

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

Avaliação dos Resultados do Plano Municipal de Saúde de Itajaí a
partir da Percepção do Conselho Municipal de Saúde

Dissertação de Mestrado

Salete Galvan

Florianópolis

2001

SALETE GALVAN

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ A
PARTIR DA PERCEPÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Florianópolis, abril de 2001.

SALETE GALVAN

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ A
PARTIR DA PERCEPÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de mestre em Avaliação e Inovação Tecnológica e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

Prof. Ricardo Miranda Barcia, PhD.
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Cristiano J. C. A. Cunha, Dr. rer. pol.
Orientador

Prof. Carlos Raul Borenstein, Dr.

Prof. Neri dos santos, Dr.

AGRADECIMENTOS

Ao término deste trabalho gostaria de agradecer a todos os que direta ou indiretamente contribuíram com a realização deste trabalho. Particularmente expresso minha gratidão:

- Ao Professor Cristiano José Castro de Almeida Cunha, pela orientação segura, fazendo com que, ao final este trabalho, se constituísse em prazer.
- Aos membros da banca examinadora que enriqueceram este trabalho com seu valioso conhecimento.
- Aos Conselheiros Municipais de Saúde de Itajaí com os quais tive contato, que deixam de ser citados nominalmente para manter o sigilo dos depoimentos, obtendo compreensão e cooperação, ao revelar interpretações pessoais dos eventos vivenciados.
- Ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, na pessoa de seu Coordenador e demais professores e funcionários, pelo apoio à realização do curso.
- À Universidade do Vale do Itajaí, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão, na pessoa de seu Coordenador e demais funcionários, pelo apoio recebido.
- À 7ª Regional de Saúde, na pessoa do Coordenador e demais colegas de trabalho, pelo apoio e incentivo recebido.
- A amiga e colega de trabalho Ruth Terezinha Kehrig, por discutir o projeto de dissertação e contribuir com importantes sugestões enriquecedoras.
- Ao companheiro Edson Camargo pela presença carinhosa nos momentos mais difíceis do processo de produção acadêmica.
- A meus pais e irmãos cuja solidariedade estimulou sonhos de realização profissional.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
LISTA DE FIGURAS E QUADRO	iv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUÇÃO	01
1. PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	03
1.1. <u>Planejamento Estratégico</u>	03
1.2. <u>Planejamento em Saúde</u>	05
1.2.1. Antecedentes do Planejamento em Saúde	06
1.2.2. Pensamento Estratégico em Saúde	12
1.2.3. Planejamento Estratégico Situacional – PES	15
1.2.4. Plano Municipal de Saúde	25
1.3. <u>Avaliação em Saúde</u>	28
1.3.1. Algumas Concepções de Avaliação	28
1.3.2. Formas mais utilizadas de Avaliação em Saúde	35
1.3.3. Participação Social na Avaliação em Saúde	38
2. METODOLOGIA	43
2.1. <u>Abordagem Metodológica</u>	43
2.2. <u>Operacionalização da Pesquisa</u>	45
2.3. <u>Análise dos Dados</u>	48
2.4. <u>Limitação Metodológica do Estudo</u>	49
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DO CASO	51
3.1. <u>Antecedentes Contextuais</u>	51
3.1.1. Apresentação do Sistema Único de Saúde	51
3.1.2. Apresentação do Município	53
3.1.3. O Setor Saúde em Itajaí	54
3.2. <u>O Conselho Municipal de Saúde</u>	56
3.2.1. Finalidade, Papel e Competências	56

3.2.2. Organização e Representatividade do Conselho	59
3.2.3. Dinâmica de Funcionamento	62
3.3. <u>O Plano Municipal de Saúde</u>	66
3.3.1. A Participação do CMS na Elaboração do Plano	67
3.3.2. Bases do Processo de Formulação do Plano	71
3.3.3. Propostas dos Conselheiros e Prioridades	75
3.3.4. Relação das Ações Previstas no Plano com os Problemas de Saúde	78
3.4. <u>Avaliação dos Resultados do Plano</u>	79
3.4.1. Projetos Realizados	79
3.4.2. Impactos do Plano na Saúde da População	93
3.4.3. Resultados no Processo de Planejamento	95
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
RELAÇÃO DE ANEXOS	112
1. Instrumento de Coleta de Informações	113
2. Do Plano Municipal de Saúde:	
Introdução e Projetos Dinamizadores	114

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Postulado de Coerência	13
FIGURA 2: Triângulo de Governo	24
FIGURA 3: Arcos Situacionais da Avaliação	36
FIGURA 4 : Coerência entre o Propósito do Plano, o Método de Participação do Conselho e a Ação da Secretaria Municipal de Saúde	107

