

Política, planejamento e gestão participativa em saúde

Helena Shimizu
Márcio Florentino Pereira
Antônio José Costa Cardoso
(Org.)



EDITORA



UnB



Universidade de Brasília

Reitora : Márcia Abrahão Moura
Vice-Reitor : Enrique Huelva

EDITORA



UnB

Diretora : Germana Henriques Pereira

Conselho editorial : Germana Henriques Pereira
: Fernando César Lima Leite
: Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende
: Carlos José Souza de Alvarenga
: Estevão Chaves de Rezende Martins
: Flávia Millena Biroli Tokarski
: Izabela Costa Brochado
: Jorge Madeira Nogueira
: Maria Lidia Bueno Fernandes
: Rafael Sanzio Araújo dos Anjos
: Verônica Moreira Amado

Política, planejamento e gestão participativa em saúde

Helena Shimizu
Márcio Florentino Pereira
Antônio José Costa Cardoso
(Org.)



EDITORA



UnB

Equipe editorial

Preparação e revisão : Regina Marques e Talita Guimarães Sales Ribeiro
Diagramação e Capa : Wladimir de Andrade Oliveira

© 2017 Editora Universidade de Brasília

Direitos exclusivos para esta edição:

Editora Universidade de Brasília

SCS, quadra 2, bloco C, nº 78, edifício OK,

2º andar, CEP 70302-907, Brasília, DF

Telefone: (61) 3035-4200

Site: www.editora.unb.br

E-mail: contatoeditora@unb.br

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser armazenada ou reproduzida por qualquer meio sem a autorização por escrito da Editora.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

P769 Política, planejamento e gestão participativa em saúde / Helena Shimizu, Márcio Florentino Pereira, António José Costa Cardoso, [organizadores]. – Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2018.
128 p.

Ebook.

ISBN 978-85-230-1134-5.

1. Saúde – Gestão. 2. Saúde – Planejamento. 3. Saúde – Participação social. I. Shimizu, Helena, (org.). II. Pereira, Márcio Florentino, (org.). III. Cardoso, António José Costa, (org.).

CDU 61

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7

CAPÍTULO 1 9
Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico
Helena Shimizu e Edsaura Maria Pereira

CAPÍTULO 2 27
**Os Conselhos de Saúde no Brasil:
25 anos de experiências democráticas, participativas e de controle social**
*Helena Shimizu, Márcio Florentino Pereira, Sérgio Schierholt,
Antônio José Costa Cardoso e Luciana Melo de Moura*

CAPÍTULO 3 55
Planejamento participativo em saúde: teoria e prática
*Antônio José Costa Cardoso, Márcio Florentino Pereira e
Helena Shimizu*

OS AUTORES 127

APRESENTAÇÃO

O livro intitulado *Política, planejamento e gestão participativa em saúde*, destinado aos alunos e profissionais dedicados à Gestão em Saúde Coletiva, visa introduzir elementos para subsidiar a reflexão acerca dos desafios que envolvem a implementação da gestão participativa.

O capítulo 1 trata do histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Visa demonstrar como ocorre a participação do Estado em diferentes momentos e enfatiza o processo de luta do povo brasileiro para garantir a saúde como um direito, que culminou na formulação do Sistema Único de Saúde.

O capítulo 2 discute os modelos de democracia, bem como os processos históricos de construção da democracia na América Latina e no Brasil, que contribuíram para o alargamento da participação social. Apresenta os Conselhos de Saúde como importante espaço de participação social institucionalizada, que requer aprimoramento.

O capítulo 3 apresenta o histórico do planejamento participativo em saúde no Brasil. Aborda o referencial teórico-metodológico do planejamento participativo e demonstra a aplicação da metodologia em três casos: Programas de Saúde Mental e Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e Conselho Regional de Saúde do Paranoá.

Os organizadores

CAPÍTULO 1

Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico

Helena Shimizu

Edsaura Maria Pereira

Introdução

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (FLEURY, OUVÉREY, 2008; PAIM, 2009).

A política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*) (SOUZA, 2007; VIANA, BAPTISTA, 2008). Desta feita, inclui tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Nessa perspectiva, a análise das políticas de saúde compreende as relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (VIANA, BAPTISTA, 2008; FLEURY, OUVÉREY, 2008).

Os estudos sobre a política de saúde envolvem o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (SOUZA, 2007; VIANA, BAPTISTA, 2008).

Nessa lógica, a política de saúde deve ser compreendida como uma política social, que está sujeita a diversidade de determinantes, políticos, econômicos e sociais.

As políticas sociais

A expressão Política Social se refere à garantia das condições gerais que visam impedir a marginalização social, em qualquer circunstância e, em termos convencionais, circunscrevem-se às necessidades e ao direito à saúde, à educação, ao trabalho, entre outros (FLEURY, OUVÉREY, 2008; PAIM, 2009).

O marco da estruturação das Políticas Sociais foi o final da II Guerra Mundial, quando, principalmente na Europa, desenvolveu-se o conceito de bem-estar coletivo, e o surgimento do Estado benfeitor ou Estado protetor, denominado Estado de Bem-Estar Social, ou *Welfare State* (FLEURY, OUVÉREY, 2008; PAIM, 2009).

As bases fundamentais para a estruturação do moderno Estado de Bem-Estar Social estão fundadas no Estado Social de Direito, que surgiu em oposição à visão liberal do antigo Estado de Direito (FLEURY, OUVÉREY, 2008; PAIM, 2009).

O surgimento do Estado Social de Direito teve como pressuposto um acordo entre posições socialistas e liberais, resultando em uma conformação de cunho mais moderado e reformista, no sentido de adaptar o Estado tradicional (Estado Liberal Burguês) às novas condições existentes no período industrial e pós-industrial.

Assim, o Estado Social buscou abordar, além dos aspectos de bem-estar assegurados pelo Estado, problemas gerais do sistema estatal daquela época, que exigiam um processo de estruturação da sociedade pelo Estado, assim como a estruturação do Estado pela sociedade (FLEURY, OUVÉREY, 2008; PAIM, 2009).

Os aspectos assegurados na época pelo Estado democrático liberal eram a liberdade, a igualdade, a propriedade individual, os direitos jurídicos e a participação eleitoral. Dessa forma, o Estado social e democrático os reafirma enquanto direitos formais, que não exigem custo para sua implantação e propõem a conformação dos direitos materiais, que demandam, por outro lado, investimentos econômicos e a redefinição dos gastos públicos destinados aos gastos sociais (FLEURY, OUVÉNEY, 2008; PAIM, 2009).

Esses sistemas de proteção social surgem também pressionados pelo fortalecimento da revolução socialista na União Soviética e pelo crescimento e organização da classe operária e da esquerda. O modelo desenvolvido na Europa parte da reformulação do conceito de seguro social, alicerçado na contribuição dos trabalhadores, para o conceito de seguridade social, onde o Estado assume o compromisso de prover os cidadãos de um nível mínimo de bem-estar.

Partindo de um princípio de justiça, os sistemas de proteção social se constituem pelas políticas públicas de natureza social, onde suas principais funções são: promover proteção para toda a população, realizar políticas redistributivas e satisfazer as necessidades econômicas e não econômicas da nação.

Segundo Fiori (1997), o “Estado de Bem-Estar Social” não deve se ater somente aos campos do direito e das garantias, precisa considerar também de que forma as atividades estatais se articulam com os papéis do mercado e da família, no que se refere à provisão social. O mesmo autor advoga que o Estado de Bem-Estar Social existiu de fato após 1950, quando os interesses de universalização dos serviços sociais se juntaram ao objetivo do pleno emprego que norteou as políticas econômicas nacionais até a década de 1980.

É importante assinalar que uma complexa rede de determinações econômicas, ideológicas e políticas definiu e diferenciou o Estado de Bem-Estar Social, dito contemporâneo, dos sistemas anteriores de organização das políticas sociais governamentais; assim como explicitou as diferenças que separam as várias experiências nacionais de *Welfare State* (FIORI, 1997).

No sentido de estruturar essa diversidade, alguns autores construíram tipologias para aglutinar as diversas experiências em padrões básicos, caracterizados principalmente pela forma de financiamento, pela natureza dos serviços oferecidos, pela importância dada ao setor público, pelo modelo de organização institucional, pela percepção e relação com os sistemas políticos, etc. (FIORI, 1997).

Destaca-se entre essas tipologias a tradicional classificação, que propõe três modelos de política social para os países capitalistas:

- 1) O padrão ou modelo residual, onde a política social só intervém de forma temporária, deixando para a família e para o mercado as principais soluções das demandas pela sobrevivência, ilustrado principalmente pelos Estados Unidos.
- 2) O padrão ou modelo meritocrático-particularista, onde o sistema de *Welfare* intervém somente para corrigir as ações do mercado. Neste modelo, as políticas sociais se subordinam à racionalidade econômica e o Estado só atua em grupos populacionais carentes, como pobres e idosos.
- 3) E o padrão ou modelo institucional redistributivo, voltado para o Estado garantidor da produção e distribuição de bens e serviços sociais, oferecidos a todos os cidadãos, universalmente. Este modelo de proteção social é o que mais aproxima a ideia de direito social ao conceito de cidadania, definido por Estado de Bem-Estar Social (FLEURY, OUVÉNEY, 2008; PAIM, 2009).

Segundo os modelos apresentados anteriormente, as políticas sociais brasileiras até o final da década de 1980 poderiam ser classificadas como residuais e meritocrático-corporativas (PAIM, 2009), não havendo nenhuma correspondência ao Estado de Bem-Estar Social. Essa classificação se justifica pelo caráter não universalista das Políticas Sociais brasileiras dessa época, onde os sujeitos da proteção social eram atrelados ao sistema previdenciário

e o exercício de cidadania era determinado pela participação em categorias com contribuição previdenciária, não se configurando uma cidadania plena, para toda a comunidade nacional.

Por outro lado, os sistemas de proteção social brasileiros, incluindo o sistema nacional de saúde, foram estruturados por demandas geradas pelo processo de industrialização que aqui se formava, numa realidade de escassez orçamentária e limitações políticas. Portanto, as políticas sociais no Brasil, assim como as políticas de saúde, tiveram sua estruturação ancorada em um conceito de cidadania regulada.

Busca-se apresentar, a seguir, um breve histórico das políticas de saúde no Brasil, com a finalidade de demonstrar os ideários ou matrizes do pensamento em saúde, como objeto de disputa social nos diversos momentos.

Primeira reforma sanitária brasileira

Um forte movimento sanitarista marcou o início do século XX no Brasil. Nesse contexto, várias doenças endêmicas e epidêmicas, como a varíola, a malária, a peste e a febre amarela, assolavam o país. O Brasil era caracterizado, nesse período, como um “vasto hospital” (SANTOS, 1985). Essa realidade ameaçava os interesses comerciais agroexportadores do país e incidia diretamente sobre a vida da população, além de comprometer as relações comerciais do Brasil com outros países. A situação resultou nas ações de saneamento dirigidas aos portos, que eram os espaços de circulação de mercadorias e de chegada dos imigrantes, mão de obra decisiva para a cultura cafeeira, na época.

No plano político, se desenvolvia um Estado capitalista, fortemente assentado no domínio oligárquico, como desígnios da República que se afirmava. Com essa organização, dois atores políticos emergiam no cenário político: os coronéis e os bacharéis, numa relação em que os primeiros definiam as políticas, e os segundos as sustentavam como defensores que eram da elite que se formava.

As políticas de saúde nesse contexto visavam erradicar ou controlar as doenças que poderiam prejudicar o modelo agroexportador do Brasil e os interesses particulares das elites (MENDES, 1999). Segundo Hochaman (1993), para outros, a forma como eram enfrentados os problemas de saúde vinculava-se a um novo projeto oligárquico de sociedade, mais amplo e complexo, caracterizado por distinguir, de um lado o Estado e as elites estatais (que sustentavam este projeto), e de outro as elites societais.

Ademais, os movimentos por saúde durante a República Oligárquica representavam a expressão dos projetos nacionalistas, integrados à modernidade proveniente da Europa e dos Estados Unidos, intensificados após a Primeira Guerra Mundial. Para essa corrente de pensamento, um Brasil moderno era um Brasil europeizado, no qual as conquistas civilizatórias estariam associadas ao progresso das cidades.

Na academia e nas instituições de pesquisa, formavam-se profissionais, principalmente médicos, orientados pelo paradigma da bacteriologia, praticados na França e na Alemanha. Dessa concepção centrada no combate às epidemias das cidades surgem duas grandes instituições de pesquisa de saúde no Brasil: o Instituto Soroterápico Federal, atual fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã, em São Paulo.

Surgem assim os higienistas sanitaristas, que exercem forte influência na produção de conhecimentos, centrados nas concepções sobre as doenças transmissíveis e na constituição de um setor público de saúde que tinha como meta estratégica a proposta de ações coletivas de saúde, focadas, principalmente, no saneamento (MEHRY, 1992).

As políticas propostas por esses profissionais, liderados na época (1904) pelo sanitarista Oswaldo Cruz, reforçavam o fortalecimento da autoridade estatal e do papel do governo federal. A “grande cruzada” contra as doenças no Rio de Janeiro, que incluía a vacinação obrigatória, aliada às ações das autoridades na época, em prol da urbanização da cidade, com a abertura de largas

avenidas, demolição de casas ditas insalubres e a expulsão de seus moradores, fez surgir uma das revoltas populares mais importantes no Brasil, a Revolta da Vacina. Esse movimento, composto principalmente pela população pobre, além de combater a vacinação compulsória e a reforma urbana, denunciava as precárias condições de vida da população (CHIOZZINI, 2005).

Em meio a esse contexto, duas correntes de pensamento nacionalista se configuravam: uma voltada para o crescimento e o progresso das cidades, e outra que buscava a integração do interior do país ao projeto de construção nacional. Esta última corrente teve forte influência no posicionamento dos sanitaristas da época que, sensibilizados pelas condições de saúde da população, principalmente a rural, passaram a pensar o país e seus problemas, considerando o descaso do poder público como um entrave aos avanços civilizatórios.

