos e possibilidade de melhoria das condições de vida.

Algumas políticas públicas municipais também podem propiciar movimentos migratórios internos, como, por exemplo, construções de vias de acesso inter ou intramunicipais quando associadas à desocupação do solo. Populações de baixa renda, quando obrigadas a se transferir para outro local, geralmente passam para uma condição social pior, ocupando a periferia da periferia, disputando os recursos escassos, com a agravante do desconhecimento dos recursos do novo território e da desagregação social no novo ambiente.

Tais movimentos não ficam evidenciados nos dados censitários, sendo necessário provocar o comentário das lideranças locais ou mesmo dos informantes-chaves.

2. *Relatórios e outros documentos* (11):

- registros de planejamento municipal;
- gastos orçamentários;
- pesquisas realizadas;
- registros históricos;
- registros de hospitais e/ou unidades de saúde do município;
- registros de outras secretarias – Habitação, Meio Ambiente, Educação, Serviços Sociais;
- outros documentos disponíveis.

VI – Observação de campo

Fazer as anotações no ato da observação e a análise no mesmo dia. A observação de campo tem uma técnica peculiar nesse método de pesquisa. Cada dia deve ser previamente planejado, de acordo com as observações do dia anterior e as pistas das entrevistas que vão sendo realizadas. O objetivo do trabalho de campo é o delineamento das fronteiras das microáreas de risco e a definição desses riscos. Compete às duplas de entrevistadores, ao término do trabalho de campo do dia – observação e entrevistas – analisar os dados coletados, classificá-los em tipologias e organizar a continuidade do trabalho para o dia seguinte. As notas de observação dizem respeito às impressões que o pesquisador tem durante a observação de campo referente aos itens do roteiro. São, portanto, subjetivas.

1. *Examinar o ambiente físico da área:* características locais de infra-estrutura urbana – rede de esgoto, arruamento, limpeza urbana, condições de habitação.

2. *Perfil dos moradores:* sócio-econômico, cultural, nível de escolaridade, demográfico, epidemiológico e o que mais se julgar importante.

3. *Examinar os tipos de serviços públicos oferecidos*: quanto à acessibilidade, qualidade, adequação à demanda.

4. *Atitudes dos informantes em relação à entrevista*: se o entrevistado transmite sinceridade ou se parece ter algum interesse em manipular a entrevista em favor de interesses de grupos – agenda oculta.

VII – Elaboração dos questionários

O modelo indicado pelo método é o de roteiro de entrevista semi-estruturada. Considera-se um modelo muito apropriado para obter o tipo de informação que se pretende, ou seja, uma orientação quanto ao tipo de problema e sua causalidade e não somente a quantificação dos fenômenos.

A entrevista semi-estruturada constitui-se de um guia – roteiro – que orienta o entrevistador em relação às questões consideradas relevantes à investigação e que não devem ser esquecidas. Porém, tudo se passa como se fosse uma conversa informal, em que o entrevistado deve ser deixado à vontade para comentar o tema abordado. É nesse contexto que podem, inclusive, ser abordadas pelo informante questões não pensadas pela equipe técnica. O entrevistador deve estar atento às “surpresas” e “dar corda” ao informante quando o assunto parecer pertinente.

Deve-se ter sempre em mente que o objetivo da entrevista não é conhecer a opinião pessoal do entrevistado, mas apreender seu conhecimento sobre o território.

1. Cada questão deve focar uma única idéia.
 2. A questão deve ser simples e objetiva.
 3. Evitar palavras que possam induzir ou influenciar a resposta, como: “Você não acha que...”, “Não é verdade que...”
 4. Usar linguagem acessível ao entrevistado, evitar termos técnicos.
 5. Dados de identificação: data, local (microárea hipotética), nome, idade, ocupação, tempo de residência, inserção na comunidade.
 6. Dados sobre o território: sugere-se que sejam elaborados pelo conjunto dos membros da equipe da ERP. Não há uma receita pronta do roteiro; ele deve ser moldado a cada território. Independentemente disso, recomenda-se que se incluam algumas questões gerais, como referências históricas, características do solo, do meio ambiente, sócio-econômicas e políticas, necessidades de saúde, doenças identificadas e riscos percebidos.
 7. Perfil dos entrevistadores:
 - nível profissional médio ou superior;
 - se possível, com experiência prévia;
-

- boa comunicação;
- motivação para o trabalho de campo;
- capacitação física para caminhar no campo.

VIII – Análise dos dados

1. *Identificação das categorias:* agrupar as respostas a cada questão segundo sua semelhança. Por exemplo, em relação a uma priorização da comunidade quanto à falta de coleta pública de lixo, podemos encontrar respostas do tipo “os moradores jogam o lixo nos terrenos porque desconhecem os riscos que isso causa à sua saúde; o caminhão de coleta não consegue passar em determinada região porque as ruas são muito estreitas; algumas caçambas de coleta ficam muito distantes das residências, construídas no alto do morro; o lixo produzido não cabe nas caçambas do centro; a coleta é feita duas vezes por semana”. Essas respostas podem ser agrupadas nas categorias: informações de saúde, falta de infra-estrutura de limpeza pública. A definição das categorias deve ser compartilhada pelos membros da equipe. Não é necessário analisar todos os questionários para definir as categorias. Lembrar-se de que elas devem ser coerentes com o objetivo que motivou a elaboração da questão.

2. *Classificação das respostas:* uma vez definidas as categorias, devem ser lidos os questionários e fazer a classificação das respostas.

3. *Interpretação das descobertas:*

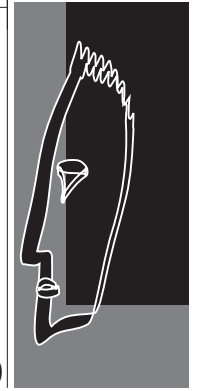
- tomar a decisão sobre a necessidade de fazer outras entrevistas;
- confrontar os resultados das entrevistas e da observação de campo com os dados dos registros. Se houver diferenças gritantes, o grupo deverá definir o estudo a ser feito e a metodologia mais apropriada para elucidar a questão;
- analisar os dados de cada categoria, condensá-los em documento final que contenha as principais conclusões e submetê-lo à aprovação da equipe.

IX – Desenvolvimento de um plano de ação

1. Definição de prioridades.

2. Identificação e planejamento de pesquisas consideradas necessárias ao processo.

3. Monitoração e avaliação.



MÉTODOS DE PLANEJAMENTO

A seguir, iremos introduzir como proposta para o planejamento do setor da saúde o Método de Planejamento Estratégico Situacional – Método PES.

A adoção do PES neste manual se justifica pela sua coerência com os conceitos e abordagem anteriores, referentes ao processo social em que se produz e contextualiza a saúde na sociedade. Contrariamente ao planejamento tradicional, dito normativo, o Método PES trabalha com a complexidade da realidade e admite que não há um conhecimento único e que a explicação da realidade depende da inserção de cada ator que participa do problema, sendo assim parcial e múltiplo. O outro diferencial que apresenta em relação ao método tradicional é a abordagem de outras dimensões além da econômica, como poder, capacidade administrativa e conhecimento (7).

Esse sistema constitui-se da combinação de três métodos de planejamento: o PES, o ZOPP e o MAPP. A escolha de um ou outro desses métodos deve considerar o nível no qual se pratica o planejamento, a natureza do trabalho, a complexidade dos problemas e a capacidade de governo.

Neste manual, optamos por abordar sucintamente o PES, a título de apresentação do método, que sugerimos aplicar ao planejamento estratégico do sistema de saúde em municípios de médio e grande porte. Isso porque esse método responde fundamentalmente às questões de ordem política, com envolvimento de outros atores além daqueles diretamente relacionados com as ações de assistência à saúde, como, por exemplo, representantes da sociedade civil, empresários, políticos, secretários da Saúde e prefeitos de outros municípios, etc., o que faz com que o jogo tenha, naturalmente, fortes matizes políticos e, portanto, maior complexidade na negociação.

Já o MAPP, apresentado mais detalhadamente, aplica-se à planificação tático-operacional de unidades, de sistemas locais menos complexos, ou de programas específicos de ação. Acreditamos que a aplicação do MAPP é mais perti-

nente a sistemas municipais de cidades de pequeno porte e situações de menor complexidade.

Cabe ressaltar que os métodos aqui apresentados à guisa de contribuição não devem ser tomados como verdade absoluta. Em que pese a sua alta potência para o enfrentamento dos problemas de saúde, o gestor não deve se considerar escravo dos métodos, mas, sim, estar acima deles e utilizá-los de forma coerente com sua realidade local, como ferramentas que são.

Carlos Matus, autor do PES e do MAPP, alerta para o fato de não ser adequada nem prática a adoção do mesmo método de planejamento para os diferentes níveis do sistema. Recomenda que se combinem métodos distintos, conforme o nível de hierarquia e de complexidade dos problemas.



PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL – PES

O método PES é, segundo Matus, particularmente potente para o nível de direção central, onde se enfrentam problemas de alta complexidade. Ainda segundo esse autor, o método MAPP “combina simplicidade e potência, porém para enfrentar poucos problemas de baixa interação e baixa complexidade, onde domina o processo prático-operacional”, sendo, então, bastante adequado para a planificação de ações regionais e locais.

O MÉTODO

Para melhor abordar este tema, inicialmente mostramos o quadro extraído de Matus, que compara as diferenças entre o planejamento tradicional e o Planejamento Estratégico Situacional (5).

Quadro 1
Algumas características que diferenciam o planejamento tradicional do PES

PLANEJAMENTO TRADICIONAL	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 e 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).