LISTA DE QUADOS

QUADRO 1: Mudanças da Rede Física	84
-----------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SES – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

UNIVALI – UNIVERSIDADE DO VALE DE ITAJAÍ

CMS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PMS – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REFRORSUS – PROGRAMA DE REFORÇO À REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS ANERICANOS

OPS - ORGANIZAÇÃO PAM-AMERICANA DE SAÚDE

CENDES - CENTRO NACIONAL DE ESTUDIOS DEL DESAROLLO

CRECEM – CENTRO DE REFÊRNIA ESPECIALIZADO À CRIANÇA E À MULHER

SAI - SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL

SIH – SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

PES – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar os resultados do Plano de Saúde do município de Itajaí, a partir da percepção do Conselho Municipal de Saúde, nos aspectos da execução dos seus projetos dinamizadores e da instituição do processo de planejamento municipal, município este localizado na Região da Foz do Vale do Rio Itajaí, no Estado de Santa Catarina.

As diretrizes constitucionais de organização do Sistema Único de Saúde brasileiro pressupõem uma importante relação entre um Plano Municipal de Saúde e o respectivo Conselho, que representa a participação social na formulação e controle da execução da política de saúde em cada esfera de governo.

Trata-se de uma abordagem qualitativa de pesquisa, cujos dados foram obtidos por meio de entrevista com os conselheiros, que procediam à sua avaliação sobre o objeto de estudo. A perspectiva adotada enfatiza a importância de estudar a avaliação de resultados no Plano Municipal também em termos de processo e participação das representações dos usuários da intervenção planejada.

A adoção da metodologia de estudo de caso propiciou captar o fenômeno analisado segundo a interpretação dos atores envolvidos. A análise dos dados permitiu qualificar os limites de participação dos conselheiros no processo de elaboração e avaliação daquele planejamento, sua percepção sobre os problemas de saúde e impactos das ações realizadas.

Os resultados encontrados expõem criticamente o caráter do próprio processo de planejamento instituído, com suas restrições para participação e atuação do Conselho. Constatou-se a existência de uma relação de coerência entre os limites do propósito do Plano com as restrições do espaço de participação dos conselheiros e inclusive com a pouca valorização destes instrumentos – plano e conselho - pela Secretaria na gestão do sistema municipal de saúde.

Finalmente concluiu-se que a percepção dos conselheiros para avaliar os resultados do Plano, foi prejudicada pela condição de isolamento interno dos saberes específicos do setor saúde, o que dificultou a penetração da participação social. A mudança dessa condição passa necessariamente pela precedência da introdução de processos democratizantes internos nas práticas instituídas nos serviços de saúde, para sua abertura à participação da população.

Palavras Chaves: Planejamento em Saúde; Avaliação em Saúde; Controle Social.

ABSTRACT

This work aims to evaluate the results of the Health Plan of Itajaí, a town located in the mouth region of the Itajaí-Açú River, state of Santa Catarina. It is based on the presuppositions of the Municipal Health Council concerning aspects of the carrying out of the Health Plan dynamic projects and of the establishing of a municipal planning process.

The constitutional directives for the organization of the Brazilian Health System suppose an important relationship between the Municipal Health Plan and its respective Council. This Council represents the participation of the society in the formulation and following of the health policies in each government sphere.

This work was carried out using the qualitative approach, with the data being obtained through interviews with the members of the council, who offered their evaluation of the study object. The perspective adopted emphasizes the importance of studying and evaluating the results of the Municipal Plan considering the participation of users' representatives in the intervention planned.

The adoption of the case study methodology enabled the comprehension of the phenomenon under analysis according to the interpretation of the actors involved. The analysis of the data made possible the categorization of the participation limits of the council members in the process of formulation and evaluation of the plan, their perceptions concerning health problems and impacts of the actions carried out. The results unveiled the character of the planning process itself, with the restrictions on the participation and action of the council. The presence of a coherent relationship between the Plan limits and the restrictions on the participation of the council members was noted, specially regarding the low value attributed by the Secretariat to those tools – plan and council –in the management of the Municipal Health System.

Finally, it was possible to conclude that the council members' perception in the evaluation of the Plan results was hindered by the isolation of knowledge, which is typical in the health field and poses difficulties on the social participation. A change in this condition necessarily demands the introduction of democratization processes in the health services to provide the opportunity for public participation.