Assim, o movimento sanitário da Primeira República, conhecida como a Era do Saneamento, propiciou uma grande contribuição à construção do projeto ideológico de nacionalidade (SANTOS, 1985). Estava claro para esses profissionais de saúde que o atraso do Brasil se devia às doenças e não ao determinismo biológico.

Esse pensamento impactou sobremaneira a percepção do Estado nacional como responsável pelas políticas de saúde. Destaca-se como conquista nesse período a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005) como base para a estruturação da burocracia na saúde, configurando um sistema, ainda incipiente, marcado pela concentração e verticalização do governo federal.

A cidadania regulada: a previdência social no Brasil

Após 1930, outro projeto político é estruturado no país. O governo Vargas marcou, sobremaneira, a configuração das políticas sociais no Brasil com a estruturação do arcabouço jurídico e administrativo do sistema de

proteção social diretamente vinculado ao projeto político de industrialização e modernização do país.

Com o fim das oligarquias, uma ampla reforma administrativa e política ocorreu no país por meio da nova Constituição de 1934 e da ditadura de Vargas, imposta pelo Estado Novo. Iniciou-se um período de grande centralização e maior participação estatal nas políticas públicas, que se caracterizavam por feições eminentemente populistas, capitaneadas por ações que visavam, antes de tudo, cooptar os trabalhadores que avançavam na sua organização, em detrimento das políticas que respondessem aos problemas estruturais da vida daquela população (LIMA, 2006; OLIVEIRA; SOUZA, 1997).

Nessa época, aconteceu a transição da política social compensatória, iniciada em 1923 por meio da Lei Eloy Chaves, que criou as caixas de aposentadorias e pensões como medidas remediais, compensando, minimamente, a má distribuição de benefícios regulada pelo mercado e por processos acumulativos. O Estado era cofinanciador da previdência, juntamente com os empregados e empregadores. Essa nova estruturação do padrão estatal culminou com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que se caracterizavam por uma forte estrutura administrativa.

Para Santos (1998), essas instâncias foram o germe da burocracia estatal no setor público, sobre o que, no campo da saúde, Mendes (1999, p. 21) destaca:

Neste período instala-se na previdência social, um seleto grupo de tecnocratas, os denominados cardeais do IAP, portadores de uma teoria do seguro social e que viriam a dar os rumos do projeto de saúde hegemônico até o início dos anos 1980.

Para esses tecnocratas, a cidadania só era conferida aos trabalhadores que ocupavam um lugar no processo produtivo por meio de uma profissão reconhecida por lei e que contribuía com a previdência (SANTOS, 1998).

Retoma-se, aqui, o conceito de cidadania regulada para melhor elucidar a política econômica social pós 1930. Para Santos (1998), por cidadania regulada entende-se “o conceito de cidadania, cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por normas legais” (SANTOS, 1998, p.103).

Todos os cidadãos, cuja ocupação a lei desconhece, são pré-cidadãos, como por exemplo, os trabalhadores rurais e os urbanos que não tinham ocupações reconhecidas por lei.

Dessa forma, a cidadania regulada, a partir da década de 1930 era a definidora do sistema de controle sindical e de distribuição dos benefícios previdenciários e de assistência médica, de caráter compensatório (SANTOS, 1998). Sempre que os conflitos colocassem em risco a segurança das elites, o Estado intervinha e regulava. Essa realidade era, também, vivenciada nas lutas por saúde, cujo caráter corporativo se subordinava à lógica da burocracia estatal e da burocracia sindical.

A democracia na saúde: início das mudanças

A partir de 1945, com o fim do governo Vargas, o país experimenta 19 anos de democracia, com a restauração dos poderes republicanos, disputas político-partidárias e eleições livres. O campo da saúde, nas décadas de 1940 e 1950, se beneficiou desse ambiente democrático, e alguns avanços foram conquistados, principalmente na saúde pública. Destacam-se os debates em torno da aproximação da saúde com o tema do desenvolvimento econômico e social e o aumento da pressão, por expansão, dos benefícios previdenciários, ocasionados pelo crescimento da massa de trabalhadores urbanos e da sua força política organizada.

Marco importante desse período foi a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que influenciou a reorganização do Departamento Nacional de

Endemias Rurais (DNERU), em 1956, e a realização de campanhas de combate à hanseníase e outras endemias.

No entanto, prevalecia, na época, a lógica restrita da produção capitalista em que, na relação saúde-desenvolvimento, a primeira era condição para a segunda. Além disso, no aspecto estrutural, permanecia a separação entre saúde pública, ligada ao Ministério da Saúde e voltada às ações verticalizadas e centralizadas no combate às doenças específicas, e assistência médica, realizada pelo sistema previdenciário de cunho corporativo, orientado para o atendimento individual (LIMA, 2006).

Em que pesem as posições oficiais sustentarem uma abordagem limitada na associação da saúde e desenvolvimento, em que hegemonicamente prevalecia a concepção campanhista, dirigida verticalmente e imposta de fora, o movimento sanitarista aprofundava os debates sobre as relações causais e as estratégias institucionais e políticas para o enfrentamento dos problemas de saúde e do subdesenvolvimento do país (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Crescia a opinião de que as campanhas vinculadas à promoção de condições básicas de infraestrutura sanitária deveriam se estruturar de forma horizontal e direcionadas ao conjunto das doenças.

Assim, novas propostas de mudanças foram introduzidas no debate nacional sobre saúde, pelos sanitaristas desenvolvimentistas, que propugnavam que, ao contrário do discurso oficial da época, o desenvolvimento econômico-social levaria à melhoria das condições de saúde e de vida da população.

Marco desse debate foi a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que se caracterizou pela disputa de distintos projetos políticos sanitários “acirrada, no final do período democrático, com a radicalização das lutas por reformas sociais” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Nesse evento, questões como as responsabilidades dos entes federados, a situação da realidade sanitária brasileira e a necessidade da municipalização das ações foram debatidas (LABRA, 2005), numa perspectiva de articulação com as “reformas sociais de base”.

Resultou desse movimento a configuração de dois campos ideológicos distintos na saúde pública: um de caráter conservador-modernizador, que defendia a manutenção de privilégios, e outro transformador, que lutava pela ampliação dos direitos sociais, dentre eles, a saúde. No entanto, esse movimento de cunho transformador foi interrompido pelo golpe militar de 1964, prevalecendo uma política de saúde que manteve a separação institucional entre assistência médica previdenciária e saúde pública, com a nítida priorização de investimentos e gastos em prol da medicina previdenciária.

A derrota da proposta transformadora

Com o golpe militar de 1964, as condições políticas para a hegemonização do projeto privatizante e medicalizante ganharam força. A política adotada pelos governos militares, que durou até a metade da década de 1970, consistia no favorecimento do setor privado, realizado por meio de compras de serviços médicos, de subsídios e apoio aos investimentos no setor (PAIM, 2005).

Explicita-se nesse período a consolidação de um bloco dirigente orgânico na saúde, de orientação capitalista (MERHY, 1997), configurando-se em uma nova ordenação entre o Estado capitalista e o conjunto das classes sociais.

O padrão de estruturação do setor de saúde pautava-se nas políticas econômicas orientadas pela coalizão internacional, que associava o capital monopolista internacional ao grande capital nacional e estatal, ampliando o papel regulador do Estado.

A estratégia dominante, de 1960 a 1970, foi a de expansão dos serviços médicos hospitalares, a contratação de produtores de serviços médico-hospitalares privados, visando, assim, o sucateamento dos serviços hospitalares próprios, prevalecendo os interesses capitalistas do setor. No aspecto da assistência, ocorreu a expansão de unidades hospitalares e de leitos com finalidade lucrativa, geralmente com financiamento público. A esses hospitais, cabiam os procedimentos mais

simples, rápidos, baratos e mais lucrativos; aos públicos restavam os atendimentos mais complexos e mais onerosos (PAIM, 2005).

Essa política gerou, também, a concentração da assistência hospitalar em grandes centros, com notória desigualdade na distribuição de serviços e leitos, ocasionando os vazios assistenciais, realidade essa observada até os dias atuais (MENDES, 1999).

No aspecto político e administrativo, e como consequência da repressão e da desmobilização das organizações civis, o governo militar criou a tecnoburocracia estatal como um suporte constituído pela sociedade civil, tutelado pelo Estado e orientado para a elaboração de novos paradigmas sociais para o regime que se afirmava. Paralelo a isso, a centralização da previdência social, com o fim dos IAP e a estruturação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, teve como objetivo aumentar do poder regulatório do Estado sobre os cidadãos e reforçar medidas no sentido de excluir a classe trabalhadora, organizada como força política (LIMA, 2006), antes permitida na vigência das Caps e IAP (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; MENDES, 1993).

Com essa nova orientação política, configurada em uma situação de estabilidade autoritária no país, cria-se e consolida-se o “complexo previdenciário médico-industrial”, moldando a política de saúde aos interesses empresariais e da tecnoburocracia, alijando de vez os trabalhadores do processo decisório.

Na década de 1970, outra medida é tomada no sentido de fortalecer a concepção estatista-privatista: a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e que manteve no setor da saúde a estratégia de compra de serviços do setor privado (CARVALHO; GOULART, 1998).

O resultado desse modelo excludente foi a capitalização crescente do setor privado, ancorada em fatores ideológicos como: o biologismo, que preconizava a predominância biológica das doenças; o individualismo, que considerava o indivíduo como o objeto da prática da saúde em detrimento dos

aspectos sociais; e o especialismo, que aprofundava o conhecimento específico em prejuízo ao conhecimento da totalidade do sujeito (MENDES, 1999).

No entanto, a precariedade do sistema de saúde e de toda a área social do país dava sinais de esgotamento, no final da década de 1970, comprometendo a legitimidade do sistema. Os indicadores de saúde pioravam significativamente, aliados à insuficiência e ineficácia dos serviços de saúde que buscavam solucionar os problemas de saúde coletiva, como as endemias e as epidemias (RONCALLI et al., 2003; LIMA, 2006).

Assim, como consequência dessa grave situação, os movimentos sociais foram intensificados, e cresceram as pressões para a mudança do padrão discriminatório das políticas sociais no Brasil. Surgem reações por parte do governo no sentido de minimizar os efeitos da política excludente, até então praticada. No governo Geisel, entre 1974 e 1979, ocorre uma expansão na cobertura dos serviços previdenciários e de saúde (LUZ, 1991; MENDES, 1993).

Amplia-se, igualmente, o movimento dos profissionais de saúde, de intelectuais da saúde coletiva, da população e de parlamentares na luta por mudanças no modelo da saúde.

Surgem assim, no bojo dessa intensa luta política, correntes de pensamento que defendiam projetos distintos. Merhy (1997) identifica três correntes críticas que disputavam modelos e propostas tecnológicas e assistenciais diversificadas.

O primeiro projeto ou frente, de cunho conservador, defendia a privatização total da assistência médica e responsabilizava o Estado pelas ações de saúde pública. Nesse projeto, a organização dos serviços era realizada pela lógica do mercado, tendo como eixo tecnológico a assistência médica.

O segundo projeto, classificado por Merhy (1997) como reformador, formulava que o sistema de saúde era irracional em termos de gastos e benefícios e defendia um conjunto de reformas no sentido de torná-lo mais adequado às necessidades da população. Pautava-se em conceitos de planejamento de saúde, com propostas descentralizantes, buscando uma visão sistêmica do

modelo, e considerava a necessidade da organização dos serviços de forma unificada, independentemente da sua natureza jurídica (pública ou privada).

A terceira frente, destacada por Merhy (1997), propunha uma perspectiva transformadora, tendo como premissas a democratização do poder político e a socialização dos benefícios. Esse movimento ganhou força no final dos anos de 1970 e apontava necessidade de mudanças estruturais na relação Estado-sociedade, tendo como centro a efetivação do controle da sociedade sobre as ações do Estado.

O movimento estruturou as bases para o movimento da reforma sanitária brasileira, cujo marco se deu em 1979, durante o Simpósio Nacional de Política de Saúde, coordenado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Nesse evento, foi apresentado pelo Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (Cebes) um documento intitulado *A questão democrática na área da saúde*, tido como norteador dos movimentos pela saúde durante os anos de 1970 e 1980.

Esse documento caracteriza as políticas de saúde vigentes como: política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais do posicionamento socioeconômico do governo-privatizante, empresarial e concentradora de renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais, do crescimento econômico;

política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral (CEBES, 1997, p. 47).

Assim, a Reforma Sanitária provém dessa árdua luta em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde para o Brasil. Sua consolidação se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e sua institucionalização em 1988, quando as propostas de

organização de Sistema Único de Saúde (SUS) foram acolhidas pelos deputados constituintes e inseridas na Constituição Federal.

Vinte e dois anos depois da implementação do SUS, vale retomar alguns pontos sobre o direito à saúde no relatório final da VIII Conferência, haja vista a atualidade das suas proposições:

- A saúde é, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- A saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- O Estado deve assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas sociais e econômicas, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.
- Desse conceito amplo de saúde e dessa noção de direito como conquista social emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

Referências

CARVALHO, A. I.; GOULART, F. A. A. (Org.). *Gestão de saúde*: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; Brasília: UnB, 1998.

CEBES. Centro de Estudos Brasileiros em Saúde. *A questão democrática na área da saúde*. 1997.

CHIOZZINI, D. Revolta da Vacina: a saúde pública e um novo projeto sociedade. *Revista ComCiência*. Disponível em: <www.comciencia.br/reports/2005/6/6_impr.shtml>. Acesso em: 23 fev. 2010.

FIORI, J. L. Estado do bem-estar social: padrões e crises. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, July/Dec. 1997.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-69.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos históricos*, 1993.