Matus advoga que o planejamento tradicional é impotente para lidar com a complexidade da realidade social, por ter sido concebido com princípios deterministas, em que o cálculo se baseia na predição e não considera a capacidade de planejamento de outro ator nem a ocorrência de surpresas ou a existência de incertezas, enquanto a realidade é um sistema complexo de incerteza dura, com problemas quase-estruturados (quadro 2). Chama-se de incerteza dura pela precariedade de previsão do futuro, uma vez que, dada a complexidade do contexto de um determinado problema, o leque de desdobramentos, assim como as conseqüências das atitudes do gestor, são inúmeros: alguns conhecidos, outros possíveis de prever e grande parte desconhecidos. Além disso, há situações inimagináveis que ocorrem no meio de um processo e que freqüentemente pegam de surpresa o gestor menos avisado, os chamados “incêndios”, e até mesmo os acidentes e as catástrofes naturais. O método nos reporta a encarar a realidade com todas essas nuances em que, obviamente, não é possível trabalhar com relações diretas de causa e efeito, pelo que acabamos de expor.

Quadro 2
Modelos de sistemas e suas principais características

MODELOS DE SISTEMAS	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE PROBLEMA
I – Determinista puro	Um só passado, um só futuro, segue somente leis. A predição exata é possível. Ex.: movimento de um astro em órbita.	Bem-estruturado
II – Estocástico	Segue leis probabilísticas, a cada possibilidade é associada uma probabilidade conhecida. Ex.: leis de Mendel sobre hereditariedade.	Bem-estruturado
III – Incerteza quantitativa	As possibilidades podem ser enumeradas, mas não é possível atribuir-lhes uma probabilidade objetiva. Ex.: no jogo do coelho num círculo de 10 casinhas, sabe-se o número de possibilidades, mas não a probabilidade de ele entrar em cada casa.	Bem-estruturado
IV – Incerteza dura	Somente algumas possibilidades podem ser enumeradas e não é possível atribuir nenhuma probabilidade objetiva. Ex.: qualquer prognóstico sobre o futuro dentro do contexto social.	Quase-estruturado

Fonte: *O Método PES – Roteiro de Análise Teórica* (material elaborado para o curso “Governo e Planejamento” FUNDAP – Fundación Altadir).

O PES mostra-se adequado para lidar com os problemas quase-estruturados¹ dos sistemas de incerteza dura, por respeitar os requisitos básicos necessários ao planejamento em sistemas complexos. Dessa forma:

- reconhece a existência de outros atores em situação;
- reconhece sua capacidade de planejamento;
- explica a realidade a partir dessa ótica.

Dispõe de métodos para lidar com surpresas e diferenciar os problemas bem-estruturados dos quase-estruturados, reconhece, a existência de recursos escassos – político, econômico, cognitivo e organizacional –, útil para tomada de decisões no presente e preparado para renovar o cálculo sobre o futuro, de acordo com as mudanças da realidade.

Antes de discutirmos o método propriamente dito, é necessário uma abordagem das condições a que o gestor municipal deve estar atento, no sentido de garantir efetividade às ações desenvolvidas em seu governo, quais sejam:

- o projeto de governo;
- sua capacidade para governar;
- sua governabilidade.

Entende-se por *capacidade de governo* o elenco de qualificações reunidas pelo gestor e seu *staff* administrativo que lhes conferem a competência necessária à compreensão, elucidação e enfrentamento de problemas:

- bagagem intelectual;
- experiência;
- *expertise*;
- capacidade pessoal e institucional de governo.

O *projeto de governo ou proposta de governo* consiste na seleção de problemas que o gestor se dispõe a enfrentar durante seu período de governo e a estratégia escolhida para esse enfrentamento. A escolha dos problemas deve ser criteriosa, estratégica, pois implica a capacidade de resolvê-los e a viabilidade política desse enfrentamento, assim como a obtenção de resultados dentro do período de governo do gestor.

A *governabilidade* diz respeito à relação entre o peso das variáveis que o ator controla e o das que não controla somada à capacidade de percepção que o ges-

1. Consideram-se problemas bem-estruturados aqueles para os quais se podem enumerar todas as variáveis, precisar todas as relações entre elas e cuja solução é objetiva. Os problemas quase-estruturados podem ter apenas algumas de suas variáveis e as relações entre elas enumeradas, sua solução é situacional, discutível segundo interesses e posições.

tor tem dessa relação, ou seja, de sua limitação quanto ao controle majoritário de determinada situação. É essa capacidade de percepção que lhe possibilita identificar entre os atores envolvidos aqueles que têm maior controle da situação, as alianças possíveis, os enfrentamentos inevitáveis, as operações mais viáveis; enfim, abre a possibilidade de uma análise estratégica da seleção de problemas.

O gestor não pode se esquecer da necessidade constante de garantir um balanço positivo ao seu governo, ou seja, um saldo politicamente satisfatório da sua gestão, decorrente das medidas mais ou menos simpáticas ou aceitas no ambiente político e pelo eleitorado. Esse balanço depende do manejo dos chamados *três cintos*:

- *político*: legalidade e representatividade política, ética, representatividade dos partidos, equilíbrio dos poderes, sintonia política do projeto;
- *econômico*: manejo da economia;
- *intercâmbio de problemas*: saldo do enfrentamento de problemas de maior valor para a população.

É importante lembrar que nunca se deve apertar os três cintos ao mesmo tempo. Os efeitos negativos de um devem ser compensados com os efeitos positivos de outro.

COMO APLICAR O MÉTODO

I – Identificação, seleção e priorização dos problemas

Neste passo é necessário fazer a *análise da situação*. O autor utiliza esse conceito para expressar a existência de diferentes explicações da realidade a partir da interpretação dos distintos atores sociais e dos conflitos gerados pela diferença de interesses. A técnica de Estimativa Rápida Participativa mostra-se bastante coerente com o PES e tem sido utilizada nas experiências de diversos países. Essa técnica foi apresentada pormenorizadamente no capítulo anterior.

A seleção dos problemas deve atender aos seguintes critérios (5):

1. Valor político do problema:
 - para o ator central e outros atores;
 - para o partido político do ator central;
 - para a população em geral;
 - para a população afetada.
2. Tempo de maturação dos resultados:
 - resultados fora ou dentro do período de governo;

- maturação em tempo humano;
- maturação em tempo social.

3. Vetor de recursos exigidos pelo enfrentamento do problema em relação ao vetor de recursos do ator:

- poder político;
- recursos econômicos;
- recursos cognitivos;
- capacidade organizativa.

4. Governabilidade sobre o problema:

- controle dos nós críticos de maior peso no problema;
- fraco controle dos nós críticos;
- nós críticos fora do jogo.

5. Resposta dos atores com governabilidade:

- colaboração dos atores com governabilidade;
- rejeição dos atores com governabilidade;
- indiferença dos atores com governabilidade.

6. Custo de postergação:

- imediato e alto;
- mediato, lento e baixo.

7. Exigência de inovação e continuidade:

- problemas que exigem inovação;
- problemas que exigem continuidade.

8. Impacto regional:

- equilibrante;
- desequilibrante.

9. Impacto sobre o balanço político de gestão ao término de governo:

- da gestão política;
 - do balanço macroeconômico;
 - de intercâmbio de problemas específicos.
-

Sugere-se que, para facilitar a visualização e a análise desses critérios, seja elaborado um protocolo de seleção dos problemas em forma de gráfico no qual as colunas enumeram os critérios, os problemas são listados nas linhas e no quadro de interseção anota-se o resultado da análise:

programa 1	valor político ALTO	governabilidade ALTA
------------	------------------------	-------------------------

II – Descrição do problema

O problema deve ser declarado por um ator a partir da análise situacional do passo anterior.

Segundo Matus, a diferença entre um problema e um simples incômodo é a capacidade de explicá-lo. A explicação do problema deve ser objetiva e permitir caracterizá-lo e mensurá-lo. O método introduz o conceito de Vetor de Descrição do Problema (VDP). O VDP é comparado ao placar de um jogo e pode ter um ou mais descritores.

$$\text{VDP} = d1, d2, dn$$

O objetivo do VDP é neutralizar a ambigüidade inerente ao título do problema e evitar que ele possa ter mais que uma interpretação e, portanto, mais que uma explicação, levando à total desorganização do processo de planejamento. Para isso o Vetor de Descrição do Problema é um conjunto de descritores que tornam a explicação do problema única, clara e objetiva a todos os atores envolvidos.

Características do VDP (5):

- os descritores devem enunciar o problema e não suas causas ou conseqüências;
- devem ser precisos e monitoráveis;
- cada um deve ser necessário à descrição e o conjunto, suficiente;
- não deve haver relações causais entre os descritores;
- a descrição será suficiente quando a eliminação da carga negativa resolver o problema.

Exemplo:

Vamos utilizar como exercício o problema selecionado pela Secretaria Municipal da Saúde de uma cidade hipotética que iremos denominar *Cidade das Violetas*.

Problema: alta mortalidade neonatal na *Cidade das Violetas*

Ator: secretário municipal da Saúde

VDP: d1 = mortalidade neonatal na *Cidade das Violetas* atualmente é de 16,7 para 1.000 nascidos vivos, enquanto o índice esperado é de 5/1.000 NV.

d2 = d1 alto

Observa-se que nesse caso foi necessário para descrever o problema apenas um descritor e outro de tendência. O descritor d1 é quantitativo e compara o CMI neonatal local com o padrão internacional.