INTRODUÇÃO

A organização do setor saúde em âmbito municipal pauta-se nas diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde - SUS. Na dinâmica do seu funcionamento, destacam-se como principais instrumentos da sua instituição o Plano Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Decorridos mais de dez anos da implantação desse modelo de sistema de saúde no país, pode-se observar e avaliar como vem ocorrendo o seu desenvolvimento em um município. No caso, trata-se de apreender o sentido da importante relação que se processa entre o PMS (Plano Municipal de Saúde), que define as ações e serviços que compõem o sistema municipal e o CMS (Conselho Municipal de Saúde), que é o órgão deliberativo desse sistema. É esse o sentido em que o presente trabalho se direciona. Ou seja, avalia-se os resultados do Plano de Saúde do município de Itajaí, a partir da percepção do Conselho Municipal de Saúde e são identificadas as condições processuais que conduziram a esses resultados.

O setor da saúde coletiva no país tem usado recorrentemente o método de planejamento estratégico situacional desenvolvido por Matus (1993), desde o seu movimento de construção de uma reforma sanitária, que foi formulada a partir da crise do setor durante a década de 1980, num contexto de redemocratização da sociedade brasileira ao mesmo tempo em que se explicitavam as péssimas condições de saúde da população, dentro da então chamada dívida social acumulada nos governos militares. Este movimento congregou um conjunto de forças progressistas da sociedade civil organizada, que de forma articulada com o processo constituinte, consegue inserir sua proposta para o setor saúde enquanto instituição do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988. O uso daquele referencial de planejamento tem se dado especialmente na última década pelos municípios brasileiros, interessados na mudança do seu modelo assistencial e organizacional para adequar-se aos princípios e diretrizes do SUS.

Nessa perspectiva os principais centros de formação, extensão e produção especializada em saúde coletiva do país, como é a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, têm coordenado estudos e pesquisas em serviço orientadas à implantação da metodologia do PES na saúde, que tem sido

utilizado com diferentes adaptações para adequação do seu uso a cada realidade. Especialmente no caso de planos municipais da saúde, com participação da população no processo de planejamento, o próprio Carlos Matus (1993), propôs uma versão de operação mais simplificada, para planejamento e programação local em saúde, cujo uso é mais freqüente.

Este trabalho trata de uma abordagem qualitativa de pesquisa, baseada na percepção dos conselheiros municipais de saúde em relação ao Plano Municipal de Saúde, desenvolvida através de uma estratégia de estudo de caso, julgada a mais adequada para apreensão do empírico.

A pergunta de pesquisa em que se pauta todo o estudo é: - Como os conselheiros de saúde percebem e avaliam os resultados do Plano Municipal de Saúde? Nessa perspectiva se incluem as condições colocadas pelo respectivo processo vivenciado naquele colegiado.

O presente estudo tem por objetivo geral: Avaliar os resultados do Plano de Saúde do município de Itajaí a partir da percepção do Conselho Municipal de Saúde, nos aspectos da execução dos seus projetos dinamizadores e da instituição do processo de planejamento municipal.

Os objetivos específicos definidos para a consecução do propósito do estudo são:

- 1) Caracterizar a participação do CMS, no processo de elaboração e avaliação do PMS;
- 2) Identificar a percepção dos conselheiros sobre os problemas de saúde e prioridades que serviram de base para a formulação do Plano Municipal de Saúde;
- 3) Identificar a percepção dos Conselheiros quanto à execução das ações previstas nos Projetos Dinamizadores do Plano Municipal de Saúde do Município de Itajaí.
- 4) Identificar a percepção dos conselheiros sobre o impacto de PMS na situação de saúde no município.
- 5) Identificar a utilidade do PMS para instrumentalizar uma prática de planejamento na SMS (Secretaria Municipal de Saúde).

Este trabalho pretende contribuir com subsídios para novos estudos sobre procedimentos relativos ao SUS municipal, bem como sugerir à administração da saúde orientar suas atividades considerando devidamente o papel e as expectativas do Conselho Municipal de Saúde. Assim sendo, desenvolve uma reflexão que tem por pressuposto a importância da participação dos Conselheiros no aprimoramento do processo de planejamento municipal.

1. PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A discussão do empírico se processa à luz da presente revisão bibliográfica sobre planejamento estratégico, as origens do planejamento em saúde e seus desdobramentos mais recentes, particularmente na busca dos pressupostos teóricos que fundamentam a participação de representações da sociedade organizada no processo de formulação e avaliação do planejamento municipal de saúde.