LIMA, J. C. de. História das lutas sociais por saúde no Brasil. *Trabalho Necessário*, ano 4, n. 4, 2006.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T (Org.). *Saúde e democracia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-384.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”, anos 80. *Physis*, v. 1, n. 1, 1991.

MENDES, E. V. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

_____. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1999.

MERHY, E. E. *A saúde pública como política: São Paulo, 1920-1948 – os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. *A saúde no Brasil: trajetória de uma política institucional*. In: UFRN. Curso de mestrado em Odontologia Social. UFRN Odontologia preventiva e social, textos selecionados. Natal: EDDUFRN, 1997. cap. 8, p. 114-121.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) *Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1985.

PAIM, J. S. *Desafios para Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: UDUFBA, 2005.

_____. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RONCALLI, A. G. et al. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. et al. (Org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

SANTOS, W. G. *Décadas de espanto e uma apologia democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados. *Revista de Ciências Sociais*, 1985.

SOUZA, C. Estado da Arte em Políticas Públicas. In: HOCHMAN G., ARRETCHE, M.; MARQUES, E. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-122.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA et al. (Org.). In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

CAPÍTULO 2

Os Conselhos de Saúde no Brasil: 25 anos de experiências democráticas, participativas e de controle social

Helena Shimizu

Márcio Florentino

Sérgio Schierholt

Antônio José Costa Cardoso

Luciana Melo de Moura

Introdução

A proposta deste capítulo é apresentar um “Marco Teórico” de referência e realizar discussão acerca da “Democracia Participativa” e do “Controle Social” no âmbito da Saúde no Brasil.

Neste momento, quando estão em curso os debates sobre os 25 anos de institucionalização do SUS, as principais conquistas e desafios de estruturação estão sendo discutidos e analisados pelos segmentos do Estado e da sociedade. O principal desafio que o Brasil adotou como experiência singular e atualmente reconhecida internacionalmente é o de constituir um Sistema de Saúde, de caráter nacional, universal e único nas suas formas de comando e gestão e contando com a participação popular e democrática na deliberação das prioridades e na fiscalização da utilização dos recursos materiais e financeiros.

Essa experiência tem exigido um repensar permanente nas relações de poder tradicionalmente exercidas no Estado brasileiro, com uma forte resistência a mecanismos participativos e ao debate público e transparente.

A consagração da saúde como um direito de todos e dever do Estado e a instituição do controle social do SUS, garantidos na Constituição Federal, inaugurou uma nova fase no que se refere às relações entre a sociedade e estado. A proposta do SUS refletiu um projeto consoante com a construção da cidadania, tanto por representar uma conquista social, como por incluir em seus princípios e diretrizes a descentralização das ações e serviços de saúde e a participação da comunidade, aproximando a população do processo de elaboração e tomada de decisão sobre as políticas de saúde adequadas às demandas da realidade local.

Durante esse período, nos 25 anos de construção (1990-2011), o Sistema Único de Saúde (SUS) esteve, desde o início, alicerçado em três pontos: a universalização da assistência, o controle social e a normatização técnica das alocações financeiras. Desses, apenas os dois primeiros pontos podem ser considerados como avanços percebidos com maior consistência. A universalização da assistência é perceptível por meio do acesso de clientelas cada vez maiores da população aos serviços de saúde, da ampliação das redes de saúde e implantação de Unidades de Saúde da Família.

A questão do controle social no âmbito do SUS, comumente referida à formação e atuação dos Conselhos e Conferências de Saúde, tem se mostrado, por outro lado, a principal inovação política do Sistema, na perspectiva da pactuação política entre grupos de interesses. É preciso sublinhar que disposições do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) impulsionaram a criação de tais instâncias, na medida em que condicionaram a transferência de recursos financeiros a estados e municípios à existência de Conselho de Saúde no ente correspondente.

Tais incentivos normativos, junto com a politização da questão mediante a realização periódica de conferências de saúde em todo o país, têm permitido colocar a implementação do SUS em permanente questionamento e sob vigilância, formando-se uma massa crítica de apoio que tem assegurado, em boa parte, o aperfeiçoamento do sistema e a crescente participação cidadã, assentando as bases, embora ainda muito frágeis, para o almejado controle social dos usuários sobre as decisões e os atos das autoridades setoriais.

Como resultado concreto, atualmente há no país milhares de pessoas de muitos segmentos sociais envolvidas nos Conselhos de Saúde. O porte de cada Conselho varia segundo o tamanho da população local, mas a regulamentação prevê, para todos eles, a mesma composição paritária: metade dos assentos corresponde a representante da autoridade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e dos trabalhadores da saúde; a outra metade deve compreender representantes dos usuários dos serviços do SUS (BRASIL, 1990).

Quanto à sequência do texto, apresentaremos primeiro um Marco Teórico de referência para essa análise do Controle Social no Brasil. Ancoraremos nossa análise na Filosofia da Libertação proposta por Dussel (2007) e nas teses desenvolvidas por Boaventura Santos (SANTOS, 2008) sobre a Reinvenção da Emancipação Social. Também são apresentados alguns apontamentos de Pateman (1992) na sua obra Participação e Teoria Democrática, na qual a autora busca o lugar da participação na democracia moderna.

Além disso, foram construídas algumas atividades de ensino-aprendizagem, todas relacionadas no capítulo final desse livro.

Marco teórico

Embora não haja a pretensão de fazer aqui uma revisão teórica do conceito de Democracia no âmbito da Ciência Política, faz-se necessária uma apresentação dos modelos de democracia, visto que essa definição tem

consequências sobre o funcionamento dos órgãos de controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, utiliza-se a linha de análise desenvolvida por Boaventura Santos (2005, 2006), que traz à baila a centralidade da relação entre Estado e sociedade civil para a constituição de algumas teorias da emancipação.

Os modelos de democracia

Durante muito tempo triunfou uma concepção de democracia restritiva à participação popular, de “baixa intensidade”, cujo fio condutor correspondia à maximização da contradição entre mobilização e institucionalização, valorização positiva da apatia política (o cidadão comum não teria capacidade ou interesse exceto para escolher os líderes que tomam a decisão), pluralismo como forma de disputa partidária entre elites e apenas “alguma solução” para resolver o problema da participação (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Pode-se dizer que o limite à expansão global dessa democracia de baixa intensidade coincidiu com graves crises democráticas nos Países Centrais, vitimados por uma “dupla patologia”: no âmbito da participação, por um aumento considerável do abstencionismo nos processos eleitorais; e no âmbito da representação, com cidadãos se sentindo cada vez menos representados pelos eleitos (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Dessa maneira, o século XX ficou caracterizado por dois debates centrais no tocante à democracia, esta, em última instância, considerada como forma mediadora entre Estado e sociedade. Por um lado, temos um pensamento que traduz a solução europeia: o abandono do papel da mobilização social e da ação coletiva na construção democrática; e em uma segunda forma, uma valorização do papel dos mecanismos de representação, mas sem a necessidade de combinar mecanismos societários de participação. Em ambos os casos, surge o que é conhecido como “forma hegemônica de democracia”:

representativa elitista, tal qual se propôs ao resto do mundo, totalmente desvinculada de outras experiências que ocorreram em sistemas políticos não-alinhados (SANTOS; AVRITZER, 2005; PATEMAN, 1992).

Apesar da consolidação de um certo elitismo democrático a partir da metade do século XX, um novo movimento surge para questionar o formalismo com que a democracia era apresentada até então para a sociedade, reconhecendo na pluralidade humana uma nova proposta de ação democrática (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Essa nova institucionalidade democrática é articulada no interstício da criação de uma nova gramática social e cultural e o entendimento da necessidade de uma inovação social. A democracia sob esse novo prisma implicaria rupturas com tradições estabelecidas e a tentativa de instituição de novas determinações, novas normas e novas leis. Essa é a indeterminação produzida pela nova gramática democrática, tão bem trabalhada por Santos e Avritzer (2005). Para ser plural, a democracia tem que contar com o consentimento de todos esses novos atores.

Muitas vozes pautaram nova demanda pela ampliação do espaço político, por meio da transformação das práticas dominantes, da cidadania e da ressignificação das práticas democráticas (CANTOR, 2005). Na América Latina, também, os movimentos sociais fizeram ouvir suas vozes na canção da redemocratização. Cantavam denunciando relações de gênero, de raça, de etnia e o privatismo na apropriação dos recursos públicos, colocando na ordem do dia o problema da necessidade de uma nova relação entre Estado e sociedade.

Boaventura afirma que esse desejo “implicou a introdução do experimentalismo na própria esfera do Estado, transformando o Estado em novíssimo movimento social” (SANTOS; AVRITZER, 2005). Autores mais pessimistas, como Briceño-Leon, negam essa transformação do Estado no continente e apontam que, dependendo do contexto social, político e econômico, a apropriação da participação para legitimação do Estado continua prática comum (BRICEÑO-LEON, 1998).

Outro ponto da concepção formal de democracia contestado na América Latina foi a necessidade de uma racionalidade técnico-burocrática para dar conta da complexa estrutura do Estado e sua formação histórica.

“Uma nova relação entre Estado e sociedade, com aumento da participação social, também levou a uma redefinição sobre a adequação da solução não participativa e burocrática a nível local, recolocando a escala do interior do debate democrático” (SANTOS, 2006).

A maior parte das experiências participativas nos países recém-democratizados do Sul tem o seu êxito relacionado à capacidade dos atores sociais de transferirem práticas e informações do nível social para o nível administrativo.

O desmoronamento final do tripé da tradição hegemônica dá-se em torno da questão da representatividade e da diversidade cultural e social. Os grupos mais vulneráveis socialmente, os setores sociais menos favorecidos e as etnias minoritárias não conseguem que os seus interesses sejam representados no sistema político com a mesma facilidade dos setores majoritários ou economicamente mais prósperos. Novas formas de representação foram propostas, então, na América Latina: novas formas de articulação entre Estado e sociedade civil, entre democracia representativa e participativa.

Podemos resumir que nas sociedades capitalistas, sobretudo nos países centrais, consolidou-se uma concepção hegemônica de relação entre Estado e sociedade, a concepção de democracia liberal com a qual procuravam estabilizar a tensão controlada entre democracia e capitalismo. Essa estabilização ocorreu por duas vias: pela prioridade conferida à acumulação de capital em relação à redistribuição social e pela limitação da participação cidadã, tanto individual, quanto coletiva, com o objetivo de não “sobrecarregar” demais o regime democrático com demandas sociais que pudessem colocar em perigo

a prioridade da acumulação sobre a redistribuição. Essa concepção de sobrecarga de demandas históricas de grupos excluídos de participação foi posta à prova e fracassou não só no Brasil, como em boa parte da América Latina (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Democracia e saúde no Brasil: pensando o (antes) impensável.

Nos últimos 30 anos, a participação da sociedade tem sido preconizada como condição para o desenvolvimento e a consolidação dos sistemas de saúde. Os cuidados primários em saúde foram considerados como a grande estratégia para a transformação de um modelo de atenção centrado na concepção biomédica: onerosa e ineficiente ao Estado e ineficaz para a população.

A Conferência de Alma-Ata, grande impulsora para a revisão dos sistemas de saúde no mundo, dizia que:

os cuidados primários em saúde requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e, para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades. (ALMA-ATA, 1978).

A noção de participação, tal como fora inicialmente concebida pelos defensores dos cuidados primários em saúde, era muito vaga, e seu significado variava conforme as peculiaridades da organização social e política de cada país, ou do posicionamento político-ideológico do ator político que abraçava a ideia (CORTES, 2002). Um dos maiores desafios para a efetivação dessa participação seria a fraqueza ou a ausência de uma sociedade civil organizada

capaz de contrabalançar o poder político das elites econômicas em aliança com a burocracia. Em países periféricos, como no caso do Brasil, os interesses não dominantes, tais como sindicatos, trabalhadores rurais, moradores urbanos pobres, seriam sistematicamente excluídos dos canais decisórios. Suas demandas seriam filtradas por relações estabelecidas por funcionários públicos com líderes obsequiosos e clientes individuais.

Contrariando essa análise, o cenário da década de 1980 no Brasil foi marcado pela efervescência dos movimentos sociais, caracterizado pela luta de vários setores organizados da sociedade. O movimento sindical demandava ativamente aumentos salariais e liberdade de organização. Pela primeira vez, desde o começo dos anos 1960, sindicatos de trabalhadores rurais e um movimento dos sem-terra, ainda embrionário, exigiam reforma agrária e a extensão de benefícios previdenciários a trabalhadores rurais. Nas áreas urbanas, associações de moradores promoviam campanhas demandando melhores serviços ou mesmo, por vezes, ocupando conjuntos residenciais vazios e prédios públicos. Novas organizações sociais eram criadas, tais como associações ecológicas e grupos feministas. Esses movimentos e organizações tinham como bandeira a luta por uma sociedade democrática.

Como visto no capítulo anterior, o ápice legal e institucional dessa liberalização política se deu com a promulgação da Constituição de 1988, que criou mecanismos de envolvimento da sociedade civil na administração pública, como o *referendum*, o plebiscito e a iniciativa popular, e estabeleceu espaços institucionais para a participação, marcadamente no setor saúde. A Carta de 1988 abriu perspectivas para apoiar ações no domínio social ou ações na esfera pública que possam remeter à “questão social”, tanto por dar tratamento privilegiado aos direitos sociais que ela inscreve, quanto por oferecer instrumentos que possibilitam ao cidadão concretizar as exigências de um Estado de Justiça Social, fundado na dignidade da pessoa humana, mediante um estado democrático (DALLARI et al., 1996).