III – Explicação do problema

Identificar as causas do VDP. Essas causas podem ser de três tipos: fluxos, acumulações ou regras formais ou informais. Cada causa é denominada “nó explicativo”. O conjunto de nós deve ser ordenado graficamente num fluxograma situacional em que se distinguem outras três áreas:

- **governabilidade:** onde o controle total é do ator que declara o problema;
- **área de influência:** o ator tem capacidade de influenciar, mesmo que no momento atual essa influência seja zero;
- **fora do jogo:** área onde o ator não tem qualquer controle sobre as causas do problema.

	Regras	Acumulações	Fluxos	
Governabilidade				d1 — d2 — dn —
Influência				
Fora do jogo				

O fluxograma situacional (Anexo 1) possui nove quadrantes onde irão localizar-se os nós explicativos. Esses nós devem ser expressos de forma clara e telegráfica, e as relações de causalidade entre eles deverão ser representadas por setas. No fluxograma as *regras* referem-se às leis e normas formais ou de fato; as *acumulações*, às causas com caráter cognitivo, e os *fluxos*, àquelas que representam ações.

Alguns nós explicativos são críticos para a mudança dos descritores do problema. Estes são então denominados *nós críticos*.

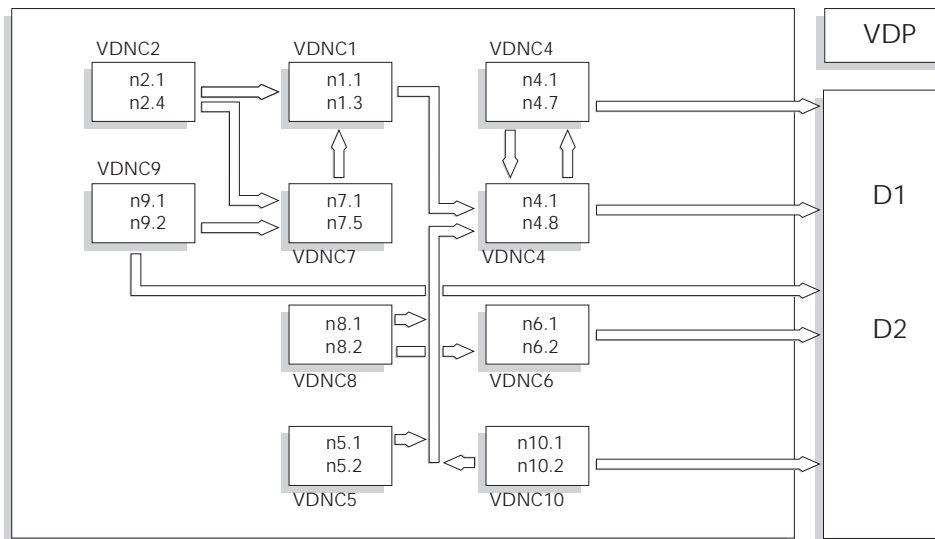
Crítérios para selecionar os nós críticos:

- alto impacto sobre o VDP;
- ser um centro prático de ação – algum dos atores deverá ter governabilidade sobre essa causa;
- ser um centro oportuno de ação política – ter viabilidade política durante o período do plano.

No exemplo citado foi possível identificar dez nós críticos:

- NC1: descontinuidade de assistência ao pré-natal e/ou início tardio;
- NC2: falta de treinamento dos profissionais de saúde dos serviços de saúde;
- NC3: baixo controle das patologias maternas crônicas;
- NC4: ausência de controle de ocorrência de malformações, doenças congênitas e enfermidades no período de 28 dias;
- NC5: insuficiência de leitos de berçário de médio e alto risco na região;
- NC6: sistema de referência e contra-referência existente na região não garante atendimento ao paciente;
- NC7: prática médica intervencionista e mercantilista, levando a uma assistência inadequada ao pré-natal e partos;
- NC8: insuficiência de equipamentos de monitoramento fetal nos hospitais;
- NC9: baixa qualificação da mão-de-obra nos serviços de saúde;
- NC10: insuficiência de neonatologista na assistência ao RN na sala de parto e berçário.

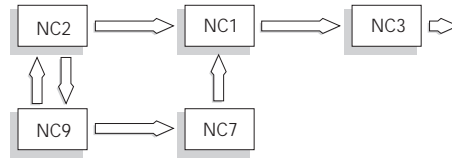
Uma vez identificados os nós críticos, deve-se construir com eles a árvore de um problema. Cada nó crítico deve ser descrito – VDNC. Para resolver o problema teremos que programar operações capazes de alterar os vetores de descrição de cada nó crítico (Anexo 2).



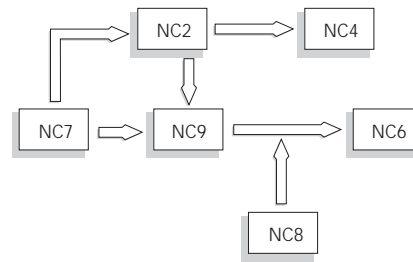
Fonte: Problema analisado no curso Governo e Planejamento (FUNDAP – Fundación Altadir, 1996, mimeografado).

Cadeias causais:

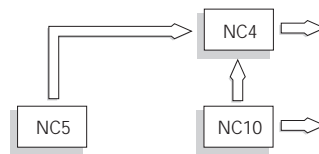
- a. Cadeia 1: relacionada ao controle da gravidez;



- b. Cadeia 2: relacionada à assistência ao parto;



- c. Cadeia 3: relacionada ao feto e RN menor que 28 dias.



IV – Definição da situação objetivo

Neste passo, devem-se definir os resultados esperados, isto é, a mudança que se pretende obter a respeito dos descritores dos nós críticos e dos descritores do VDP do problema (Anexo 3).

V – Identificação das operações necessárias ao enfrentamento do problema

Chamam-se operações àquelas que estão na área de governabilidade do ator que declara o problema, e demandas de operação àquelas que estão na área de governabilidade de outro ator.

Cada operação deve apontar os resultados desejados e as atividades necessárias para alcançar esses resultados, definir os responsáveis pelas atividades e os atores que devem estar envolvidos, o prazo para sua realização, os recursos necessários e o cronograma (Anexo 4).

VI – Análise de viabilidade

Construir uma matriz de motivação dos atores, em que se analisará o vetor de motivação de cada ator em relação às operações desenhadas. Identificar os atores que são aliados, oponentes e indiferentes ao plano. Identificar as operações de consenso e de conflito e definir as táticas para viabilizar as operações de conflito.

	OP1		OP2		OP3		OP4	
A1	+	A	+	A	+	M	+	A
A2	-	M	+	B	-	A	0	M
A3	0	B	0	M	+	A	+	B

Interesse: +, -, 0 (indiferente)

Valor: A (alto), B (baixo), M (médio)

Aliados: A1, A3

Oponentes: A2

Operações de consenso: OP2, OP4

Operações de conflito: OP1, OP3

VII – Implementação

Definir o modelo de gestão e do processo de acompanhamento do plano.
Desenhar um modelo de avaliação baseado em indicadores específicos ao problema em questão.



MÉTODO ALTADIR DE PLANIFICAÇÃO POPULAR – MAPP

O MÉTODO

O MAPP se fundamenta nos mesmos princípios do PES e, pelas suas características operativas, constitui-se no método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados. É simples e criativo, elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação a partir de uma base popular. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas em contraposição à atitude de geradores de demandas e de soluções. Porém, deve ser encarado como um método limitado à natureza e complexidade dos problemas.

Dessa forma, aplica-se à solução daqueles limitados ao espaço mais restrito do nível local assim como daqueles que não se constituam numa rede de relações muito complexas. É, portanto, um método bastante coerente com os princípios do SUS e o recomendamos como instrumento para a elaboração do planejamento de unidades básicas de saúde.

COMO APLICAR O MÉTODO

Recomendamos que o processo de planejamento seja desenvolvido em *oficinas de trabalho*, reunindo funcionários da unidade, membros da comunidade, lideranças e monitores da Secretaria da Saúde.

As oficinas constituem-se num fórum pedagógico de trabalho cujo objetivo é favorecer a construção coletiva a partir da apreensão de conceitos e técnicas. A proposta é que os membros da equipe de trabalho sejam atores ativos no processo de elaboração do planejamento. Cada oficina deve ter como objetivo a elaboração de um produto e ao seu término algumas tarefas serão definidas para as oficinas seguintes.

A seguir, o método será apresentado de maneira bastante detalhada, de modo que seja fácil utilizá-lo na prática pelos funcionários e pela comunidade do sistema local de saúde.

MAPP – MÉTODO ALTADIR DE PLANIFICAÇÃO POPULAR

- Passo 1 – Seleção dos problemas do plano
- Passo 2 – Descrição do problema
- Passo 3 – Explicação do problema: árvore explicativa – árvore de problemas
- Passo 4 – Desenho da situação objetivo
- Passo 5 – Seleção dos nós críticos
- Passo 6 – Desenhos das operações e demandas de operações
- Passo 7 – Definição das responsabilidades pelas operações
- Passo 8 – Definição de responsáveis pelas demandas de operação
- Passo 9 – Avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações – orçamento
- Passo 10 – Identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano
- Passo 11 – Identificação de recursos críticos para desenvolver as operações
- Passo 12 – Identificação dos atores que controlam os recursos
- Passo 13 – Seleção de trajetórias
- Passo 14 – Análise de vulnerabilidade do plano
- Passo 15 – Desenho de sistema de prestação de contas

Passo 1 – Seleção dos problemas do plano

Feita mediante a avaliação dos resultados insatisfatórios que se observam na realidade. Esses são percebidos a partir do não-cumprimento ou divergência em relação a normas ou padrões considerados válidos pelo senso comum e que são passíveis de intervenção no sentido de sua modificação, no âmbito de ação do ator. Porém, para que a identificação das divergências seja considerada um problema, é necessário descrevê-lo; caso contrário, segundo o próprio autor do método, não passará de um incômodo impreciso e sujeito a mais de uma interpretação.