1.1. Planejamento Estratégico

A preocupação com o ambiente externo às empresas foi assumida por estas a partir da década de 1950, e mais tarde por outros tipos de organização. Esse ficou conhecido como sendo um *problema estratégico* (Ansoff, 1990) cuja causa era derivada da falta de sintonia entre a oferta de produtos e sua absorção pelo mercado. Considerou-se que sua solução estava no *planejamento estratégico*, então definido como uma “análise racional das oportunidades oferecidas pelo meio, dos pontos fortes e fracos das empresas e da escolha de um modo de compatibilização (estratégia) entre os dois extremos, compatibilização esta que deveria satisfazer do melhor modo possível aos objetivos da empresas. Uma vez escolhida a estratégia, chegava-se à solução essencial, e a empresa deveria procurar implementá-la.” Ou, simplificando, em linguagem própria do planejamento estratégico, “os pontos fortes da empresa serão acentuados, e os fracos, minimizados” (p.15-16)

Nas duas décadas subsequentes foi sendo rapidamente alterada de forma radical a percepção do *problema estratégico* das empresas. Isso devido a uma melhor compreensão da complexidade da situação envolvida. No enfoque anteriormente centrado em variáveis mais propriamente “técnicas, econômicas e informacionais”, vai se incluindo a dinâmica social e política interna e externa, para superar o reducionismo normativo de que basta planejar para se poder realizar.

Segundo Souza (1995, p.4), por referência a Ansoff, 1977, 1984; Gluck *et alii*, 1980), os sistemas de planejamento empresarial estratégico se desenvolveram através de quatro fases:

- planejamento financeiro, com foco nas funções e administração por controle orçamentário;
- planejamento à longo prazo, baseado em previsões, extrapolação de tendências, previsões aperfeiçoadas e análise de “*gaps*”;
- planejamento estratégico, orientado externamente e avaliação da competitividade de alternativas estratégicas; e,
- administração estratégica, compreendendo um pensamento estratégico disseminado, com visão estratégica bem comunicada e forte cultura.

A relação entre o planejamento e a administração estratégica se processa especialmente na tomada de decisão operacional, momento em que as formalizações excessivas do planejamento estratégico trouxe deficiências frente aos desafios das grandes mudanças no mundo empresarial. A velocidade com que as mudanças ocorriam tornava inadequada a lentidão provocada naqueles moldes (Souza, 1995, p.6). Este autor (citando Ansoff, 1977, 1984; Hanna, 1985) ressalta que as práticas atuais mais modernas de planejamento foram elaboradas como transformação/complementação de formas anteriores de planejamento: “Não são substitutas, pois podem coexistir várias práticas de planejamento na mesma empresa, mas ampliam e desenvolvem as práticas anteriores em razão dos problemas apresentados pelas complexidades e incertezas do ambiente”.

Prosseguindo com este autor constata-se que “o conceito de planejamento estratégico evoluiu desde uma visão racionalista, que contrastava as potencialidades (vulnerabilidades) da empresa com as oportunidades (ameaças) do ambiente, até uma visão mais ampla de desenvolvimento organizacional, aprendizado da organização no seu contexto e modificação de atitudes frente à concorrência e ao mercado. Nessa trajetória, o método passou por um enfoque operacional, sistematizador, que pode eventualmente esterilizar o pensamento estratégico intuitivo” (Souza, 1995, p.9).

De acordo com Mintzberg (1987), a imagem de artesanato é a que melhor captura o processo que se traduz em estratégias efetivas, onde formulação e implementação fundem-se num processo fluído de aprendizado que envolve a estratégia criativa. O artesão também enfrenta o desafio de conhecer suficientemente as capacidades da sua organização para poder pensar sua direção estratégica. Tem que modelar sua criação, assim como o gerente suas estratégias. Estratégias são simultaneamente planos para o futuro e padrões do passado que

servem de reflexão atual. Gerenciar estrategicamente é moldar pensamento e ação, controle e aprendizagem, estabilidade e mudança.

1.2. Planejamento em Saúde

O esboço de contextualização das condições históricas da emergência do planejamento como prática social, vai permitir pontuar alguns eixos básicos da evolução das correntes teóricas do planejamento setorial em saúde na América Latina. Tal recuperação visa orientar a análise da aplicação atual destes referenciais e da incorporação posterior do planejamento estratégico no âmbito municipal do Sistema Único de Saúde no Brasil, o que, na sua relação com a avaliação deste processo na perspectiva do Conselho Municipal de Saúde inspira este trabalho.

Na revisão teórica realizada, procura-se centrar a leitura em torno do eixo de questionamento das relações entre o planejamento e a política – de preservação ou mudança da realidade, inclusive na discussão da avaliação em saúde como parte do processo deste planejamento setorial.

Segundo Kon (1997, p.20-21), deste eixo básico “derivam outros elementos de análise de situações concretas de exercício do planejamento. O ato de planejar deve acompanhar o movimento político de definição de objetivos, de atribuição de valores e prioridades. Sua racionalidade, predominantemente técnica, instrumental, deve relacionar-se com a racionalidade substantiva que fundamenta a decisão política”.