O avanço no processo de construção do SUS em muito se deve a essa participação da comunidade. A materialização desse fenômeno se deu a partir da promulgação da Lei 8.142 (BRASIL, 1990), que institucionalizou o Controle Social, por meio da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

No caso dos Conselhos de Saúde, sua atribuição legal é a de atuar e deliberar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos logísticos, econômicos e financeiros. A partir de meados dos anos 1990, e com maior vigor na segunda metade da década, consolidaram-se em todas as unidades da Federação: Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde em cada um dos 27 estados e Conselhos Municipais de Saúde em praticamente todos os 5.565 municípios do país, além de Conselhos regionais, distritais e locais.

O que entendemos por controle social

A noção de controle social é controversa, com uso heterogêneo no pensamento social, com opções teóricas e metodológicas de distintos significados. No âmbito da Sociologia, a expressão controle social tradicionalmente é caracterizada como voltada para o estudo do conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (ALVAREZ, 2004).

São concepções com raízes nas formulações clássicas sobre o problema da ordem e da integração social de Émile Durkheim. São dimensões que buscam as noções de poder e de autoridade ligadas à manutenção da ordem social, em estabelecer um grau necessário de organização e regulação da sociedade de

acordo com determinados princípios morais, mas sem o emprego excessivo de coerção (COHEN; SCULL, 1985).

O poder como forma de dominação está presente nos estudos de Max Weber, com foco na obediência de ordens e normas nos diversos grupos. Nessa perspectiva, o poder e a dominação estariam numa relação de complementaridade, perpassando as relações humanas em geral e não se limitando à esfera política. Weber procurava esclarecer os motivos pelos quais os indivíduos obedecem, já que toda relação de dominação se legitima na anuência do grupo. Procurava compreender como a dominação se justifica e como se sustenta externamente.

Ainda segundo Weber, há três tipos puros de dominação legítima, ou seja, justificável: tradicional, que está baseada na devoção aos hábitos costumeiros, em que se segue à tradição; carismática, em que se segue o líder carismaticamente qualificado como tal; e a racional/legal, onde a crença está na validade dos estatutos (ANDRADE, 2009).

Para Weber, o exemplo mais autêntico de dominação legal é o exercido pelo quadro burocrático administrativo. É o exercício do poder no interior das organizações formais, onde os indivíduos se sujeitam à ordem objetiva e impessoal, legalmente constituída pela legalidade formal de suas disposições e na vigência destas. Assim, a burocracia ganha o estatuto de forma de dominação moderna e racionalizada, exercida no quadro administrativo e tida como elo entre dominadores e dominados. Nesse sentido, qualquer forma associativa assume um caráter de dominação em virtude de um quadro administrativo presente e da forma como poder é exercido.

Para Cohen (1989), a ideia de controle social como dominação acabou por incuti-lo como uma força nefasta, organizada pelo Estado e voltada para manutenção da ordem social na modernidade. Michel Foucault foi o autor que aprofundou de forma mais complexa (e menos funcionalista e instrumentalista) a noção de poder como prática de dominação. Foucault abriu espaço

para interpretações multidimensionais acerca das transformações da punição na sociedade moderna (ALVAREZ, 2004). Segundo Santos (2002, p. 246):

Os notáveis méritos da análise foucaultiana do poder apresentam duas vertentes, onde em primeiro lugar o autor desloca o poder do seu nicho liberal: o Estado, o que Foucault designa como poder disciplinar da ciência moderna, distinguindo do poder jurídico do Estado moderno. Em segundo lugar, o poder disciplinar de Foucault não é um poder de soma zero, não é exercido do topo para a base nem do centro para a periferia, não se baseia na negação, proibição ou na coerção. É uma forma de poder sem centro, exercida horizontalmente através dos seus próprios sujeitos (a começar pelo próprio corpo).

Essa é uma visão que realmente exerceu forte influência no pensamento social contemporâneo desde os anos 1960 do século passado e que vai culminar num conjunto de estudos e pesquisas sobre as práticas e instituições sociais que, sob a modernidade, configuraram espaços de exclusão e normalização da vida social, de comportamentos e de subjetividades. O poder disciplinar será um poder voltado para o adestramento dos indivíduos:

“E, para isso, esse poder utilizará alguns mecanismos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame... O indivíduo adestrado deve se sentir permanentemente vigiado.”
(ALVAREZ, 2004, p. 4)

São formas de controle social da modernidade que Foucault chama de Tecnologias do Poder e que se aplicam desde a instituições especializadas, como penitenciárias, escolas, hospitais, até instituições de socialização, como a família.

A ampliação das noções e dimensões de poder disciplinar fora do Estado, no pensamento de Foucault, é importante, mas uma questão no debate sobre a transformação social persiste com a dispersão e o acentrismo do poder que essa visão pode conter: “Se o poder está em todo lado, não está em lugar nenhum. Se não houver um princípio de estruturação e hierarquização, não há um enquadramento estratégico para a emancipação” (SANTOS, 2002, p. 246). Tendo como referência essa posição no debate sobre as formas de produção do poder, Boaventura de Sousa Santos propõe uma topografia alargada da estruturação do poder nas sociedades capitalistas. Sugere uma pluralidade dos modos de produção do poder, do direito e do senso comum, em uma pluralidade de formas de direito, poder e conhecimentos.

Essa pluralidade é vista de forma relacional (dialogada, hermenêutica) e estruturada, onde a centralidade do direito estatal, do poder estatal e do conhecimento científico se articulam em novas e vastas constelações de ordens jurídicas, poderes e conhecimentos. Segundo Santos (2002, p. 247):

“[...] longe de colidir com a ideia da centralidade do direito estatal, do poder estatal e do conhecimento científico nas sociedades contemporâneas, confirma-a e, ao mesmo tempo, relativiza-a, ao integrar essas formas hegemônicas em novas e mais vastas constelações de ordens jurídicas, de poderes e de conhecimentos”.

Segundo Dussel (1995, p. 18), devemos começar a criar uma nova teoria, uma interpretação do poder coerente com a profunda transformação que nossos povos estão vivendo:

Porque a experiência inicial da Filosofia da Libertação consiste em descobrir o “fato” opressivo da dominação, em que sujeitos se constituem “senhores” de outros sujeitos, no plano mundial [...]

Centro-Periferia; no plano nacional (elites-massas, burguesia nacional – classe operária e povo); no plano erótico (homem-mulher); no plano pedagógico (cultura imperial, elitista, versus cultura periférica, popular etc.).

Tendo como referência as ideias desenvolvidas por Santos (2002) e Dussel (2005, 2007), propomos avançar na discussão do controle social como uma dimensão estratégica de poder que tem como base o pensamento de libertação contra as formas de dominação. Um conceito de controle social que não destitui ou domina os sujeitos e sua vontade de viver, mas a transforma em um poder, uma práxis (conhecimento e ação), para criticar e superar as limitações que lhes são impostas seja do mundo físico, seja da sociedade em que se vive:

“A vontade de viver é a essência positiva, o conteúdo como força, como potência que pode mover e arrastar, impulsionar. Em seu fundamento a vontade nos empurra a evitar a morte, a permanecer na vida humana” (DUSSEL, 2007, p. 26).

Libertação é vista como um processo em que a política e o poder são definidos positivamente, como *potentia*, uma dimensão central da vontade de viver, que conforma os seres humanos em suas diversas maneiras de construir, produzir e reproduzir a vida. A potência das vontades está na união de forças e de objetivos comuns presentes na comunidade política, uma vontade de viver comum. Como uma *corporalidade vivente*, sugerido por DUSSEL (2007, p. 25), que no enfrentamento de seus limites e vulnerabilidades, portanto na sua negatividade, nas suas necessidades, vai agregando e forjando instrumentos, conhecimentos, serviços, instituições, sistemas que possam ampliar a própria vida e a vontade de viver.

Segundo Arendt (2005, p. 186), a vontade é uma faculdade humana que se insere na dicotomia entre o desejo e a razão ou entre as paixões e a razão. Diz a autora: “A vontade é o árbitro entre a razão e o desejo e, como tal, só a vontade é livre. Além disso, enquanto a razão revela o que é comum a todos os homens, e o desejo, o que é comum a todos os organismos vivos, só à vontade me é inteiramente própria”.

Nessa perspectiva, a noção de controle social se amplia como um campo político (BOURDIEU, 1989), atravessado por forças, por sujeitos singulares com vontade e certo poder, um espaço onde operam diversos níveis de ações e instituições políticas - nas quais o sujeito participa como ator em funções e onde se encontram diversos sistemas e subsistemas estruturados, com determinações políticas, simbólicas, científicas – e que se constitui numa relação de produção de novas formas de poder, saber e direitos.

O controle social, como um campo político cidadão, pode ser ampliado pela participação democrática de alta intensidade, crítica e transformadora. Não há campos nem sistemas sem sujeitos (DUSSEL, 2007). O campo, longe de ser uma estrutura passiva, se constitui em espaço político de: trocas, cooperações, conflitos e de interações complexas, dinâmicas, bifurcadas e muitas vezes contraditórias entre os diversos grupos de interesse, de hierarquização e de manobras em que os sujeitos expressam suas relações de poder estruturadas em consensos, alianças ou inimizades.

O controle social numa concepção positiva do poder (assumido como um desafio teórico crítico), tomando como referência o pensamento de liberdade, como uma dimensão central da vida e da humanidade, pode, quem sabe, nos auxiliar a compreender os projetos políticos em curso no hemisfério Sul, de reconstrução democrática do Estado com participação social e política dos povos tradicionalmente dominados e excluídos do poder.

A participação democrática nos Conselhos de Saúde

No Brasil, esses espaços institucionalizados de participação social no SUS constituem-se em importantes canais para fomentar a efetiva participação da sociedade civil na construção de formas inovadoras de gestão pública, incorporando forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e suas necessidades (GERSHMAN, 2004; GOHN, 2004). Reitera-se que o controle social pela população é fundamental para a reorientação do modelo de atenção com enfoque nas necessidades de saúde das pessoas.

Portanto, é importante compreender e analisar o espaço do controle social, ainda que institucionalizado, como espaço político que põe em cena interesses, imaginários, representações e práticas. É uma situação de partida para a participação cidadã e o controle público, não de chegada. É o exercício de criação de uma nova cultura política de representação democrática e de governança (gestão e planejamento) sobre as coisas do Estado (políticas públicas).

Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde (BRASIL, 2006a). Dessa forma, são considerados espaços deliberativos integrantes da estrutura político-institucional do Sistema Único de Saúde do Brasil (LABRA, 2005).

A competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e 453 de 2012), que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários (BRASIL, 1992; BRASIL, 2006b).

A resolução nº 33 recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Sugere ainda reuniões com a periodicidade de pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local (BRASIL, 1992).

A resolução nº 333 procura fortalecer a representatividade dos Conselhos, apresentando uma lista mais ampla de entidades que poderão representar

usuários. Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos conselhos, inclusive de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas (BRASIL, 2006b).

A resolução nº 453 procura ampliar a autonomia dos Conselhos à medida que inclui como atribuição a avaliação da organização e do funcionamento SUS, o exame de propostas e denúncias de irregularidades, respondendo no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciando recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias. Além disso, terá poder de decisão sobre o seu orçamento (BRASIL, 2012).

As atribuições legais e políticas dos Conselhos de Saúde vêm sendo legitimadas nas reuniões dos próprios Conselhos, nos encontros e plenárias regionais, estaduais e nacionais de conselhos e conselheiros. Passam também por permanentes negociações entre os interesses específicos de cada segmento representado no Conselho de Saúde e, por maior clareza, nas relações entre o controle social e o gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de atuação – municipal, estadual e nacional – e outras instâncias da política de saúde.

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) têm representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a representação dos usuários nos conselhos é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. O número de conselheiros é indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei. As vagas são distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Os representantes no Conselho de Saúde são indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos ou entidades, de acordo com a sua organização

ou de seus fóruns próprios independentes. O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações.

As entidades representadas nos Conselho de Saúdes são de natureza diversa, destacando-se as associações de portadores de patologias e deficiências e as associações de moradores de bairros e de favelas. Em muitos Conselhos de Saúde, se fazem representar os sindicatos de trabalhadores urbanos ou rurais, agregações, como as das mulheres, e os “clubes de serviço”, como o Rotary Clube. Por outro lado, apesar de sua importância central, a medicina empresarial privada, da qual o SUS compra serviços, tem discreta presença nos Conselhos de Saúde (CONASS, 2003).

O tema da representação nos Conselhos de Saúde ainda gera muitas controvérsias, devido à busca por mecanismos que permitam alcançar uma paridade igualitária entre os segmentos, bem como garantir a idoneidade dos representantes. Como a denominação “usuário” é vaga, as não raras “falsificações” na representação têm efeitos negativos, tanto em termos da democracia interna quanto em relação à legitimidade do Conselho de Saúde.

A literatura consultada sobre os Conselhos de Saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002) apontou que existem muitos problemas de funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Dificuldades derivam também de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas. Por exemplo, de acordo com as normas constitucionais, cabe ao secretário de Saúde, como representante setorial do Poder Executivo nos estados e municípios, a iniciativa de formular e decidir em seu campo de ação. Assim mesmo, de acordo com a prática vigente, também cabe a essa autoridade presidir o Conselho de Saúde.

Tem sido difícil, portanto, evitar que esse gestor imponha suas propostas, manipule as reuniões ou desacute as decisões deliberadas no colegiado dos Conselhos (RIBEIRO, 1997). A isso se soma a complexidade dos assuntos discutidos, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas “leigas” não têm conhecimento, o que tem justificado diversas iniciativas de capacitação de conselheiros: uma espécie de “profissionalização” dos representantes dos usuários, possibilitada, ademais, pela sucessiva eleição ou indicação dos mesmos indivíduos, o que tem permitido que adquiram alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde.