Os problemas selecionados deverão, em seguida, ser ordenados segundo a importância que representam para o ator e a prioridade que se atribui à sua solução.

Para fazer a seleção dos problemas é necessário que se conheça a realidade local – características sociais, demográficas, epidemiológicas e culturais da população residente; características do território em relação aos recursos sociais e de saúde, infra-estrutura urbana, por exemplo; relações de poder econômico e político. O método de ERP apresentado neste manual pode ser utilizado também nesse momento de reconhecimento da realidade local (análise situacional) no MAPP.

Feita a análise da situação, o gestor local se dará conta de algumas situações que causam incômodo à comunidade ou aos técnicos da Secretaria da Saúde ou a ambos. Esses incômodos deverão ser processados, como se explica nos próximos passos, para que se possa analisar o quanto são importantes e a capa-

cidade de enfrentamento de que se dispõe.

Passo 2 – Descrição do problema

Expressa os sintomas do problema, não devendo ser confundido com suas causas ou conseqüências. Para tanto deve-se elencar um conjunto de descritores (d1, d2, d3, dn). Entende-se por descritor o fato ou afirmação necessária e suficiente para descrever o problema, tal qual no método PES.

Cada incômodo identificado no passo anterior deve ser declarado e descrito. A declaração corresponde ao enunciado do problema, que deve ser claro e objetivo. Por exemplo, na comunidade da hipotética *Cidade das Violetas*, a ERP evidenciou no território do Distrito Norte o seguinte problema: *ausência de medidas de prevenção a doenças e de promoção à saúde para a população infantil do Distrito Norte*. Os descritores do problema enunciado foram os seguintes:

- d1:** 40% das crianças são internadas mais de uma vez ao ano por doenças agudas infecto-contagiosas, enquanto o padrão do município é de 5%;
- d2:** inexistência de UBS – Unidade Básica de Saúde – no Distrito Norte, enquanto a OMS recomenda uma unidade de atenção primária para cada 20.000 a 30.000 habitantes.

Observe que os descritores são objetivos e mensuráveis, o que permite criar indicadores locais de saúde e avaliar o impacto do planejamento – medir os resultados alcançados.

Passo 3 – Explicação do problema: árvore explicativa – árvore de problemas

A árvore de problemas deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação das causas do problema e da forma como estão relacionadas entre si. A árvore será construída a partir das respostas à seguinte pergunta: qual é o motivo que origina o fato descrito em d1? Essa pergunta deve ser feita para cada um dos descritores do problema. O passo seguinte é encontrar a causa da causa e assim sucessivamente, até que o grupo de trabalho se sinta satisfeito com a explicação. A mesma seqüência deve ser seguida para os outros descritores.

Então, para o descritor d1, no caso do Distrito Norte da *Cidade das Violetas*, foram encontradas as seguintes causas:

- a unidade de saúde da região presta atendimento apenas a casos de urgência e emergência, não oferece programas de puericultura, tampouco o programa de vacinação básica;
- cerca de 60% do território do Distrito Norte não possui rede de esgotos;
- 20% desse território não é servido de água potável;

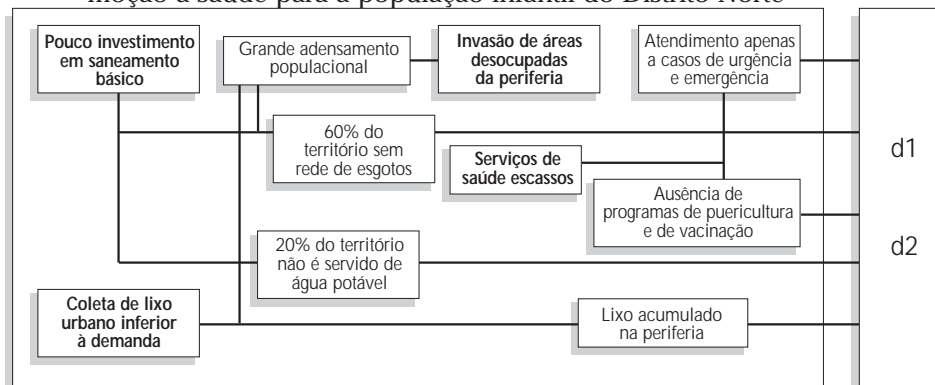
- grande quantidade de lixo acumulado na periferia da região.

A equipe de trabalho pôde constatar que as condições de vida dessa comunidade pioraram muito nos últimos cinco anos devido à acentuada invasão, por parte da população, de áreas desocupadas na periferia do Distrito Norte. A ocupação desordenada desse território e o grande adensamento populacional foram evidenciados como causas das causas. Ou seja, durante o período em que a ocupação do solo foi se dando lenta e gradativamente, a comunidade vinha se organizando e reivindicando melhorias locais. Com a ocupação acelerada dos últimos anos, não foi possível manter a organização comunitária no mesmo nível de representatividade e as conquistas ficaram aquém da necessidade local.

Porém, esse fato não está isolado do contexto político local, pois também foi verificado, no momento de análise, que as políticas públicas privilegiaram os Distritos Oeste e Sul e pouco se fez pelo Distrito Leste; o Norte ficou praticamente esquecido, e era aquele que apresentava as necessidades mais gritantes.

Essas evidências podem então ser organizadas numa rede explicativa dos nossos descritores da seguinte forma:

Problema: ausência de medidas de prevenção contra doenças e de promoção à saúde para a população infantil do Distrito Norte



Ao construir o gráfico, deve-se colocar o nome do problema e identificar o ator que o declara. Recomenda-se que se inicie o processo da direita para a esquerda a partir da identificação dos descritores.

Passo 4 – Desenho da situação objetivo

Neste momento, deve-se discutir os objetivos que podem ser alcançados e a forma de torná-los viáveis. Para tanto é necessário avaliar o prazo de maturação do plano, identificar as operações capazes de produzir a mudança desejada, dimensionar o alcance e a natureza dessas operações.

Deve-se construir um gráfico de duas colunas. Na coluna da esquerda transcreve-se o VDP (Vetor de Descrição do Problema) e na coluna da direita o VDR

(Vetor de Descrição de Resultados). Cada vetor de resultados deverá corresponder à modificação que se pretende alcançar para cada vetor de descrição do problema.

VDP

d1: 40% das crianças são internadas mais de uma vez ao ano por doenças agudas infecto-contagiosas, enquanto o padrão do município é de 5%;

d2: inexistência de UBS no Distrito Norte, enquanto a OMS recomenda uma unidade de atenção primária para cada 20.000 a 30.000 habitantes.

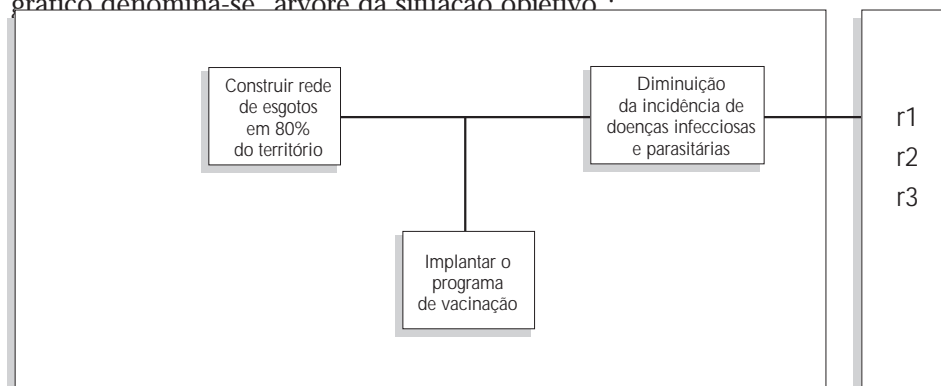
VDR

r1: índice de reinternação de 30% ao fim do primeiro ano; 15% ao fim do segundo ano, e 5% ao fim do terceiro ano;

r2: uma unidade básica para 20.000 habitantes;

r3: programa de puericultura com capacidade de cobertura para 100% das crianças entre 0 e 5 anos.

Após a definição das metas – VDR –, será necessário explicá-las, à semelhança do processo de explicação do VDP. Portanto, deverão ser identificadas as causas alteradas do plano capazes de gerar cada descritor (r) do VDR. A esse gráfico denomina-se “árvore da situação objetivo”.



Para a construção da árvore de objetivos é necessário refletir bastante sobre algumas variáveis importantes, tais como: o tempo em que se pretende alcançar esses objetivos; os recursos necessários para tanto; a análise do impacto que cada operação irá gerar sobre os descritores do problema; e, por fim, comparar a situação inicial com aquela que se desenhou como desejada, de modo a ajustar as operações para atingir as metas ou, concluindo pela impossibilidade de potencializar o impacto delas, reduzir as metas para que sejam possíveis de realizar.

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

A seleção de nós críticos consiste em identificar entre as causas que explicam o problema aquelas que, quando modificadas, por si só promovem a alteração de outra ou de uma série de causas. A essa série denomina-se *cadeia causal*. Portanto, para alterar o VDP, é necessário construir operações capazes de alterar os nós críticos do problema.