Assim sendo, cabe inicialmente interrogar qual seria, nestes termos - técnico/político, o papel dos sujeitos individuais e coletivos que compõem um colegiado deliberativo de um processo de planejamento em que ora são formuladores, e que mais freqüentemente podem se tornar meramente instrumentos de legitimação de uma norma legal.

Pensar o espaço de ação de um Conselho Municipal de Saúde na apreciação, avaliação e acompanhamento de um plano municipal de saúde remete à verificação do significado da participação social nas organizações públicas de saúde, o que impõe investigar as articulações entre o planejar e o participar e avaliar. No caso das instituições de saúde, em particular, interessa atentar para o conflito entre a autoridade administrativa formal e aquela decorrente da posição de representação dos usuários dos serviços deste setor e potencialmente da população em geral.

A reflexão sobre o papel do Conselho Municipal de Saúde, exemplo típico de mecanismo instituído de participação social nas políticas municipais de saúde, ao que se vincula a idéia de avaliação do planejamento local, torna-se indispensável na perspectiva da afirmação de um espaço público de exercício da cidadania.

1.2.1. Antecedentes do Planejamento em Saúde

Neste item procura-se compilar uma revisão histórico-conceitual do planejamento em saúde na América Latina e pontuar algumas possíveis articulações com as origens do planejamento estratégico.

A emergência do planejamento no campo sócio-econômico é relativamente recente, podendo ser localizada nas primeiras décadas do século 20.

A “atividade de planejar” acompanha o movimento das teorias organizacionais desde o início deste século quando Fayol definia seus fundamentos da “Administração Industrial e Geral”, onde o planejamento significava “planejamento da produção, pois esse era o problema central a resolver: prover os recursos (insumos) a serem alocados à produção industrial em larga escala”. (Souza, 1995, p.3).

Por outro lado, o “planejamento como processo social, representa uma forma específica, historicamente situada e determinada, de configuração do processo genérico de controle social” (Kon, 1997, p.11). Esse debate se inicia na segunda década deste século, após a primeira experiência de construção de uma sociedade socialista, na União Soviética, pela necessidade de um instrumental racionalizador que o planejamento de Estado passa a tentar responder.

A posição predominante, no campo socialista, era de que as funções de regulação, que nas sociedades capitalistas deveriam ser desempenhadas pelos mecanismos automáticos de mercado, poderiam ser exercidas, com significativas vantagens, por uma comissão central de planejamento.

Nas sociedades capitalistas da época, após a depressão dos anos 30 nos Estados Unidos, “a confiança na eficácia destes mecanismos de mercado estava consideravelmente enfraquecida, dado que a prática liberal mostrava-se claramente incapaz de sustentar um desenvolvimento estável e de atender a exigências sociais básicas. É deste modo, que a idéia, até então impensável, de uma intervenção do Estado, no sentido de regular o sistema econômico, de

forma planejada, passa a ser corrente nos debates e a sustentar um número variado e crescente de experiências nos países capitalistas” (Kon, 1997, p.12).

A maior intervenção do Estado é então associada à idéia de planejamento, não como no caso soviético contrapondo-se aos mecanismos de mercado, mas sim por uma racionalidade que implica na maior participação do Estado dentro do contexto da sociedade capitalista.

Esta compreensão acerca do sentido geral e das contradições geradas pela atuação do estado capitalista moderno auxiliará, adiante, na análise das possibilidades e limitações do planejamento, como instrumento de mudança social, o que acaba sendo a principal característica da sua aplicação no setor saúde.

A estabilidade e crescimento econômico que caracterizaram o período pós Segunda Guerra Mundial, “com uma lógica de produção de expansão constante e produção em massa desloca o eixo do planejamento para o planejamento financeiro pautado na regularidade e certeza do crescimento” (Souza, 1995, p.3). Naquela época difunde-se a idéia do planejamento nos países capitalistas europeus. Segundo esse mesmo autor, surge a continuação, o planejamento de longo prazo.

Em um movimento de aproximação ao específico objeto deste estudo faz-se agora uma primeira delimitação e contextualização histórica do que foi até aqui rapidamente tratado em seu aspecto mais genérico: o planejamento, como prática social, que passa então a ser considerado em sua aplicação particular ao setor de saúde e no espaço geográfico e político da América Latina.