É atribuição legal dos Conselhos e conselheiros a elaboração e deliberação sobre os planos de saúde, constituindo, portanto, o planejamento como estratégia fundamental de participação no controle social cidadão. Portanto, cabe ao Conselho o acompanhamento do planejamento e a gestão em saúde, que são vistos, tradicionalmente, como tarefas dos técnicos ou dos profissionais que detêm o conhecimento científico. Esse argumento muitas vezes é utilizado para definir as prioridades em saúde no município sem a participação dos principais interessados, que são os cidadãos e usuários do sistema e dos serviços. Temos aí uma forma de planejar que não fortalece a participação e o controle social da saúde, como previsto nas leis que regulamentam o SUS (Leis Orgânicas – nº 8.080 e nº 8.142 de 1990).

No SUS o planejamento previsto é ascendente, desde o nível local até o federal, com participação dos órgãos deliberativos, compatibilizando as necessidades dos cidadãos com os recursos previstos nos planos de saúde dos municípios, estados, Distrito Federal e União.

O repasse de recursos do Fundo Nacional adota como critérios a necessidade de planos de saúde e relatórios de gestão definidos em cada esfera de governo. Define ainda, como necessário a cada três meses, que o gestor deverá apresentar e divulgar relatório detalhado, aprovado nos Conselhos de Saúde, contendo, entre outras coisas, o montante e as fontes de recursos

aplicados, auditorias e a oferta e a produção de serviços na rede instalada própria, contratada e conveniada.

O planejamento, para ser ascendente e participativo, deve ser vivo e dinâmico, articulado aos problemas de saúde das pessoas e da comunidade que vive num determinado local, que são cotidianos e variados nas suas origens e consequências. Não pode, nem deve ser apenas um documento que apareça em momentos de aprovação e depois desapareça sem nenhuma avaliação ou apenas uma avaliação formal. A definição dos problemas de saúde deve ser constante e participativa, considerando que cada realidade local pode apresentar problemas distintos uns dos outros.

Nesse sentido, o planejamento deveria começar em cada território ou região de saúde para assegurar uma visão mais integral das necessidades da comunidade. A definição das prioridades e dos recursos deve respeitar o princípio da equidade, privilegiando as pessoas e os grupos mais vulneráveis em relação aos problemas identificados e os recursos disponíveis.

O exercício do controle social sobre a gestão do sistema de saúde foi o objetivo primordial que se teve em mente ao idealizar os Conselhos de Saúde. Porém, essa meta é a mais difícil de alcançar, porque implica profundas mudanças na cultura política e cívica do país. De fato, apesar da plena vigência das instituições democráticas, os Conselhos de Saúde ainda apresentam forte clientelismo político, expressado na concessão de benefícios de direito como se fossem favores pessoais, criando-se relações de dependência pessoal assimétricas (FIGUEIREDO, 2001). Esses comportamentos estão enraizados na população, em especial na massa pobre, que acata com resignação seu destino. Por isso mesmo, os Conselhos de Saúde, assim como outros colegiados que vêm proliferando nas mais diversas áreas do governo, adquirem importância crucial, já que constituem um espaço único para o desenvolvimento de atitudes comprometidas com os direitos de cidadania e com o interesse geral.

Ademais, segundo Oliveira (2004), pode-se entender hoje também os Conselhos de Saúde no contexto da *accountability*, que pode ser explicada como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo.

No Brasil ainda é uma novidade esse princípio político/administrativo, e as condições são desfavoráveis em função do alto nível de centralização das políticas, o que dificulta uma relação mais transparente entre o governo, as instituições, o estado e a sociedade.

A ideia de *accountability* social está diretamente relacionada à de controle entre as instituições administrativas, ampliada pela sociedade civil, que vai além do eleitorado, no objetivo de regular determinado comportamento do governo. *Accountability* corresponde à capacidade do estado de preencher a lacuna entre suas ações e as expectativas de eficiência por parte dos cidadãos que demandam essa responsabilidade dos agentes e organizações não governamentais.

É uma ação que deve ser vista não apenas na esfera da cobrança individual, em um jogo de perguntas e respostas nas relações cotidianas, e sim como um processo, em particular no caso do SUS, em que o cidadão ou suas organizações possam efetivamente conhecer e cobrar as responsabilidades das esferas públicas. (OLIVEIRA, 2004, p. 4).

De acordo com Romzeck e Dubnick (1987), *accountability* na administração pública envolve os meios pelos quais as agências públicas e seus servidores atendem às diversas expectativas geradas dentro e fora da organização. Para Hallyday (1994), o comportamento dos servidores públicos é

consequência das atitudes das próprias clientelas, portanto, *accountability* está relacionada à organização e participação cidadã consciente dos seus direitos.

A proposta de *accountability* social não se configura como uma sanção administrativa. Sua principal forma de exercício se dá por meio dos mecanismos de sanção simbólica. Ou seja, os atores da sociedade civil articulam se e, por meio da opinião pública, se tornam capazes de, simbolicamente, sancionar administrativamente o governo (SANTOS, 2010).

Assim, podemos entender a expressão *accountability* como um processo que invoca responsabilidades objetivas e subjetivas das instituições e dos responsáveis pelo seu funcionamento, por meio da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Os Conselhos de Saúde estariam à altura, em função do seu papel, de induzir responsabilidades governamentais, aproximando as decisões públicas às expectativas dos cidadãos (OLIVEIRA, 2004).

Ressalte-se que, em 2003, foi criado no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão Participativa (SGP), com o objetivo de estimular e apoiar os Conselhos de Saúde; fortalecer o controle social mediante as Conferências Nacionais de Saúde, da Rede Nacional de Conselhos de Saúde e da capacitação de conselheiros; promover a articulação entre níveis de gestão do SUS e a sociedade; coordenar a Ouvidoria Geral do SUS; realizar fóruns de usuários do SUS; e cooperar com entidades de defesa de direitos do cidadão.

Desafios para o controle social nos 25 anos do SUS

Como estão funcionando os conselhos e as conferências? Como é a representação dos segmentos? Como é feita a eleição? O que é discutido e como se publica suas deliberações? Qual o diálogo que se estabelece com a sociedade, que resultados alcançam?

O cenário da saúde brasileira permite desvelar que esse processo de participação democrática não superou as raízes da desigualdade no setor

saúde e que ter a prerrogativa de deliberativo não tem se mostrado suficiente. A experiência nos mostra que a capacidade de incidência dos conselhos depende de sua legitimidade de representação e do lugar que a política pública ocupa no programa de governo. Os conselhos que conseguem incidir na agenda governamental ou agenda pública são os que têm atores com grande força política, ou seja, de proposição, mobilização e negociação.

No dia a dia, a população, em sua maioria, desconhece seus direitos de usuários e o que é e como funciona o Sistema Único de Saúde. Essa falta de consciência sanitária e política debilita a atuação coletiva e sistemática pelo direito à saúde por parte desses sujeitos. Apesar dos limites e contradições, esses mecanismos ainda se apresentam com potenciais concretos de criar resistências á redução do papel do Estado na promoção de políticas sociais.

Outra crítica que pesa sobre esses mecanismos de participação é que essas instâncias de participação não respondem ao cotidiano imediato das pessoas, a participação está, para os sujeitos politicamente organizados e para as entidades de representação de segmentos, sustentada numa estrutura vertical que leva ao distanciamento das bases e perda de legitimidade frente aos segmentos que os fazem representar. Essa forma de participação exclui novos atores e novas agendas, sendo necessário alterá-la para ampliar as vozes nessa arena política, tornando-as mais representativas da diversidade de atores que estão na sociedade.

Para muitas organizações, movimentos, estudiosos e militantes, está claro que a participação em espaços formais não substitui as manifestações de rua, pois estas resgatam e fortalecem lutas coletivas por democracia e cidadania. As manifestações de rua ocorridas em julho de 2013 questionaram essa forma de participação social.

Os Conselhos, no âmbito nacional, são constituídos predominantemente por representantes do sexo masculino, de raça branca, com renda e nível de escolaridade maior que a média nacional, e oriundos de regiões e estados mais

desenvolvidos. Na esfera municipal, onde a pauta está associada a problemas do cotidiano familiar e comunitário, a situação se inverte. As mulheres são a maioria a participar desses espaços.

Nesses últimos 25 anos, a institucionalização da participação social foi incorporada em outras políticas públicas. Novos conselhos foram criados, outros reativados, e muitas conferências temáticas foram inauguradas, como as políticas de assistência social, promoção da igualdade racial, idosos e aposentados, LGBT, juventude, cidades, dentre outras. Em muitas dessas instâncias de participação, desde a eleição do governo Lula e Dilma, percebe-se um ambiente que possibilita o compartilhamento de projetos entre governo e sociedade civil, ainda que sob um ambiente de disputa de concepções.

Esse processo ajudou a estruturar um sistema de participação e de políticas públicas. Muitas delas já aprovadas em conferências passadas, outras se sobrepondo e até mesmo se contradizendo. Seja por pressão popular ou por convergência de interesse entre governo e sociedade civil, muitas dessas propostas se tornaram base para a formulação das políticas de saúde. A dificuldade dos conselhos está, contudo, em monitorá-las.

Os Conselhos de Saúde, para atuar adequadamente em respostas aos inúmeros desafios colocados, precisam de reformulação. Seu formato institucional atual ainda reproduz uma matriz cultural que não ajuda a construir a democracia participativa, muito menos o SUS que queremos. É preciso analisá-lo e criticá-lo, ao mesmo tempo em que devemos debater e criar novos modelos á altura da participação social necessária neste século XXI.

É preciso, no dia a dia dos Conselhos, superar a produção de hierarquias entre sujeitos e grupos, reproduzindo distanciamentos entre os segmentos representados, assim como a centralização de poder e de representação, deixando de estimular o exercício da democracia interna. É preciso ainda que inovemos em formas de participação direta, garantindo o envolvimento da

comunidade com as necessidades da população residente, reconhecidas as diversidades e capacidades locais.

Temos que impedir a supervalorização do conhecimento técnico em detrimento do saber popular e político, o que exclui ou diminui a participação de amplos segmentos sociais, gerando o distanciamento de importantes sujeitos políticos. Outro desafio importante para avançar e fortalecer o controle social é a inclusão do debate das questões intersetoriais que influenciam o perfil de saúde da população. É preciso desburocratizar os processos políticos e lutas sociais no âmbito dos Conselhos de Saúde.

Alterar essa situação é necessário e urgente. A mudança só será possível se o controle social na saúde for efetivamente autônomo, paritário, diverso, democrático e deliberativo. Só será possível se rompermos o isolamento. Precisamos exercitar a intersetorialidade do controle social na saúde, articulando o CNS com os demais conselhos de políticas públicas e órgãos de controle das ações públicas, unindo esforços para tornar o Brasil um país mais justo, democrático, solidário e sustentável.

Referências

ALVAREZ, M. C. *Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 168-176, jan./mar. 2004.

ANDRADE, R. F. *Relações de poder na Política Nacional de Saúde Bucal*. Goiânia: Editora UFG, 2009.

ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

BOURDIEU, P. *L'ontologie politique de Martin Heidegger*. Paris: Minuit, 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 18055, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 131, n. 10, Seção 1, p. 523-524, jan. 1993.

_____. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 109, Seção 1, p. 138, jun. 2012.

BRICEÑO-LEON, R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 141-147, 1998.

CANTOR, R. V. *Los economistas neoliberales: nuevos criminales de guerra*. Caracas: Centro Bolivariano, 2005.

COHEN, S.; SCULL, A. Introduction: social control in History and Sociology. In: _____. *Social control and the State: historical and comparative essays*. Oxford: Basil Blackwell, 1985. p. 1-14.

_____. (Ed.). *Social control and the State: historical and comparative essays*. Oxford: Basil Blackwell, 1985.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

DALLARI, S. G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-40, out./dez. 1996.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: OMS; UNICEF. *Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata (URSS), set. 6-12, 1978.

DUSSEL, E. D. *Ética de la liberación*. Madri: Trotta, 1995.

_____. *Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão*. 3. ed. São Paulo: Paulus, 2005.

_____. *20 teses de política*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; Expressão Popular, 2007. 178 p.

FIGUEIREDO, J. E. S. A. de. *Comunidade cívica, capital social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. 2001. 13 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)—Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.670-1.681, nov./dez. 2004.

GOHN M. G. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JUNIOR, O. A.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. (Ed.). *Governança democrática e poder local*. Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 57-93.

HALLIDAY, T. L. Retórica e política: a questão da responsabilidade. In: MATOS, H.(Org.). *Mídia, eleições e democracia*. São Paulo: Scritta, 1994.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Ed.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, maio/ago. 2004.

PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

ROMZEK, B.; DUBNICK, M. Accountability in the public sector: lessons from the Challenger Tragedy. *Public Administration Review*, v. 47, n. 3, p. 227-238, 1987.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente, contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2002. v. 1. 415p.

_____. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. *Rev. crít. ciênc. soc.*, n. 80, p. 11-43, mar. 2008.

_____. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SANTOS, K. S. *Conselho local de saúde: um arranjo híbrido no caminho da participação*. 2010. 68 f. Monografia (Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais)—Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos de Goytacazes, RJ, 2010.

CAPÍTULO 3

Planejamento participativo em saúde: teoria e prática

Antônio José Costa Cardoso

Márcio Florentino Pereira

Helena Shimizu

Introdução

Neste capítulo, discutiremos três processos de planejamento participativo, todos referentes à mesma realidade sanitária e desenvolvidos no mesmo ano de 2009, à luz de um marco teórico com o qual vimos operando ao longo dos últimos anos. Essa teoria que tem nos orientado em nossas experiências concretas de planejamento tem sido construída, em grande medida, a partir dos ensinamentos de Carlos Matus.

Não trabalhamos, entretanto, a partir de uma metodologia rígida do tipo “receita de bolo”, mas com certo método, que é auxiliar, e não o centro do processo do planejamento. O centro do processo de planejamento é uma necessidade social, a partir da qual se constrói uma “lógica”, uma “metodológica”, visando a elaboração e implementação de um Plano de Ação em uma dada realidade problemática.