No exemplo do Distrito Norte da *Cidade das Violetas* devemos, para cada

nó, imaginar a situação ideal que será alcançada se o plano der certo:

causa 1
*ausência de programas
de puericultura*

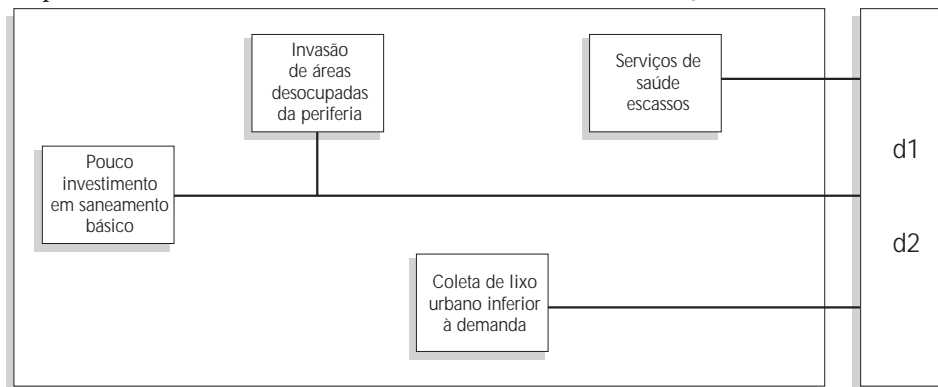
causa 1'
*programas de
puericultura implantados*

Essas mudanças são produzidas pelas operações.

Não é necessário, porém, desenhar operações para todas as causas – somente para aquelas que têm relação direta com o VDP, os nós críticos. Para ser considerada um nó crítico, uma causa precisa ter as seguintes características:

- ser capaz de mudar positivamente o VDP;
- ser politicamente oportuna, apresentar resultados no período de gestão do ator que declara o problema;
- ser um centro prático de ação – ser da governabilidade de um dos atores envolvidos no problema.

No exemplo simplificado do Distrito Norte da *Cidade das Violetas*, há quatro nós críticos: pouco investimento em saneamento básico, invasão de áreas desocupadas da periferia; coleta de lixo urbano inferior à demanda; serviços de saúde escassos.



Passo 6 – Desenhos das operações e demandas de operações

Uma operação compreende um conjunto de ações destinadas a alterar um ou vários nós críticos do problema. Toda a operação – OP – depende de ações que estão na área de governabilidade do ator. Quando essas ações não são de governabilidade direta do ator, mas este tem alguma influência sobre elas, denominam-se *demandas de operação* (DOP). São capazes de gerar um produto que origina um resultado, mediante a utilização dos chamados “recursos escassos” (poder, conhecimento, recursos econômicos, capacidade organizativa). Cada operação deverá ter um responsável por sua execução; cada demanda de operação, um indivíduo que se responsabilize por demandar a coopera-

ção pertinente e	denunciar se ela não	se efetivar.	
NO OBRIGADO saúde escassos	CONTRIBUIZIR unidades básicas	SUMÁRIO municipal da Saúde	QUEMICO OPERA
Invasão de áreas desocupadas	Transferir 1.500 famílias para o conjunto habitacional do Distrito Oeste	Associação de moradores	Prefeito

Passo 7 – Definição das responsabilidades pelas operações

Designar para cada operação um responsável por sua execução e prestação de contas junto ao ator que lidera o plano.

Passo 8 – Definição de responsáveis pelas demandas de operação

Designar para cada demanda de operação um responsável pela monitorização da atuação do ator que tem governabilidade sobre ela.

Passo 9 – Avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações – Orçamento

A finalidade desse passo é definir os custos do plano, a partir do custo de cada operação, e, da mesma forma, determinar as contribuições das partes envolvidas para sua efetivação. No final deste manual serão citadas algumas maneiras de construir orçamentos.

Passo 10 – Identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano

Considera-se ator social uma pessoa ou um coletivo de pessoas capaz de atuar e transformar a realidade na qual está inserido. Para isso o ator precisa ter controle sobre recursos de relevância para o problema, uma organização minimamente estável e um projeto para intervir sobre a realidade. No município podemos considerar atores sociais o secretário municipal da Saúde, diretores de unidades, membros de conselhos gestores de unidades e do próprio conselho municipal de saúde, presidente de associação de amigos de bairro, presidente de associação comercial, diretor de escola, benzedeira. Ficam esses como sugestões, mas na verdade os atores devem ser identificados em cada realidade.

Esta é uma técnica que o método nos propõe para permitir avaliar o peso de cada ator no sucesso ou insucesso de cada OP ou DOP.

Interesse

Indica a posição de um grupo ou indivíduo em relação a uma operação:

- apoio (+)

- rejeição (-)
- indiferença real (O)
- indiferença tática (00)
- indiferença por desatenção (\emptyset)

A indiferença tática indica que o real tipo de interesse (+) ou (-) está camuflado; a indiferença por desatenção evidencia que não há posição em relação ao plano.

Valor

Indica a importância que cada operação representa para cada ator:

- alto: A
- médio: M
- baixo: B

Motivação

Representa a força do desejo de atuar e é expressada pela combinação do valor e do interesse.

A avaliação da motivação do conjunto de atores em relação a cada operação nos identifica quais delas apresentam consenso e quais são conflitivas.

Passo 11 – Identificação de recursos críticos para desenvolver as operações

Naquelas operações em que a análise da motivação evidenciou a presença de conflito, deve-se identificar a variável crítica que poderá ter impacto negativo se não estiver sob a governabilidade do ator que controla o plano.

Passo 12 – Identificação dos atores que controlam os recursos

Este passo consiste na elaboração de um quadro para quantificação do controle que cada ator tem sobre os recursos críticos necessários às operações de conflito e as adesões possíveis de serem estabelecidas entre os atores. Esse quadro permite avaliar se os oponentes a determinadas operações têm mais ou menos condições de impedir que elas se realizem.

Passo 13 – Seleção de trajetórias

A seqüência de realização das operações é importante para o sucesso do plano. Para encontrar a melhor trajetória, sugerimos que se inicie por uma qualquer. Através da análise da coerência da disposição de cada operação no tempo é que se chegará à trajetória ideal. Essa análise deve ser feita mediante o questionamento do grupo sobre por que é melhor concluir uma determinada operação antes de outra. Essa pergunta deverá ser feita tantas vezes quanto for

necessário, até que o grupo conclua pela melhor seqüência.

Passo 14 – Análise de vulnerabilidade do plano

Consiste em colocar em evidência, em cada operação, a condição que a torna vulnerável, aquela que é imprescindível para que os resultados sejam alcançados. Significa que se ela não ocorrer a operação terá sido frustrada. Matus a denomina *condicionante letal*. Uma vez que ela seja identificada, deve-se planejar uma ação alternativa para garantir o sucesso da operação.

Para facilitar a análise de vulnerabilidade pode-se construir um quadro como o que apresentamos a seguir:

OPERAÇÃO	CONDICIONANTE LETAL	IMPACTO	ATOR	AÇÃO ALTERNATIVA
OP1	Cooperação do prefeito	Alto	Prefeito	Utilizar unidade desativada da Secretaria Estadual da Saúde
	Cooperação do Conselho Municipal de Saúde	Alto	Membros do conselho	

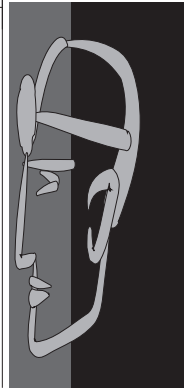
Passo 15 – Desenho de sistema de prestação de contas

Tem por finalidade possibilitar a cobrança da responsabilidade pela execução e desempenho de cada operação. O foco do sistema está no cumprimento ou não dos condicionantes letais. Para que isso seja possível é necessário definir um responsável para cada tarefa e as seguintes condições devem ser cumpridas (MAPP):

- o responsável deve ter governabilidade sobre a operação;
- o responsável deve participar da elaboração do sistema de prestação de contas;
- a elaboração do sistema deve preceder a prestação de contas;
- o sistema deve considerar as circunstâncias favoráveis ou desfavoráveis que estão fora da governabilidade do responsável.

FORMULÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Nome do responsável: Período: Data: Operação: Condicionantes letais: <input type="checkbox"/> cumpridos <input type="checkbox"/> não cumpridos <input type="checkbox"/> parcialmente cumpridos	
Resultados previstos Justificativas	Resultados obtidos
Decisão:	



OPERACIONALIZANDO PROBLEMAS E PLANOS

Utilizando os métodos de planejamento do Método PES, pudemos evidenciar as necessidades em relação à clientela e aos serviços, a ordem de prioridades dessas necessidades, as operações necessárias para atingir os objetivos esperados e a melhor trajetória dessas operações. Uma vez isso feito, é necessário dimensionar a estrutura necessária, definir rotinas e tarefas, verificar os custos e o tempo necessário para a realização das operações.

Nesse sentido, iremos apresentar, a seguir, algumas técnicas que poderão ser utilizadas nas unidades de saúde do município para operacionalizar com efetividade e eficiência os programas de atendimento à população considerados prioritários pelo planejamento local, conforme descrito nos capítulos anteriores.

Essas técnicas ou métodos são partes do planejamento operacional, que, como já comentamos anteriormente, constitui-se na parte final do processo de planejamento e deve ser desenvolvido independentemente da metodologia de planejamento que tenha sido utilizada. Os planos operacionais tratam do detalhamento das atividades previstas na planificação mais genérica, seja do nível central – Secretaria Municipal da Saúde –, seja do nível local – Unidade Básica de Saúde.