A questão do planejamento neste continente surge através das Nações Unidas, relacionando a idéia de planejamento com a problemática do desenvolvimento nos anos 60, enquanto existe, por outro lado, também uma preocupação frente à necessidade, segundo o mundo capitalista, de fazer frente ao mundo socialista emergente, o que em última instância requer uma retomada do desenvolvimento nos países não desenvolvidos. Esta perspectiva está, segundo Rivera (1992, p.13), “indissolivelmente associada à evolução da doutrina cepalina”, ou seja, da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina).

Este organismo internacional, preocupado com o relativo atraso do continente latino-americano, o atribui à deterioração das relações de troca entre países centrais, desenvolvidos e países periféricos, subdesenvolvidos. Essa situação condena os países da América Latina a uma exclusiva especialização na produção primária (agro-industrial) e à importação massiva da produção secundária, tecnologicamente mais elaborada. Sua proposta fundamenta-se então

numa diretriz de desenvolvimento substitutivo de importações pela industrialização nacional e no protecionismo político-econômico. Predominava a concepção de que o desenvolvimento social seria tributário do desenvolvimento econômico global, não demandando, salvo em circunstâncias especiais, uma intervenção específica (Rivera 1992, p.14).

A concepção de uma macro-economia regulável pelo Estado, conforme desenvolvida por Keynes, “é considerada um dos embasamentos principais desta concepção de uma nova doutrina, que estabelece uma relação estreita entre dirigismo estatal e industrialização periférica. A influência marcante que o pensamento keynesiano exerce sobre a Cepal explica algumas das características nucleares da pregação cepalina, como o crescimento da renda e da produtividade econômica reguláveis pela intervenção do Estado na economia, nos moldes de um planejamento indicativo. Portanto, uma intervenção deliberada e global sobre a propensão a investir e a consumir” (Rivera, 1992, p.14-15).

E conforme prossegue o mesmo autor: “A exigência de racionalizar a tomada de decisão sobre alternativas de aplicação põe em pauta uma problemática típica do planejamento, o que não significa, no entanto, que estejam dadas todas as bases para a introdução do planejamento como processo sistemático de aplicação de uma lógica instrumental. Historicamente, porém, essa aplicação irá progredir na medida dos esforços envidados pela Cepal no campo da elaboração de métodos e de técnicas. O resultado será a tentativa – de efeitos discutíveis – de programar sistematicamente o processo substitutivo na forma de projetos de desenvolvimento de longo prazo.” Este contexto é considerado responsável pela natureza eminentemente normativa dessa visão do planejamento (Rivera, 1992, p.17).

Segundo este mesmo autor, a “modificação das variáveis econômicas deve acompanhar-se de uma mudança racional – papel do planejamento – das estruturas, quer dizer, da reforma das instituições” (Rivera 1992, p.18).

O pensamento cepalino teve um momento economicista (década de 50) e um momento sócio-político ou integrador (década de 60), durante o qual o desenvolvimento passa a compreender um processo global que inclui as estruturas políticas e sociais. Daí surge a idéia do planejamento econômico-social na América Latina, o que coloca a possibilidade de se pensar em políticas sociais num momento posterior.

Na reunião de Ministros de Estados promovida pela Organização dos Estados Americanos - OEA em Punta del Este (1961), é elaborada uma Carta que condiciona o recebimento de assistência financeira da Aliança para o Progresso, durante o governo Kennedy

nos EUA, à aplicação de “formas de planejamento que integrem os setores social e econômico. Nessa lógica, cada Estado da América Latina deve preparar um programa integrado para o seu desenvolvimento. No campo sanitário, os governos se comprometem, ainda, a elaborar verdadeiros planos de saúde e a criar unidades de planificação que colaborem na formulação e promoção de procedimentos de planejamento de saúde. Para cumprir tais compromissos, os governos outorgam à OPS (Organização Pan-americana de Saúde) a função de assessoria permanente” (Rivera, 1992, p.24).

Estas idéias são fundamentais para a formulação dos conceitos básicos do planejamento de saúde, como parte integrante do desenvolvimento socioeconômico geral, especificamente para a elaboração do método CENDES-OPS de Programação Sanitária (OPS, 1965), conhecido como o “planejamento normativo em saúde”. Este método foi desenvolvido por solicitação da OPS, através de cooperação entre o Centro Nacional de Estudios del Desarrollo (CENDES), da Universidade Central da Venezuela em colaboração com o Instituto Latinoamericano de Planificación Económica e Social (ILPES, no Chile), que vinha desenvolvendo cursos de especialização em programação de saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde desencadeia esse processo em uma reunião de estudos sobre Planejamento em Saúde, por ela patrocinada, oportunidade em que foi criado o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde que, juntamente com o ILPES, funcionariam como um centro de docência e pesquisa na área, os quais, articuladamente com a OPS, se encarregam de disseminar a aplicação do método CENDES-OPS nos países membros durante os anos 60 e início dos anos 70.