Pode-se dizer, portanto, que, afora alguns princípios definidores daquilo que estaremos denominando de Planejamento Participativo em Saúde, tudo o mais se subordina aos objetivos e contexto de realização dos planos em

questão. Como se poderá analisar, as técnicas é que se adequam ao perfil dos atores participantes, ao tempo disponível para o trabalho e ao conhecimento prévio dos atores sobre a problemática.

O marco teórico de referência será reconstruído e apresentado, valendo para o conjunto das experiências relatadas. As experiências relatadas correspondem à construção do Plano Diretor de Vigilância em Saúde do Distrito Federal 2010-2014, do Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2010-2014 e do Plano de Desenvolvimento Institucional do Conselho Regional de Saúde do Paranoá 2010-2011.

Embora não se pretenda apresentar uma “receita de bolo”, mas, ao contrário, demonstrar a complexidade constitutiva de nosso objeto de trabalho e estudo, o esforço didático obrigou certa organização textual que vem reforçar certa ordem lógica e certa sequência de passos que, compreendida acriticamente, poderia sugerir certa metodologia de planejamento participativo aplicável a qualquer contexto.

Quanto à sequência do texto, apresentaremos, primeiro, os conceitos subjacentes à teoria e, depois, o método de planejamento propriamente dito, exemplificado em sua aplicação: herdeiro do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus, mas, igualmente, das críticas que lhe foram feitas por Mário Testa, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Javier Uribe-Rivera.

Breve histórico do planejamento

Segundo Teixeira (2003),

o Planejamento em saúde tem sido objeto de vários estudos e pesquisas realizadas no âmbito da Saúde Coletiva no Brasil, podendo-se identificar diversas abordagens a esse tema, cada uma das quais enfatiza determinados aspectos do planejamento.

Uma primeira perspectiva é constituída pelo conjunto de estudos que resgatam o desenvolvimento histórico do Planejamento em saúde na América Latina e lançam um olhar crítico sobre sua teoria e metodologia, notadamente a obra de Mario Testa e Carlos Matus. Essa perspectiva Teixeira (2003) classifica como um “esforço de desenvolvimento de uma Epistemologia do planejamento”.

Representante dessa linha inaugurada nos anos 1980, no âmbito acadêmico, Paim (2002, p. 411) refere-se a sete momentos do movimento ideológico pelo planejamento em saúde na América Latina (AL):

- 1) 1960-1965: correspondeu ao surgimento do movimento ideológico da planificação na AL e à “elaboração” da técnica CENDES-OPS, que imaginava o planejamento nacional como um somatório dos planejamentos locais por “áreas programáticas” (com “ênfase normativo”, a partir da microeconomia).
- 2) 1966-1970: foi o momento da “difusão e autocrítica”, quando foram realizados cursos e publicados diversos documentos sobre o tema, mas também formuladas as primeiras autocríticas sobre os limites do planejamento normativo.
- 3) 1971-1974: representou um momento de “revisão” dos enfoques, conceitos e metodologias, realizada pelos próprios técnicos da OPS, quando se aprofundaram as críticas, “diante dos fracassos identificados nos países da AL”. “Propôs-se, então, a agilização do sistema de informações e a modernização das estruturas administrativas das instituições” (PAIM, 2002. p. 32).
- 4) 1975-1980: momento de “reatualização”, marcado que foi pela publicação do documento “Formulación de las políticas de salud” pelo CPPS/OPS, que desloca o planejamento da microeconomia para a macropolítica, permitindo, assim, tematizar o poder e suas configurações no setor saúde.

- 5) “Primeira metade da década de 1980”: foi o momento da “produção teórica”, por meio da crítica ao planejamento normativo (MATUS, 1982) e da emergência do planejamento estratégico em saúde (TESTA, 1981).
- 6) “Segunda metade da referida década”: foi o momento da “produção metodológica”, marcado pelo desenvolvimento da planificação estratégico-situacional de Carlos Matus.
- 7) “Anos 1990” em diante: o sétimo momento teria se caracterizado pela “produção tecnológica”, quando se avançou na experimentação e operacionalização das propostas teórico-metodológicas de M. Testa e C. Matus.

Na América Latina, pois, a grande corrente do pensamento gerada em consequência da crítica ao Planejamento Normativo pode ser englobada sob a denominação genérica de Planejamento Estratégico e está representada principalmente pelos pensamentos de Carlos Matus e Mario Testa. A característica definidora dessa tendência é sua explícita incorporação do político, não como marco referencial, mas como parte de seu objeto específico de trabalho (VILAS BÔAS, 2006) .

“A planificação, por definição, é necessariamente política”, porque um dos recursos que restringem nossas capacidades de produção social de ações são as restrições de poder. A planificação situacional materializa as questões políticas como variáveis e trata de operar com elas.

Uma segunda perspectiva é representada pelos estudos acerca das tendências da pesquisa, ensino e cooperação técnica na área de Planejamento, e Teixeira (2003) a situa em uma “Sociologia ou História da ciência” que toma por objeto o Planejamento em Saúde. A própria Teixeira é uma das principais representantes dessa linha de investigação.

A terceira perspectiva “reflete a existência de uma olhar voltado essencialmente para a prática do planejamento nas organizações de saúde no Brasil”, e Teixeira (2003) faz a sua inscrição na interface entre a teoria e a prática,

na busca de desenvolvimento tecnológico que estabeleça a mediação entre os conceitos, métodos e instrumentos com a ação de sujeitos concretos no âmbito das organizações de saúde, tendo em vista a intervenção sobre problemas, necessidades e demandas políticas em saúde.

É nessa perspectiva que nos inserimos e as experiências que iremos relatar.

Na prática dos serviços, Teixeira (2003) destaca que o processo de construção do SUS ampliou e diversificou os objetos e sujeitos da prática de planejamento, podendo-se identificar, pelo menos, três espaços privilegiados de exercício do planejamento, que podem ser compreendidos como integrantes de um “sistema de planejamento em saúde (BRASIL, 2001, 2006 a, b, c)”:

- 1) a área de formulação de políticas voltadas para o enfrentamento de problemas específicos ou para o atendimento de necessidades de grupos específicos;
- 2) o campo do planejamento de sistemas de saúde, impulsionado pela implementação das Normas Operacionais (NOBS, NOAS e Pacto pela Saúde); e
- 3) a área da programação, com a tendência a integrar os “programas especiais” com a “programação local” (“ações programáticas”) no âmbito de sistemas locais de saúde.

No âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, o Sistema de Planejamento precisa responder, necessariamente, a dois

processos institucionais: um primeiro interno ao SUS, transversal em relação aos demais níveis de governo do sistema; e outro transetorial, transversal em relação aos outros setores do mesmo nível de governo (municipal, estadual e federal).

Marco teórico de referência

O planejamento tem sido designado, comumente, como um método, uma técnica, uma ferramenta de gestão:

uma técnica gerencial que procura, por meio da análise do ambiente de uma organização, criar consciência de suas oportunidades e ameaças, assim como de seus pontos fortes e fracos, e, a partir daí, traçar os rumos ou direção que essa organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades, potencializar seus pontos fortes e minimizar ameaças e riscos. (PORTO, 1998).

Seu produto é o “Plano Estratégico” para um horizonte de tempo determinado.

Invertendo os termos da equação de muitas das teorias da Administração, Matus compreende a gestão como um momento (tático-operacional) do processo, mais amplo, de planejamento, e não o planejamento como método, ferramenta, instrumento da gestão. A depender do grau de formalização do “cálculo que precede e preside a ação”, o seu produto pode ou não estar estruturado na forma de um “Plano Estratégico”.

Com raízes no marxismo, Carlos Matus procedeu a uma aguda crítica ao Planejamento Normativo, construindo sua proposta sobre a noção de “situação”, definida como sendo o lugar social onde está situado o ator que planeja e a ação, compondo uma “totalidade complexa”. O planejamento é, para Matus, um traçado de mudanças situacionais em um contexto de forças sociais oponentes, portanto “ação estratégica”.

Os pontos de partida são uma situação inicial (S_i) e um ponto de chegada, uma situação-objetivo (S_o), à qual pode-se chegar por diferentes trajetórias que implicam situações intermediárias diversas. Sobre essas bases, Matus (2003) analisa as condições para a construção da viabilidade política.

Pode-se dizer que, para Matus (2003), todo processo de planejamento tem a pretensão de ampliar a “capacidade de governo” (conjunto de destrezas, experiências, habilidades, teorias e métodos de direção que uma equipe de governo dispõe), dar-lhe “direcionalidade” e, por essa via, ampliar a “governabilidade” (relação entre as variáveis que controla e que não controla) da organização, visando o cumprimento de algum “projeto de governo”, o que corresponde ao “triângulo de governo”.

O planejamento deve resolver, na opinião de Matus, quatro grandes questões cujo enfrentamento corresponde a quatro “momentos” de um “processo contínuo”, apresentados no quadro 1, a seguir. Esses momentos do PES não correspondem a etapas: pode-se adentrar no planejamento pelo seu momento tático-operacional, por exemplo, avaliando ações já finalizadas ou em desenvolvimento.

Quadro 1: Momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Questões a serem enfrentadas	Momentos do PES
1) Qual é a nossa “situação” (“a realidade a partir de várias perspectivas situacionais”, “explicações situacionais por problemas” e “explicação situacional de síntese”)?	Momento explicativo: como foi, é, tende a ser?
2) Para onde queremos ir? Quais as metas a atingir? O que devo fazer?	Momento normativo: como deve ser?
3) Qual é a viabilidade do nosso Plano (considerando-se os desafios representados pelas restrições de recursos e pelos obstáculos colocados)?	Momento estratégico: o que pode ser?
4) O que devo e posso fazer hoje, e todos os dias quando forem hoje, para que avancemos em direção à nossa situação-objetivo?	Momento tático-operacional: o que fazer?

Mário Testa, cuja referência é o processo político argentino, embora considere a intenção de Matus “cheia de originalidade e atitude construtiva”, acredita “que Matus substitui a normatividade técnico-econômica por uma normatividade política, o que reduz a eficácia de sua proposta” (1992, p. 108). A principal crítica de Testa a Matus é, fundamentalmente, uma crítica histórica porque, apesar de concordar com a necessidade de “continuidade entre história e plano”, não compartilha da visão de Matus de se colocar em posição de “dirigir as forças consideradas progressistas, entendendo que estas não estão, de fato, bem identificadas” (1992, p. 109).

Questões de método

Segundo a práxis do Planejamento Participativo, a organização se constrói a partir de Planos de Ação formulados da forma mais participativa possível, como parte de um processo contínuo de aprendizagem organizacional operado por mecanismos de ajustamento mútuo, que possibilitam aos seus membros trabalhar com objetivos comuns, embora parciais e provisórios, em um ambiente complexo e em permanente evolução.

Esses planos podem ser de curto, médio ou longo prazo, mas o que interessa aqui é defini-los como projetos de intervenção na realidade. A planificação situacional opera com quatro instâncias temporais articuladas e interdependentes: planificação na conjuntura (o cálculo que preside a ação no dia a dia); planificação anual operativa (ou plano de ação anual); planificação para o período de governo (ou de médio prazo); e planificação a longo prazo (cuja função é antecipar o futuro que queremos).

A despeito da dificuldade de se identificar um modelo único de planejamento aplicável a todo e qualquer contexto, pois “cada âmbito problemático requer um método particular dentro do método geral estabelecido” (MATUS, 1989), o processo pode ser dividido em quatro etapas (ou “momentos”, como preferia Matus):

- 1) construção da missão institucional;
- 2) análise de situação (Momento Explicativo de Matus);
- 3) desenho do Plano Estratégico (Momentos Normativo e Estratégico de Matus);
- 4) gestão estratégica do plano (Momento Tático-Operacional de Matus).

Embora tenha sido esse o desenho geral utilizado nas experiências relatadas a seguir, não se pretende apresentar aqui uma “receita de bolo”, mas, ao contrário, demonstrar a complexidade de nosso objeto de trabalho e estudo. O método é auxiliar e não o centro do processo do planejamento. Nesse sentido, subordinou-se aos objetivos e contexto de elaboração dos três planos já referidos:

- 1) Plano Diretor de Vigilância em Saúde do Distrito Federal 2010-14 (PDVS);
- 2) Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2010-14 (PDSM);
- 3) Plano de Desenvolvimento Institucional do Conselho Regional de Saúde do Paranoá.

Elaborado a partir de demanda do Projeto VIGISUS II, o Plano Diretor de Vigilância em Saúde do Distrito Federal 2010-14 foi construído de modo bastante participativo por meio de três oficinas de trabalho, de dois dias cada, intercaladas por momentos de dispersão (quadro 2).

Quadro 2: Etapas do processo de elaboração do PDVS

Etapas e objetivos	Cronograma
Oficina I – Objetivo: Construir uma Missão e iniciar a problematização da Vigilância em Saúde no Distrito Federal.	24-25/6/2009
Oficina II – Objetivo: Com base na Missão, analisar as ações em desenvolvimento, identificando obstáculos.	26-27/8/2009
Oficina III – Objetivo: Propor novas Ações Estratégicas e discutir mecanismos de gestão do plano.	16-17/12/2009

Fonte: Plano Diretor de Vigilância em Saúde do Distrito Federal 2010-2011 (DISTRITO FEDERAL, 2011).

A metodologia escolhida para os encontros presenciais foi a problematização da realidade. As atividades desenvolvidas foram: exposições orais seguidas de debates; atividades em pequenos grupos, utilizando-se roteiros com questões problematizadoras; debates e elaborações de sínteses em plenária.