DIMENSIONANDO A ESTRUTURA E A PRODUÇÃO DO MÉTODO

Muitas vezes, ao planejar, perguntamos quais seriam os valores ótimos ou apropriados para determinado processo de produção. É sempre muito delicado discutir esses valores e indicadores porque pode haver uma tendência a tomá-los de forma prescritiva e rígida. Para escapar das armadilhas que eles podem representar, poderíamos optar por não apresentar ou discutir indicadores. Contudo, achamos que eles podem ser valiosos para os planejadores locais se utilizados com propriedade e não forem tomados como regras

fixas. Portanto, decidimos incluí-los com essa ressalva. Para avaliação e planejamento da capacidade instalada das unidades de saúde do sistema municipal, reproduziremos alguns indicadores de produção extraídos do *Manual de Definição dos Indicadores e Parâmetros Médico-Hospitalares* da Fundação Hospitalar do Distrito Federal.

Parâmetros médico-assistenciais

I – Gerais

1. Índice médico/habitantes – 1/1.000
2. Índice dentista/habitantes – 1/6.000
3. Índice médico especialista/habitantes – 0,2/1.000 ou 1/5.000
4. Índice médico generalista/habitantes – 0,8/1.000 ou 4/5.000

II – Ambulatoriais

1. Dias úteis do mês: 22
 2. Dias úteis do ano: 264
 3. Consultas médicas por habitante: 2 ou 3 consultas/hab./ano
 4. Consultas odontológicas por habitante: 1 consulta/hab./ano
 5. Consultas médicas previstas por especialidade:
 - clínica médica e demais especialidades clínicas..... 30%
 - clínica cirúrgica 6%
 - clínica pediátrica 25%
 - clínica obstétrica 15%
 - clínica ortopédica 6%
 - clínica ginecológica 6%
 - clínica psiquiátrica 5%
 - clínica oftalmológica 4%
 - clínica otorrinolaringológica 3%
 6. Média de consultas/médico/turno:
 - turno de 4 h – 16 consultas
 - turno de 6 h – 20 consultas
-

7. Consultas odontológicas/odontólogo/turno:

- odontoclínica: 18 consultas/turno de 6 h
24 consultas/turno de 8 h
- odontopediatria: 15 consultas/turno de 6 h
20 consultas/turno de 8 h

8. Necessidades de vacinas:

- geral: 400 doses/1.000 hab./ano
- específicas: BCG..... 10% ou 40/1.000
Tríplice..... 30% ou 120/1.000
Sabin..... 30% ou 120/1.000
Sarampo, rubéola, parotidite..... 5% ou 20/1.000
Antitetânica 10% ou 40/1.000
Outras..... 15% ou 60/1.000

III – Hospitalares

1. Ocorrência de internações: 100/1.000 hab./ano

2. Ocorrência de internações por clínica:

- obstétrica 30%
- cirúrgica 25%
- pediátrica 20%
- médica 20%
- psiquiátrica 4%

3. Necessidades gerais de leitos: 4 leitos/1.000 habitantes

4. Distribuição percentual de leitos:

- clínica cirúrgica 35%
- clínica médica 25%
- clínica pediátrica 25%
- clínica obstétrica 15%

5. Número de leitos em UTI ou similar: 4 a 10 leitos

Necessidade de capacidade instalada**I – Necessidade de consultórios para ambulatórios**

$$NC = \frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas/ano}}{\text{n}^\circ \text{ de dias} \times 16 \text{ consultas} \times \text{n}^\circ \text{ de turnos}}$$

II – Necessidade de leitos

$$NL = \frac{NI \times TMP}{365 \times TO}$$

Obs.: NI = número de internações previstas
TMP = tempo médio de permanência
TO = taxa de ocupação



ORDENANDO ATIVIDADES NO TEMPO

Há vários métodos descritos na literatura especializada, usados para estimar a velocidade de desenvolvimento de uma determinada operação ou de um programa e os prazos para alcançar resultados específicos. Esses métodos constituem-se em planos operacionais que relacionam tempo e atividade. Sua complexidade é variada: há desde métodos extremamente simples, que dependem apenas da utilização de uma agenda, até métodos bem avançados, que dependem do emprego de tecnologia mais sofisticada, com processamento de dados por programas informatizados e utilização da linguagem matemática.

Dentre os métodos menos complexos, vamos abordar três: o cronograma, o gráfico de Gantt e o método PERT.

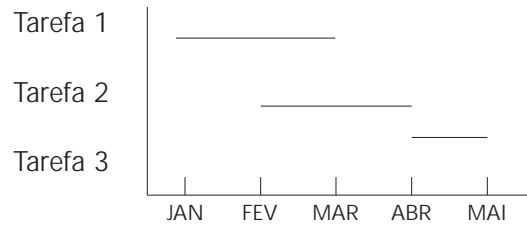
CRONOGRAMA

Consiste na elaboração de um gráfico, em que as atividades são listadas nas colunas e as linhas mostram o intervalo de tempo. Utilizam-se traços horizontais para indicar a duração de cada atividade.

ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
A	_____				
B		_____			
C			_____		
D				_____	

GRÁFICO DE GANTT

Igualmente simples, também relaciona a atividade ao tempo de uma maneira muito semelhante à que vimos na descrição do cronograma. A técnica para sua elaboração consiste em segmentar cada atividade em seus componentes críticos e listá-los e apresentá-los graficamente em função do tempo. Pode-se acompanhar a execução do processo na prática e compará-lo com a previsão anterior.



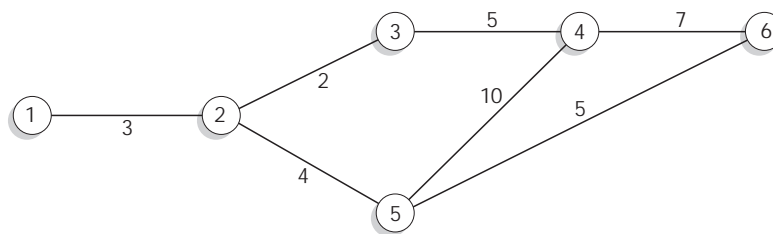
MÉTODO PERT – PROGRAM EVALUATION REVIEW TECHNIQUE

É uma técnica de revisão e avaliação de programas. O método é baseado em cinco elementos principais:

- rede;
- alocação de recursos;
- considerações de tempo e de custo;
- rede de caminhos;
- caminho crítico.

A rede é um diagrama que mostra as relações entre as atividades e os eventos durante todo o período de realização de uma tarefa. Tem três componentes: *eventos*, *atividades* e *relações*. Os *eventos* são pontos que indicam o início ou o fim de uma tarefa; as *atividades* representam a energia cognitiva ou física empenhada para a realização do evento e são representadas por flechas; o tempo necessário para sua realização é indicado pelo número colocado ao lado; as *relações* são indicadas pela seqüência de eventos e atividades na rede.

A figura abaixo exemplifica uma rede de PERT.



Sugerimos a utilização do cronograma ou do gráfico de Gantt. O PERT foi citado apenas a título de apresentação. Sua metodologia é bastante complexa e não se mostra tão adequado na área da saúde como os outros.

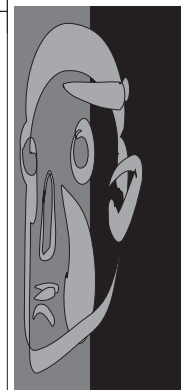
Porém, independentemente da maneira escolhida para ilustrar a ordenação das atividades no tempo, é fundamental que se avalie com bastante seriedade o tempo necessário e ideal para desenvolver cada operação e que toda a equipe se conscientize da importância do cumprimento dos prazos, o que, em última instância, implica a efetividade das operações programadas e reflete o compromisso com a população.



ESTIMANDO OS CUSTOS DE UMA OPERAÇÃO

Os planos operacionais destinados a estimar os custos são denominados *orçamentos*. Esse método permite, além de estimar o custo total de cada atividade ou operação, fazer uma previsão da necessidade de recursos financeiros para o cumprimento, em última análise, das políticas de saúde estabelecidas para o município. Permite, ainda, contrapor as necessidades de recursos à disponibilidade orçamentária da Secretaria Municipal da Saúde e indica a imposição de uma tomada de decisão entre a priorização das operações e a busca de novas fontes de recursos, quando a necessidade superar a disponibilidade.

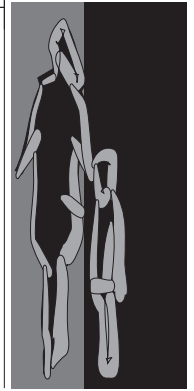
Para elaborar o orçamento é necessário listar todos os recursos necessários à realização de cada atividade – pessoal, equipamentos, material – e, quando for o caso, os custos indiretos, ou seja, aqueles que não são específicos a uma determinada tarefa, mas que também são consumidos na sua realização – depreciação, manutenção, contas de água, luz, telefone, aluguel de imóvel.



DEFININDO NORMAS E MÉTODOS

O método utilizado para descrever todas as etapas necessárias para executar uma atividade é denominado *procedimento*. Consiste, portanto, em detalhar como fazer, quando, por quem e de que maneira todos os passos de uma atividade. A atitude de algumas instituições de criar manuais de normas e rotinas é muito saudável, pois evita desperdício de energia e de tempo, empregados para repensar aquelas atividades que já são conhecidas e que venham a ser demandadas com frequência ou mesmo ocasionalmente.