O objetivo principal do CENDES-OPS era oferecer uma metodologia de racionalização da decisão quanto ao emprego de recursos nas ações de saúde. Onde, a saúde da população pode ser considerada um fator de produtividade e os recursos de saúde podem ser tratados do ponto de vista da relação de custo-benefício. É nessa conjuntura que o planejamento social e, particularmente, o planejamento em saúde efetivamente se consolida nesses países.

Por outro lado, nos espaços da produção privada dos países desenvolvidos afetados pela problemática da instabilidade ambiental, já ao final da década de 50, surgia “outra forma de planejar, que levava em conta e procurava ajustar-se a esse ambiente em constante mudança, caracterizado pela introdução de novos produtos, novos competidores e crescente manifestação da vontade dos consumidores. Os sistemas de planejamento e administração evoluíram em resposta a mudanças no ambiente; cada sistema visava um problema em especial e, quando não era mais satisfatório o atendimento às necessidades, outras características eram agregadas ao

sistema antigo, ou um sistema totalmente novo era concebido” (Hanna, 1985, *apud* Souza, 1995, p.3).

O planejamento estratégico surge assim para atender à necessidade de resposta às constantes mudanças do ambiente, sendo, portanto externamente orientado. “O auge do planejamento estratégico ocorreu entre meados dos anos 70. Em cerca de 75% das grandes empresas estavam usando sistemas de planejamento estratégico” (Halal 1984, *apud* Souza, 1995, p.5).

“As práticas de planejamento sofreram grandes transformações em resposta a mudanças aceleradas nas instituições, à diversidade de produtos e às incertezas e competitividade de seus ambientes. Os sistemas de planejamentos novos têm uma lógica coerente com os problemas que necessitam solução e não substituem, mas sim ampliam e enriquecem os sistemas anteriores” (Ansoff, 1977, *apud* Souza, 1995, p.5). Por exemplo, o planejamento estratégico surgiu para complementar o planejamento à longo prazo, para superar as descontinuidades ambientais, fornecendo como resultado um conjunto de estratégias, que podem usar técnicas de previsão para investigar o futuro antevisto. Pois, segundo aquele autor, o planejamento estratégico torna-se necessário quando os desafios do futuro são descontínuos.

O planejamento, como prática social, será considerado neste trabalho em sua aplicação particular ao setor de saúde no espaço latino-americano, e mais especificamente o seu uso no Brasil.

O método CENDES-OPS (1965), consistindo basicamente em 5 etapas: diagnóstico; programação propriamente dita; discussão e decisão; execução; e, avaliação e revisão; permanece alheio àquele movimento acima referido de renovadas estratégias e teorias de planejamento empresarial, pois, “apostava nas normas e nas regras como fonte de “ordem e progresso”. (...) No fundo, o método apostava que, com um bom diagnóstico, bons técnicos e uma boa dose de racionalização, ter-se-ia resultados satisfatórios no campo da saúde” (Machado e Belisário, 1992, p.9).

Segundo Fassler (1979, *apud* Machado e Belizário, 1992, p.9), os técnicos que elaboraram o CENDES-OPS tinham a forte convicção de que, a partir do desenvolvimento de métodos e técnicas de programação social, poder-se-ia encontrar uma “terceira-via” entre o capitalismo liberal e o comunismo marxista, ao introduzir-se o elemento racionalizador de mudança social. Este modelo, sem dúvida, teve forte inspiração weberiana na sua concepção de

sistemas fechados (ao modo de Parsons), onde pessoas e papéis sociais são racionalmente concebidos e desempenhados e hierarquicamente administrados.

Através deste método se produz o conhecimento da “realidade através do diagnóstico científico. ... Busca-se uma verdade única, uma verdade objetiva, tal como Khun, Popper, Weber, tratam este tema, com objetividade e neutralidade científica” (Machado e Belisário, 1992, p.10).

Em 1973, durante o governo de Salvador Allende, acontece em Santiago do Chile a III Reunião de Ministros de Saúde, que aprova o Plano Decenal das Américas. Este plano reconhece o direito universal à saúde dos povos, enfatizando o papel do Estado na formulação de uma política nacional de saúde, consolidando uma tendência para a macro-planificação e resgatando o componente político do planejamento. E ainda propõe “incorporar a população na organização e execução das tarefas sanitárias, através do que se chamou planificação participativa”. Todavia, em função dos diversos estados de exceção que se instalam no continente e que limitam a implementação deste entendimento ampliado, predominava então a racionalidade meramente administrativa e econômica.