Participaram da 1ª Oficina 95 pessoas, entre gestores e técnicos do Gabinete da SVS, da Diretoria de Vigilância Sanitária (Divisa), Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep), Diretoria de Vigilância Ambiental (Dival), Diretoria de Saúde do Trabalhador (Disat), Centro de Informações e Assistência Toxicológica (Ciat), Laboratório Central do Estado (Lacen), Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos nos Serviços de Saúde (Gepeas) e de instituições parceiras. A 2ª Oficina contou com 73 e a 3ª Oficina contou com 60 participantes.

O Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM) 2010-2014 do DF foi desenvolvido utilizando-se metodologia de planejamento problematizadora da realidade e promotora da participação dos segmentos de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços, por meio de um conjunto de Oficinas de Trabalho, também em três etapas, e do estabelecimento de uma rede de apoio ao processo, com ênfase na “ação comunicativa” e na busca de um “entendimento” entre os atores.

A primeira etapa foi realizada no dia 28/5/2009 das 8 às 18 horas, com 41 participantes entre gestores, técnicos e usuários, além de representantes de instituições parceiras. A segunda etapa correspondeu a oficinas de dois dias realizadas em quatro grupos de unidades nos meses de agosto a novembro de 2009, em espaços diversos:

- 1) grupo I – Caps I (ISM), Caps II (Paranoá e Taguatinga), Unidade de Saúde Mental de Planaltina e Hospital-Dia do HSVP;
- 2) grupo II – Caps AD (Guará, Sobradinho e Ceilândia, em implantação), Nauad, Adolescentro e Compp;
- 3) grupo III – Hospital São Vicente de Paula (HSVP);
- 4) grupo IV – Instituto de Saúde Mental (ISM).

A terceira etapa de elaboração do PDSM foi realizada nos dias 9 e 10 de dezembro de 2009 das 8 às 18 horas, com cerca de 80 participantes entre gestores, técnicos e um número significativo de usuários. Uma última reunião, realizada no dia 6 de maio de 2010, teve como objetivos definir metas para os objetivos estratégicos.

Quanto à elaboração do Plano de Desenvolvimento Institucional do Conselho Regional de Saúde do Paranoá, realizou-se por meio de seis encontros presenciais (totalizando 40 horas) intercalados por momentos de dispersão, correspondendo às mesmas três etapas. Participaram conselheiros (titulares e suplentes), apoiadores do controle social na Regional de Saúde do Paranoá, professores e alunos do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB) e convidados do Conselho.

Planejamento Estratégico e Participativo em Saúde designa, pois, uma teoria e uma prática de gestão de sistemas e serviços de saúde que reconhece a complexidade dos problemas de saúde e enfatiza o diálogo gerador de compromissos e a negociação entre os agentes. Trata-se de excelente ferramenta

para a construção de consensos, compatibilizando as exigências de distintas visões de mundo e interesses dos atores.

O centro do processo de planejamento é uma necessidade social, a partir da qual se constrói uma lógica e uma metodologia visando a formulação e implementação de um Plano de Ação. Como se poderá perceber adiante, as técnicas é que precisaram se adequar ao perfil dos atores participantes, ao tempo disponível para o trabalho (variável crítica) e ao conhecimento prévio dos atores sobre a realidade objeto de planejamento.

Elaboração da missão

A missão da organização é uma declaração de propósitos, ampla e duradoura, que individualiza e distingue o seu negócio e a sua razão de ser, ao mesmo tempo em que identifica o escopo de suas ações em termos de linhas de produtos e clientes (PORTO, 1998). Ela serve para oferecer às pessoas que integram a organização uma unidade de pensamento e direção, consolidando valores e propostas que devem garantir a construção e manutenção da identidade organizacional.

Esse conceito foi muito popularizado no final do século passado pelos “programas de qualidade total”. Embora existam tantos “projetos” quanto “atores” ou suas “coalizões de poder” nas organizações, a ideia de trabalhar com uma missão tem muita força no imaginário dos gerentes e dirigentes do setor saúde (CECÍLIO, 1997). Segundo Cecílio (1997), iniciar o processo de planejamento com a construção ou validação da missão nas organizações de saúde se justifica em função de:

- Oportunidade de construção de importantes consensos acerca da finalidade, clientela, ações permanentes e princípios que servirão de referência para toda a construção posterior (dispositivo para negociação e para o “agir comunicativo”).

- Esclarece, para os trabalhadores e clientes, a singularidade da organização e sua responsabilidade social, com ênfase na satisfação de determinadas “necessidades”.
- Desloca a atenção das equipes dos seus problemas internos para os problemas finais, ou seja, aqueles vividos pelos usuários, o que representa, por si só, um dispositivo de mudança na cultura dominante nos órgãos governamentais.

No seu formato mais completo, uma missão contém quatro “definições fundamentais”:

- 1) a razão de ser da organização, isto é, suas finalidades (por que a instituição existe?);
- 2) seu público-alvo (para quem?);
- 3) suas ações permanentes, isto é, linhas de produtos e serviços oferecidos pela organização que contribuirão para o seu propósito (fazendo o quê?);
- 4) algumas condições de desempenho consideradas essenciais, isto é, valores e crenças da organização que deveriam ser compartilhadas pelos seus membros (como?).

No seu formato mínimo, deve responder em seu enunciado à seguinte pergunta: quais ações (produtos ou serviços) e com quais características a organização se compromete a oferecer para que clientela? As Ações Permanentes e os Princípios complementam a missão, focalizando alvos específicos ligados ao desempenho da organização, e devem ser perseguidos permanentemente, independentemente de restrições temporais ou de recursos.

Aplicação metodológica

Espécie de ponto de partida que, tomando o cliente como centro, vai abrindo toda a função gerencial e reorganizando o processo de trabalho, é bastante recomendável que a definição da missão ocorra por intermédio de um processo participativo, envolvendo todos os segmentos que integram a organização. Não foi por coincidência que o principal objetivo da 1ª Oficina de Trabalho nos três processos de planejamento (do Programa de Saúde Mental, do Sistema de Vigilância em Saúde do DF e do Conselho Regional de Saúde do Paranoá) tenha sido elaborar a missão, primeiro consenso importante a ser construído pelo grupo. Um ou dois turnos de trabalho foram suficientes nas três experiências, secundando a realização de alguma mesa-redonda ou palestra sobre a história e a cultura da organização.

Nos três processos de Planejamento em Saúde referidos a seguir (na Saúde Mental, na Vigilância em Saúde e no Conselho Regional de Saúde do Paranoá), a missão foi construída de forma participativa a partir das quatro definições fundamentais: finalidades, clientela, ações permanentes e princípios fundamentais.

No caso da Saúde Mental do Distrito Federal, inicialmente em três Grupos de Trabalho (GT), depois em Plenária, os participantes elaboraram a Missão do Programa de Saúde Mental (PSM) já na 1ª Oficina de Trabalho.

Quanto à finalidade e clientela, embora compreendendo que o grupo de usuários adultos com transtornos mentais moderados a severos e persistentes deva permanecer uma prioridade do programa, a maioria dos presentes advogou a necessidade de assistir também as crianças e as pessoas com transtornos psiquiátricos menores, cuja prevalência é “alta e crescente”, bem como os “indivíduos desfilados socialmente e com uso abusivo de drogas”. Noutras palavras, gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental optaram por definir uma Finalidade (F) ampla e uma Clientela (C) abrangente para o PSM: “Garantir atenção integral em saúde mental às pessoas portadoras de sofrimento psíquico residentes no Distrito Federal”.

Quanto às linhas de ação e aos princípios do PSM do DF, realizou-se importante discussão à luz do ideário da Reforma Psiquiátrica no Brasil, de inspiração italiana, e da proposta de organização do sistema de saúde mental expressa na Lei 10.216 e nas deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Foram, então, definidas, inicialmente de forma preliminar, três linhas de ação que, segundo o grupo, deveriam se tornar permanentes (AP):

- AP1) Organizar a rede de cuidados em saúde mental do DF: inserindo-se na Atenção Básica, incrementando os serviços substitutivos e reduzindo a necessidade de internação em hospitais psiquiátricos.
- AP2) Promover a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos mentais e a corresponsabilização da família e da comunidade.
- AP3) Gerir, de forma eficiente e participativa, o Programa de Saúde Mental do DF, valorizando os trabalhadores de saúde e os usuários.

Cinco princípios (P) fundamentais foram construídos à luz da Declaração de Caracas (1990), marco fundamental da Reforma Psiquiátrica nas Américas:

- P1) Respeito à dignidade e aos direitos humanos e civis das pessoas portadoras de transtornos mentais.
- P2) Reconhecimento da AB como espaço privilegiado para a garantia da atenção integral em SM.
- P3) Revisão do papel do hospital psiquiátrico e valorização de serviços de base comunitária.
- P4) Práticas assistenciais interdisciplinares promotoras da autonomia e da permanência da pessoa portadora de transtornos mentais em seu meio.
- P5) Trabalhadores capacitados, valorizados, assistidos em sua SM e sensibilizados em torno da Reforma.

Por fim, em Plenária, a partir dessas quatro definições fundamentais, aprovou-se a redação final da missão (M) do PSM, com o desejo de que possa ser duradoura:

Garantir atenção integral em Saúde Mental às pessoas portadoras de sofrimento psíquico no Distrito Federal por meio da ampliação e qualificação da rede de cuidados e da redução de leitos em hospitais psiquiátricos, promovendo a reinserção social dos pacientes institucionalizados e a defesa dos seus direitos humanos e civis.

Quanto à elaboração da missão do Sistema de Vigilância em Saúde, correspondeu, igualmente, ao principal objetivo da 1ª. Oficina de planejamento: após a realização, pela manhã, da mesa-redonda “A Vigilância em Saúde no Brasil e no Distrito Federal: estrutura, finalidades, projetos em desenvolvimento e desafios”, os participantes (gestores e técnicos) foram divididos, à tarde, em sete Grupos de Trabalho (GT) e depois reunidos em Plenária para esse primeiro consenso.

Embora nomeie estruturas do SUS em diversos níveis de governo, a Vigilância em Saúde é um conceito em construção. Seu objeto nos remete a um conjunto de ações e serviços que visam monitorar a situação de saúde da população e seus determinantes, com a finalidade de subsidiar a formulação das políticas públicas e a gestão do Sistema de Saúde e aumentar o nível de conhecimento da população, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida.

Finalidades (F) e clientela (C):

- F1) Proteger a saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população residente no DF.
- F2) Subsidiar a formulação e execução de políticas públicas, a gestão do Sistema Único de Saúde e o controle social.
- F3) Contribuir para a ampliação da consciência sanitária e para a adoção de atitudes e comportamentos saudáveis pela população.

Ações permanentes (AP):

- AP1) Análise da situação de saúde da população do Distrito Federal.
- AP2) Coordenação das ações de promoção da saúde.
- AP3) Eliminação ou redução de riscos.
- AP4) Controle de agravos e seus determinantes.

Princípios e valores fundamentais (P):

- P1) Integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade das ações.
- P2) Desconcentração e territorialização das ações com enfoque nos problemas de saúde.
- P3) Práticas humanizadas e valorização dos trabalhadores de saúde.
- P4) Compromisso com a qualidade no trabalho.

Missão (M):

Analisar permanentemente a situação de saúde, prevenir agravos e controlar os seus determinantes, visando subsidiar as políticas públicas, promover e proteger a saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população do Distrito Federal.

Quanto à missão do Conselho Regional de Saúde do Paranoá (CRSPa), também foi construída por meio de processo participativo após duas mesas-redondas inspiradoras: “Quem somos nós? Breve histórico do Conselho” e “O Controle Social no Brasil – Desafios e perspectivas”. Inicialmente em três GT, depois em Plenária, os participantes elaboraram, visando a construção de um consenso, a missão do CRSPa a partir das mesmas quatro definições fundamentais, já referidas anteriormente.

Finalidades (F) e clientela (C):

- F1) Promover a participação social da população no Conselho.
- F2) Fortalecer a gestão participativa na Regional de Saúde do Paranoá.
- F3) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população residente na Região de Saúde do Paranoá.

Ações permanentes (AP):

- AP1) Levantamento das necessidades da população.
- AP2) Mobilização da comunidade em defesa do SUS.
- AP3) Comunicação social (“comunicar à população sobre as ações do Conselho”).
- AP4) Contribuição à formulação de políticas públicas de saúde.

AP5) Reivindicação, fiscalização e controle da implementação das políticas de interesse à saúde.

Princípios e valores fundamentais (P): “os mesmos princípios do SUS”.

Missão (M):

Construídas duas opções finais, alternativas, pelo facilitador metodológico, foi definida a seguinte redação final pelos Conselheiros:

Promover a participação comunitária por meio de ações de comunicação e mobilização social e contribuir para a formulação e controle da execução das políticas públicas de interesse à saúde, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a melhoria da qualidade de vida da população residente na Região de Saúde do Paranoá.

Observe-se que um desafio desse “momento” de construção da missão é conseguir uma redação final sintética e elegante (se possível, memorizável, inclusive), que seja o mais consensual possível (capaz de agradar a todos) e traduza, adequadamente, a organização, sua finalidade, ações permanentes, clientela e princípios.

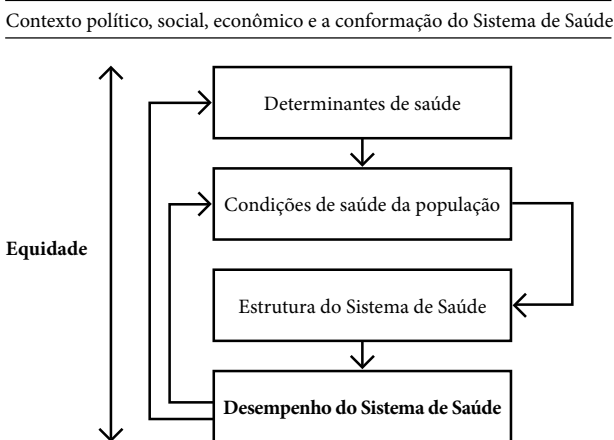
Do ponto de vista operacional, sugere-se, sempre que possível, iniciar os trabalhos a partir de alguma proposta de missão a ser “validada” e garantir algum tempo ao(s) facilitador(es) metodológico(s) para a consolidação prévia da produção dos GT antes de sua análise e aprovação em Plenário.