Sugerimos que se forme uma equipe multiprofissional para assumir a tarefa de descrever as funções e os cargos, assim como as respectivas atribuições, normas e rotinas de trabalho. Tudo isso deverá ficar registrado em manuais próprios e difundidos entre o corpo de profissionais das unidades – manuais organizacionais que também deverão ser utilizados no processo de treinamento dos novos profissionais que venham a ser contratados. Uma pessoa da confiança do secretário deverá ter a responsabilidade do controle desse processo. Se não houver no município nenhum profissional com treinamento específico para essa tarefa, recomenda-se a nomeação de uma enfermeira, por ser geralmente o profissional mais habilitado para tanto, devido a sua formação e prática de trabalho.



ANEXOS

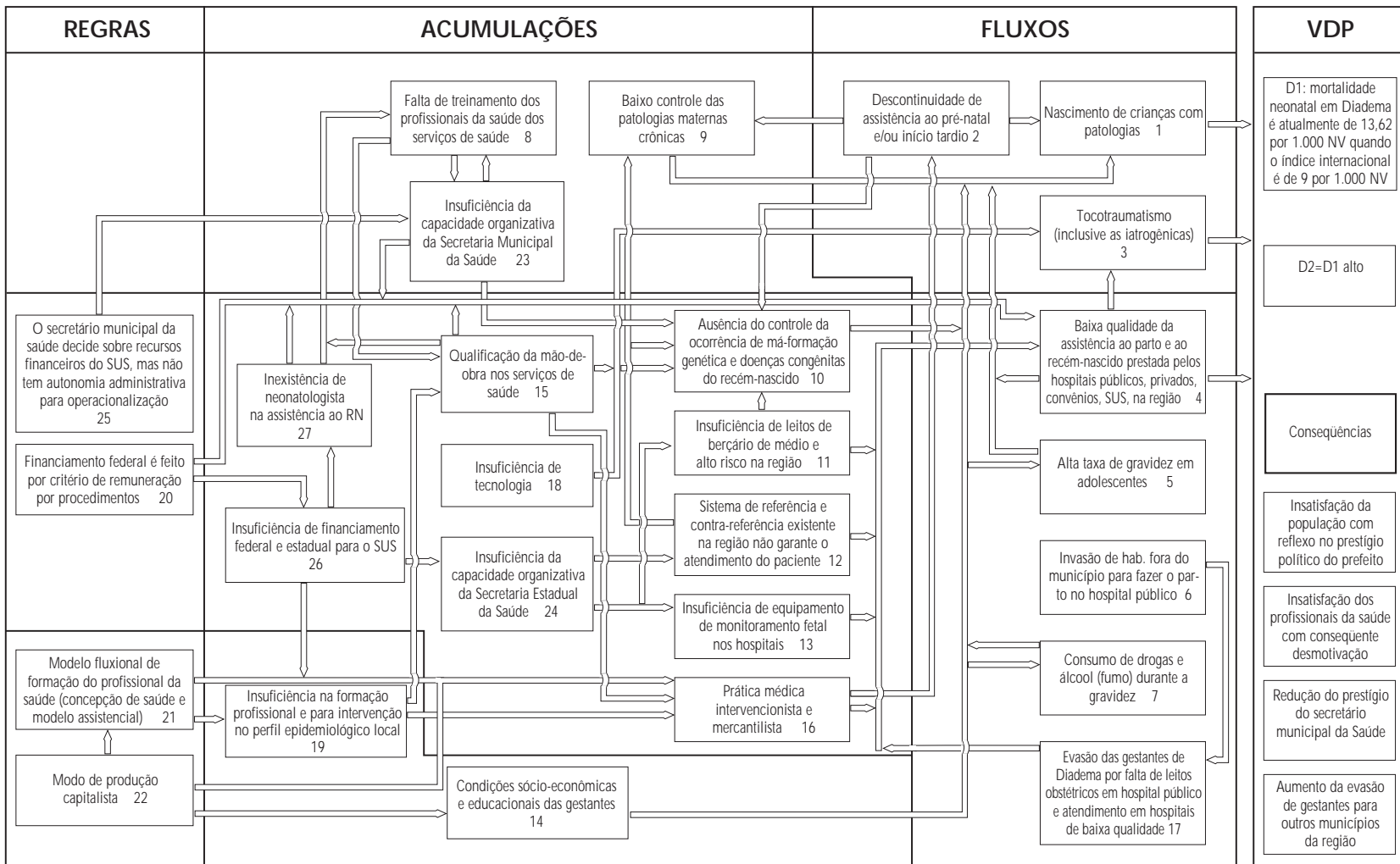
ANEXO 1 – Âmbito temático: modelo assistencial em saúde

ANEXO 2 – Vetor de descrição de nós críticos

ANEXO 3 – Definição da situação-objetivo

ANEXO 4 – Lista das operações e ações

ANEXO 1 – ÂMBITO TEMÁTICO: MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE – FLUXOGRAMA DA SITUAÇÃO INICIAL
PROBLEMA: ALTA MORTALIDADE NEONATAL EM DIADEMA
ATOR: SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE



ANEXO 2 – VETOR DE DESCRIÇÃO DE NÓS CRÍTICOS (VDN)

NÓ CRÍTICO	VDN DO NÓ CRÍTICO
NC1	n.1.1. = x % de taxa de abandono na assistência pré-natal n.1.2. = y % da 1ª consulta médica ocorre após o 1º trimestre de gravidez n.1.3. = n.1.1. ⇔ n.1.2. ⇔
NC2	n.2.1. = 90% dos profissionais da saúde não receberam treinamento no último ano n.2.2. = 0 % de cobertura aos profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos nos programas no último ano n.2.3. = 70% de cobertura dos atendentes de enfermagem nos programas de classes descentralizadas n.2.4. = n.2.1. ⇔ n.2.2. ⇔ n.2.3. ⇔
NC3	n.3.1. = nível de concentração de consultas de pré-natal abaixo de 4 por gestante n.3.2. = ↑ taxa de mortalidade materna n.3.3. = ↑ taxa de desnutrição materna na percepção dos trabalhadores da Saúde n.3.4. = alta taxa de eclâmpsia, DPP e PP n.3.5. = falta de integração no atendimento à saúde entre serviços de diferentes níveis n.3.6. = n.3.1. ⇔ n.3.2. ↓ n.3.3. ↓ n.3.4. ⇔ n.3.5. ⇔
NC4	n.4.1. = nível de concentração de consultas de pré-natal abaixo de 4 por gestante n.4.2. = alta taxa de desnutrição fetal e de prematuridade n.4.3. = taxa de doenças hereditárias e congênitas n.4.4. = taxa de mortalidade por doenças reduzíveis por diagnósticos e tratáveis no período de 0 a 28 dias n.4.5. = falta de acesso a programas de diagnósticos de doenças hereditárias e congênitas n.4.6. = ocorrência de toco traumatismo n.4.7. = nascimento pós-datismo com sofrimento fetal n.4.8. = n.4.1. ⇔ n.4.2. ↓ n.4.3. ⇔ n.4.4. ↓ n.4.5. ↓ n.4.6. ⇔ n.4.7. ⇔
NC5	n.5.1. = existência de 5 leitos de berçário de médio e alto risco quando seriam necessários 55 leitos n.5.2. = n.5.1. ↓
NC6	n.6.1. = x % de gestantes, municipais de Diadema não têm acesso a leitos no município para parto n.6.2. = fluxo desorganizado de encaminhamento de parturientes para parto de baixo, médio e alto risco na região n.6.3. = inexistência de central de vagas para leitos de maternidades na região n.6.4. = n.6.1. ↓ n.6.2. ↓ n.6.3. ⇔
NC7	n.7.1. = taxa de cesáreas da região é de 33,7%, enquanto a referência internacional é de 15% n.7.2. = x % de cesáreas sem indicação clínica precisa n.7.3. = número médio de ultra-som durante a gravidez é igual a 4 na região, enquanto o padrão é igual a 2 n.7.4. = alta hospitalar em média após 24 horas do parto enquanto a indicação é de 48 horas para parto normal e de 72 horas para cesárea n.7.5. = n.7.1 ⇔ n.7.2 ⇔ n.7.3. ↓ n.7.4 ⇔
NC8	n.8.1. = existência de um único monitor fetal na rede de hospitais públicos contratados/conveniados pelo SUS na região n.8.2. = n.8.1 ⇔
NC9	n.9.1. = profissionais sem preparo para executar procedimentos médicos e de enfermagem na assistência ao parto e RN no setor ambulatorial e de internação n.9.2. = n.9.1. ↓
NC10	n.10.1 = 80% das maternidades da região não dispõem de neonatologista na sala de parto e berçário n.10.2. = ⇔

ANEXO 3 – DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO-OBJETIVO

CENÁRIO: VT	TETO A	TEMPO DE AVALIAÇÃO:	TRIMESTRAL
OPERAÇÕES POSSÍVEIS:			

SITUAÇÃO INICIAL VDNC (Descritores dos nós críticos)

VDNC 1

n.1.1
n.1.2
n.1.3 = n.1.1 ⇒ n.1.2 ⇒

VDNC 2 *

n.2.1
n.2.2
n.2.3
n.2.4 = n.2.1 ⇒ n.2.2 ⇒ n.2.3

VDNC 3

n.3.1
n.3.2
n.3.3
n.3.4
n.3.5
n.3.6 = n.3.1 ⇒ n.3.3 ↓ n.3.5 ⇒ n.3.2 ↓ n.3.4 ⇒

VDNC 4

n.4.1
n.4.2
n.4.3
n.4.4
n.4.5
n.4.6
n.4.7
n.4.8 = n.4.1 ⇒ n.4.2 ↓ n.4.3 ⇒ n.4.4 ↓ n.4.5 ↓
n.4.6 ⇒ n.4.7 ⇒