A partir das idéias acima o Centro Pan-americano de Planificação de Saúde da OPS elabora o documento *Formulación de Políticas de Salud* (OPS, 1975), um modelo racional de propostas políticas, situando o planejamento no terreno definitivo das decisões políticas, ao afirmar que a imagem-objetivo, de natureza primariamente valorativa e secundariamente técnica, é o ponto de partida, juntamente com o diagnóstico, de uma seqüência de etapas que conformam um processo racional de definição da política. Este documento acaba representando, apesar das restrições a seguir discutidas, uma das bases do pensamento estratégico em saúde, pois marca a explicitação de um movimento setorial de crítica às práticas instituídas de planejamento normativo, ao situar o político como caráter central dos processos de planejamento.

De acordo com Mendes (1994, p.9): “A engenharia concebida pelo Estado interventor tinha, no planejamento, seu instrumento privilegiado de racionalização da sociedade. Este assentava-se na normatividade imposta pelo sujeito que planeja, o Estado, ao objeto, a realidade, e onde o sujeito controla o objeto”. Esta é a essência do planejamento normativo que está na base de sua fragilidade teórica, de seus fracassos enquanto prática social e de sua inadequação às sociedades democráticas.

E apoiando-se na obra de Matus (1993), acrescenta ainda que “o planejamento normativo apresenta como pontos críticos (...), a normatividade, a separação dos campos político e técnico, a neutralidade, a economicidade, a não conflitividade de interesses, a desconsideração da planificação do cotidiano, a inconsistência, a discursividade, a rigidez temporal e a parcialidade”.

Segundo Rivera (1992, p.41-42), na perspectiva de Matus (1978), a “crítica à planificação normativa extrapola o setor saúde ..., por referência à planificação econômico-social, no início da década de 70. (...) Na planificação normativa, a visão técnica prevalece sobre a visão estratégica. ... A crítica se estende à extrema rigidez do enfoque normativo, o qual só admite uma única imagem-objetivo e uma única trajetória, definidas segundo um modelo tecnocrático de decisão. A este enfoque se contrapõe o planejamento estratégico em saúde, que virá acentuar o caráter interativo da planificação, o que supõe necessariamente relações conflitivas (relações do tipo “eu” e o “outro”) no nível da formulação de imagens-objetivos e das estratégias. O resultado desta relação conflitiva é probabilístico ou incerto e depende da capacidade das forças em confronto de gerar dinamicamente viabilidade aos seus projetos básicos”

1.2.2. Pensamento Estratégico em Saúde

De acordo com Rivera (1992, p.41), é na segunda metade da década de 70 e principalmente no decorrer da década de 80, que o planejamento normativo é submetido “a uma crítica sistemática e se configura com maior nitidez e substância o denominado enfoque estratégico” do planejamento em saúde.

E finalmente, começa a ser construída setorialmente reconcepção dos fundamentos epistemológicos do planejamento para, daí, derivar práticas sociais e instrumentos metodológicos necessários à transformação democrática em sociedades pluralistas. Essa é a proposta do planejamento estratégico” (Mendes, 1994, p.9).

A concepção de pensamento estratégico desenvolvida por Testa (1995, p.15) coloca um entendimento de estratégia que a diferencia de uma maneira de alcançar a meta, significando uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta: ganhar espaço,

ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao nosso próprio desempenho são algumas das formulações alternativas que exemplificam a idéia de estratégia, sintetizadas na excelente definição de Beaufre (*apud* Testa, 1995): “a estratégia é uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação”.

Testa (1995, p.22) tem na temática da relação entre política e estratégia uma de suas principais preocupações. Na tendência funcionalista estas definições são englobadas “na discussão mais geral de meios e fins: a política é o objetivo e a estratégia o instrumento para alcançá-lo”, com o que este autor se opõe explicitamente. Na visão deste autor, o planejamento, enquanto ciência aplicada, de natureza histórica, pode constituir-se num instrumento de promoção de mudanças, conduzido pelas forças sociais interessadas.

Em sua reflexão sobre a relação entre estratégia e programação, já na apresentação da obra em que trata desta problemática, Testa (1995, p.11) justifica seu esforço em desvendar “como se supera o nível da crítica, para esta transformar-se na base de sustentação de propostas”.

Para melhor caracterizar o pensamento formulado por este autor, apresenta-se a seguir o esquema que representa o seu *postulado de coerência*, que estabelece uma relação necessária entre propósitos, métodos para alcançá-los e organização das instituições que se encarregam de realizá-los.

Figura 1: Postulado de Coerência



→ = Determinação
= Condicionamento

Fonte: Testa, (1992, p. 91)