VDNC 5

n.5.1
n.5.2 = n.5.1 ↓

VDNC 6

n.6.1
n.6.2
n.6.3
n.6.4 = n.6.1 ↓ n.6.2 ↓ n.6.3 ⇒

VDNC 7

n.7.1
n.7.2
n.7.3
n.7.4
n.7.5 = n.7.1 ⇒ n.7.2 ⇒ n.7.3 ↓ n.7.4 ⇒

VDNC 8

n.8.1
n.8.2 = n.8.1 ⇒

VDNC 9

n.9.1
n.9.2 = n.9.1 ↓

VDNC 10

n.10.1
n.10.2 = n.10.1 ⇒

SITUAÇÃO-OBJETIVO VDNC * (Descritores dos nós críticos)

VDNC 1 *

n.* 1.1 = Queda da taxa de abandono na assistência pré-natal
n.* 1.2 = Aumento de % 1º CM no 1º trimestre de gravidez

VDNC 2 *

n.* 2.1 = 70% profissionais treinados
n.* 2.2 = 100% profissionais de nível superior, envolvidos com o problema, treinados
n.* 2.3 = 100% cobertura dos atendentes de enfermagem nos programas de classes descentralizadas
n.* 2.4 = n.* 2.1 n.* 2.2 n.* 2.3 †

VDNC 3 *

n.* 3.1 = mínimo de 4 CM pré-natal/gestante
n.* 3.2 = ↓ taxa mortalidade materna
n.* 3.3 = ↓ taxa desnutrição materna
n.* 3.4 = ↓ taxa de eclâmpsia DPP, PP
n.* 3.5 = integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis
n.* 3.6 = n.* 3.1 n.* 3.2 n.* 3.3 n.* 3.4 n.* 3.5 †

VDNC 4 *

n.* 4.1 = mínimo de 4 CM pré-natal / gestante
n.* 4.2 = ↓ taxa de desnutrição fetal e de prematuridade
n.* 4.3 = ↓ taxa de doenças hereditárias e congênitas
n.* 4.4 = ↓ taxa de mortalidade por doenças reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce
n.* 4.5 = acesso a programa de diagnóstico e aconselhamento genético
n.* 4.6 = ↓ ocorrência de tocotraumatismo
n.* 4.7 = ↓ nascimento pós-datismo com sofrimento fetal
n.* 4.8 = n.* 4.1 n.* 4.2 n.* 4.3 n.* 4.4 n.* 4.5 n.* 4.6 n.* 4.7 †

VDNC 5 *

n.* 5.1 = aumento do número de leitos de berçário de médio e alto risco
n.* 5.2 = n.* 5.1 †

VDNC 6 *

n.* 6.1
n.* 6.2 = fluxo organizado de encaminhamento de parturientes
n.* 6.3 = criação de central de vagas na região
n.* 6.4 = n.* 6.1 n.* 6.2 n.* 6.3 †

VDNC 7 *

n.* 7.1 = taxa cesariana da região = 20%
n.* 7.2 = 100% indicação clínica precisa para cesariana
n.* 7.3 = ↓ nº médio de ultra-som
n.* 7.4 = ↓ alta hospitalar com menos de 24 horas
n.* 7.5 = n.* 7.1 n.* 7.2 n.* 7.3 n.* 7.4 †

VDNC 8 *

n.* 8.1 = existência de pelo menos 1 monitor fetal em cada um dos hospitais do SUS (públicos/filantrópicos)
n.* 8.2 = n.* 8.1 †

VDNC 9 *

n.* 9.1 = profissionais melhor preparados para prestar assistência ao parto e RN
n.* 9.2 = n.* 9.1 †

VDNC 10 *

n.* 10.1 = presença de neonatologista em 100% das maternidades
n.* 10.2 = n.* 10.1 †

ANEXO 4 – LISTA DAS OPERAÇÕES E AÇÕES

Chave	Nome da operação e sua descrição	Organismo ou ator responsável
OP1	Programa de valorização do pré-natal Ação 1 = Campanha educativa Ação 2 = Controle de faltosos com convocação e visita domiciliar	A1 A2
OP2	Programa de treinamento em serviço Ação 1 = Levantamento das necessidades temáticas a serem desenvolvidas no treinamento Ação 2 = Elaboração de um cronograma de acordo com as prioridades por categoria profissional Ação 3 = Desenvolvimento dos programas de treinamento sob coordenação de profissionais especialistas na área	A1
OP3	Controle das patologias maternas crônicas Ação 1 = Ações de divulgação e educação das gestantes Ação 2 = Programa de alimentação para gestantes de risco Ação 3 = Acesso a ultra-sonografia e exames especializados para verificar maturidade fetal Ação 4 = Acesso a leitos para gestantes de alto risco	A1
DOP 4	Controle das ocorrências de má-formação genética, doenças congênitas, intercorrência do parto e doença após o parto Ação 1 = Programa de acompanhamento do RN de risco, prematuros e com doenças congênitas Ação 2 = Criar referência para RN portador de moléstia hereditária e congênita Ação 3 = Criar referência para aconselhamento genético para famílias de risco Ação 4 = Programa de incentivo à adoção de alojamento conjunto e aleitamento materno (Hospital Amigo da Criança e Maternidade Segura)	A1 A3 A4
DOP 5	Criação de x leitos de berçário de médio e alto risco na maternidade do SUS sob responsabilidade do órgão regional	A1 A3 A4
DOP 6	Implantar central de vagas de maternidade na região e reorganizar o fluxo de encaminhamento Ação 1 = Protocolo regional Ação 2 = Central de vagas	A1 A3 A5 A6
DOP 7	Programa de monitoramento do pré-natal e do parto na região Ação 1 = Mecanismos de controle das indicações de PC – revisão de prontuários Ação 2 = Comissão de ética médica Ação 3 = Comissão de ética de enfermagem Ação 4 = Comitê de revisão de óbitos	A1 A7 A3 A8
DOP 8	Instalação de um monitor fetal em cada hospital público e nos filantrópicos da região Ação 1 = Obtenção de recursos financeiros do poder público estadual para aquisição deste equipamento Ação 2 = Aquisição, distribuição, treinamento de uso dos equipamentos	A1 A3

DOP 9	Desenvolvimento de educação continuada na região Ação 1 = Implantação de um sistema de vigilância de ocorrência de óbito de RN menor que 28 dias para identificar as principais causas relacionadas com os profissionais da Saúde Ação 2 = Programar cursos de reciclagem profissional com periodicidade semestral	A1 A3
DOP 10	Assistência ao RN Ação 1 = Adequação do financiamento para valorização da presença do neonatologista Ação 2 = Contratação de neonatologista para 80% das maternidades da região	A1 A3 A5 A6

BIBLIOGRAFIA

1. CHIAVENATO, I. *Administração – Teoria, Processo e Prática*, 1ª ed., São Paulo, Ed. McGraw-Hill, 1985, pp. 161-176.
2. DEVER, G. E. A. *A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*, 1ª ed., São Paulo, Ed. Pioneira, 1988, pp. 47-68.
3. HAMPTON, D. R. *Administração Contemporânea*, 3ª ed., São Paulo, Ed. McGraw-Hill, 1992, p. 198.
4. HUERTAS, F. *Entrevista com Carlos Matus – O Método PES*, 1ª ed., São Paulo, Ed. FUNDAP, 1996, p.12
5. MATUS, C. *O Método PES – Roteiro de Análise Teórica*, São Paulo, Ed. FUNDAP, 1996, p. 6. (Mimeografado)
6. MEHRY, E. E. *Razão e Planejamento*, 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994, p. 118.
7. MENDES, E.V. e cols. *Manual para Elaboração de um Plano de Ação Intersetorial e Participativo para a Construção de Cidades Saudáveis*, Belo Horizonte, Escola de Saúde de Minas Gerais da Fundação Ezequiel Dias, 1997. (Mimeografado)
8. MENDES, E.V. e cols. *Distrito Sanitário – o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*, 1ª ed., São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. HUCITEC/ABRASCO, 1993, p. 160.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Série HSP –UNI/Manuais Operativos*, 1995, vol. 1 (8).
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Promoção à Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*, Brasília, 1996.
11. SANTOS, M. A., GONÇALVES, S. M. F. *Notas sobre a Metodologia da Estimativa Rápida Participativa*, Belo Horizonte, NESCON/UFMG, 1992, (Texto didático para o II Congresso Nacional de Epidemiologia – Mimeografado)
12. DRUCKER, P. *Administração: Tarefas, Responsabilidades e Práticas*, São Paulo, Ed. Pioneira, 1975, vol. 1.
13. LEEVEY, S. e Loomba, N. P. *Health Care Administration: A Managerial Perspective*, Philadelphia, Leppincott, 1973.

OS AUTORES

FRANCISCO BERNARDINI TANCREDI

Médico, doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP – USP), professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, diretor de Programas para a América Latina e Caribe da W. K. Kellogg Foundation.

SUSANA ROSA LOPEZ BARRIOS

Médica, mestranda em Sistemas de Saúde na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP – USP), coordenadora do Departamento de Medicina Preventiva do Hospital Israelita Albert Einstein.

Endereço para correspondência: Departamento de Medicina Preventiva – Av. Albert Einstein, 627 – São Paulo/SP – CEP 05651-901

e-mail: sbarrios@einstein.br

JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA

Médico, mestre em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP – FGV), superintendente do Hospital Israelita Albert Einstein.

e-mail: jhenriq@einstein.br