Análise de situação

O Momento Explicativo, isto é, a “análise de situação”, corresponde à construção de um diagnóstico, um conjunto de informações básicas que orientarão a formulação do plano. O centro do processo de planejamento é uma necessidade social. Em se tratando de uma necessidade no âmbito da saúde, pode-se dizer que se refere a um “problema de saúde”, aqui definido como uma situação que se afasta negativamente de determinada referência: padrão de qualidade, meta ou expectativa justificada. Pode ser classificado como problema de saúde das populações e problema dos serviços de saúde.

A análise de situação insere o diagnóstico de saúde em seu contexto social, político, econômico e cultural, buscando identificar problemas prioritários para a organização, bem como os fatores que determinam a situação considerada insatisfatória, na perspectiva de construir uma visão integrada da situação, isto é, da “totalidade”. A análise integrada das condições de saúde da população e seus determinantes, o que inclui a estrutura e desempenho do sistema de saúde, visa construir uma visão integrada da evolução da situação de saúde da população (figura 1).

Figura 1: Modelo explicativo das condições de saúde da população



Fonte: Adaptado de Viacava et al. (2004)

Análise das condições de saúde

De maneira geral, a análise das condições de saúde da população-alvo visa:

- a) compreender a evolução do quadro epidemiológico e identificar seus determinantes histórico-estruturais e comportamentais;
- b) estabelecer uma hierarquia de fatores de risco e vulnerabilidades aos agravos considerados mais relevantes;
- c) identificar as populações mais vulneráveis aos agravos considerados mais relevantes e as situações de risco sanitário a serem priorizadas.

Observe-se que o foco dessa análise é dependente da definição da clientela feita no momento anterior, quando da construção da missão. No caso do Programa de Saúde Mental, essa clientela são as “pessoas portadoras de sofrimento psíquico residentes no Distrito Federal”; no caso do Sistema de Vigilância em Saúde é a “população residente no Distrito Federal” e no caso do Conselho Regional de Saúde do Paranoá foi definida como “população residente na Região de Saúde do Paranoá”.

Do ponto de vista operacional, minimamente sugere-se que esse Momento Explicativo se inicie com alguma exposição dialogada acerca das condições de saúde da população de referência para a organização, seu perfil epidemiológico e principais determinantes da saúde. Se houver a possibilidade de um debate mais sistematizado, sugere-se consolidar a discussão em quadros que sumariem os “consensos possíveis”, o que, entretanto, não chegou a ser feito nos três planejamentos relatados.

Análise da estrutura e desempenho do sistema de saúde

A estrutura e desempenho do sistema de saúde é um fator-chave para o êxito das ações de saúde. Essa etapa de análise de ambiente interno corresponde a um esforço de diagnóstico desse sistema de saúde, buscando construir uma visão integrada das suas características internas. Muito comumente, o objetivo dessa atividade é identificar seus pontos fortes e fracos. As “forças” são situações, tendências ou fenômenos internos à organização que podem contribuir em grau relevante e por longo tempo para o seu desempenho, enquanto as “fraquezas” podem prejudicar esse desempenho.

De uma maneira geral, a análise do ambiente interno visa:

- a) avaliar a estrutura e o desempenho da organização em relação ao cumprimento da sua missão institucional;
- b) identificar e estabelecer uma hierarquia de forças e fraquezas que determinam as potencialidades da organização;
- c) identificar as principais causas dessas forças e fraquezas, principalmente das últimas.

Idealmente, pressupõe um bom conhecimento da organização pelos participantes, podendo ser um sistema de saúde ou uma de suas unidades componentes (quadro 3).

- a) Missão, natureza jurídica e desenho organizacional.
- b) História de conformação do sistema ou do serviço de saúde.
- c) Estrutura do sistema ou do serviço de saúde (capacidade instalada):
 - condução/gestão (capacidade de formulação e implementação);
 - financiamento (captação e alocação de recursos financeiros);
 - recursos humanos, materiais (infraestrutura e insumos) e organizacionais;

d) Desempenho do sistema ou do serviço de saúde:

- acesso (cobertura e oportunidade);
- aceitabilidade e respeito ao direito das pessoas;
- continuidade e integralidade;
- adequação técnico-científica e segurança;
- efetividade;
- eficiência.

Quadro 3: Dimensões avaliativas dos sistemas de saúde

Sistema de Saúde			
Estrutura do Sistema de Saúde			
Condução	Financiamento	Recursos	
Capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas	Montante de recursos financeiros e modos pelos quais são captados e alocados	Conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos, incorporados na operação do Sistema de Saúde	
Desempenho do Sistema de Saúde			
Acesso	Aceitabilidade	Respeito ao direito das pessoas	Continuidade
Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo	Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população	Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas	Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada
Adequação	Segurança	Efetividade	Eficiência
Grau com que os cuidados intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente	Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais	Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados

Fonte: Viacava et al. (2004).

Outros aspectos que devem ser considerados nessa análise do ambiente interno:

- a) sua posição e relevância no contexto das políticas públicas em que se circunscreve;
- b) recursos disponíveis para o cumprimento de sua missão;
- c) capacidade de mobilizar outros recursos;
- d) capacidade de articular forças e apoios políticos na consecução de sua missão.

Obviamente, também aqui o foco da análise é dependente da organização que se planeja. Pode tratar-se de um Programa de Saúde voltado para o enfrentamento de problemas específicos (a exemplo do Programa de Saúde Mental) ou para o atendimento de necessidades de grupos específicos da população (idosos ou mulheres), pode estar referida a uma Unidade de Saúde (um centro de saúde ou um hospital), um Sistema Local de Saúde, uma ONG ou, ainda, um órgão do controle social.

Se houver a possibilidade de uma avaliação da estrutura e desempenho da organização, sugere-se consolidar essa discussão em quadros, o que foi feito em todos os três planejamentos relatados. Se houver a pretensão de aplicar a técnica FOFA no Momento Normativo, recomenda-se fortemente o levantamento de “forças” e “fraquezas” nesta etapa do planejamento. Noutra possibilidade, pode-se avaliar ações já em desenvolvimento, identificando avanços e dificuldades, a exemplo do que fizemos.

Análise do ambiente externo e mapeamento dos atores sociais

O ambiente externo de uma organização inclui todos os fatores externos que podem afetar o desempenho organizacional e até a sua sobrevivência (MORESI, 2001), podendo ser definido como:

- 1) informação que pode se tornar disponível à organização por meio de atividades de busca (levantamento);
- 2) conjunto de recursos dos quais se tem um grau de dependência maior ou menor em função da escassez e do seu grau de concentração ou dispersão;
- 3) meio ecológico que, de modo diferenciado, seleciona certos tipos de organização para sobreviver com base no ajuste mútuo entre organização e ambiente.

Na busca de informações, a organização precisa observar grande quantidade de sinais, bem como diagnosticar as suas causas, para, seletivamente, analisá-los, visando compreendê-los, pois a “organização que não conhece o ambiente externo onde está inserida e a sua potencialidade está fadada ao insucesso por despender esforços redundantes e, muitas vezes, de baixa eficácia” (MORESI, 2001).

Também aqui, se houver a pretensão de aplicar a técnica FOFA no Momento Normativo, recomenda-se fortemente o levantamento de “oportunidades” e “ameaças” nesta etapa do planejamento. Oportunidades “são situações, tendências ou fenômenos externos à organização, atuais ou potenciais, que podem contribuir em grau relevante e por longo tempo para a realização de sua missão ou objetivos permanentes e para o alcance de um bom desempenho” enquanto as ameaças “podem prejudicar o cumprimento de sua missão e o alcance de um bom desempenho” (PORTO, 1998).

A elaboração do plano exige, além disso, a necessidade de explicar a realidade não apenas a partir de nosso lugar situacional, mas também a partir da “visão dos outros”. O que é problema para mim pode ser, inclusive, oportunidade para outro(s) ator(es) social(is). Portanto, não existe uma verdade única para os distintos atores sociais. A explicação do “outro” é parte da realidade que devo explicar, faz parte da “situação”.

Sendo assim, são aspectos que devem ser considerados na análise do ambiente externo:

- a) atores governamentais e não governamentais relevantes para as ações permanentes da organização (seus interesses, expectativas, receios, etc.);
- b) diretrizes políticas do atual governo local e como essas diretrizes afetam a organização;
- c) tendências internacionais e contexto das políticas públicas nacionais que circunscrevem as ações permanentes da organização, incluindo as políticas econômicas e de financiamento setorial.

Se houver a possibilidade de um debate mais sistematizado sobre o ambiente externo à organização, sugere-se consolidar essa discussão em quadros que sumariem os “consensos”, o que, entretanto, não chegou a ser feito nos três planejamentos relatados. Evidentemente, pode-se supor que a relevância dessa exploração do ambiente externo seja bastante variável, a depender da organização que estivermos planejando.

Quanto aos prognósticos sobre a evolução do ambiente externo, relevantes para planos de longo prazo, costumam ser realizados pela adoção de técnicas de cenários. Os cenários são, segundo Porto (1998), “descrições sistêmicas de futuros qualitativamente distintos e dos caminhos que os conectam com sua situação de origem”, e segundo Matus (1993), “conjunto de condições e pressupostos em que se situa o plano”.

O objetivo geral da técnica de construção de cenários é, segundo Schwartz (apud RIVERA, 2003, p. 152), “permitir a formulação de planos para todas as alternativas de futuros possíveis ou imaginados”. No curto e médio prazo, o plano precisa ser modular exatamente porque, diante de mudanças de cenário de cálculo do Plano, podemos introduzir, retirar ou redefinir algumas operações.

O caráter modular do plano permite seu ajustamento racional à realidade, possibilitando-o expandir ou restringir-se, conforme as mudanças vão ocorrendo na realidade, sempre mutável.

Mais importante, portanto, do que conseguir determinar o futuro com precisão, é adotar as decisões presentes sobre as possibilidades de futuro a partir da análise de tendências de longo prazo e da especulação sobre fatos novos e inesperados, utilizando-se técnicas diversas. O resultado esperado é um melhor entendimento dos condicionantes em jogo e das oportunidades de futuro.

“A planificação refere-se, pois, ao presente”, não se refere a um desenho sobre o futuro. Se não estiver estritamente ligada à ação no presente, pode ser literatura sobre o futuro, pode ser futurologia, pode ser história, porém não planificação.

Essa exploração do futuro é imprescindível, porém não é o coração do plano. O coração do plano é a tentativa de governar um processo, e um processo só se governa por meio da ação. Consequentemente, a planificação se refere ao presente, ou não é planificação, e isso lhe dá um grande sentido prático, “não deixa tempo para escrever 18 volumes”.

Por outro lado, como ensina Matus (1989): “A planificação nunca está referida à adivinhação do futuro”. Nessa questão, a planificação estratégica propõe trabalhar com “cenários de cálculo”. Nossa obrigação é ter um plano e uma estratégia para vários cenários que se localizam dentro de extremos aparentemente possíveis.

O desenho dos “cenários de futuro” é, entretanto, apenas um dos momentos da planificação. Tudo o que fazemos para explorar o futuro não tem importância nenhuma se não orienta a ação de hoje. O produto final é a decisão que devo tomar hoje. Contudo, a decisão de hoje não pode ser racional se não transcende o presente, porque o que ocorre depois de amanhã é o que dá eficácia à minha decisão.

Metodologicamente, destaca-se a possibilidade de utilização da técnica Delphi ou de painéis de consulta a especialistas, mas muitas variações metodológicas são

possíveis no sentido de obter conclusões sobre caminhos futuros. Seria razoável supor que esse processo de reflexão sobre o futuro se dê de forma participativa, com o envolvimento dos vários atores sociais que possam contribuir para esse debate.

Identificação, descrição, seleção e análise de problemas de saúde

Evidentemente, não existe uma problemática única ou fórmulas simples que deem conta de compreender o conjunto das variáveis que estão colocadas pela situação de saúde ou pela organização. A compreensão da realidade em sua “totalidade” deve ser perseguida, mas sabendo-se de antemão que nunca será alcançada. Nosso ponto de partida corresponde, pois, à identificação e seleção de problemas relevantes a enfrentar.

A seleção dos problemas relevantes a enfrentar deve ser orientada pela missão da organização e pelo conhecimento da realidade. Antes, porém, será preciso identificar os problemas. Pode-se realizar essa etapa por meio de uma “tempestade de ideias”, em que todos os atores participantes relacionam, o mais livremente possível, problemas de saúde e aqueles que dificultam o desenvolvimento da organização.

Como, em geral, serão muitos os problemas listados, o grupo deve ser convidado a agrupá-los por afinidades e encabeçá-los (cada grupo de problemas afins) por um “problema final” (um problema vivido pelos usuários). Os problemas intermediários aparecerão, inevitavelmente, mais à frente, enquanto “causas” do “problema final”.

Nas palavras de Cecílio (1997):

Podemos dizer que o alvo do plano deve ser sempre os problemas finais e é a modificação destes que mede o seu sucesso. [...] Os problemas intermediários aparecerão, inevitavelmente, mas lidos sob a ótica dos problemas finais que, afinal, são os que interessam.

A descrição dos problemas visa afastar ambiguidades (“do que estamos falando?”) e dar a dimensão do problema que pretendemos enfrentar. O descritor, entretanto, não explica, apenas descreve, mede, quantifica o problema. Se bem formulada, a descrição corresponderá aos indicadores que, na fase de gestão do plano, serão utilizados para seu monitoramento. O sucesso do plano no enfrentamento dos problemas será medido pela modificação dos seus descritores.

O indicador é uma medida, que pode ser quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado. (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2008).

Quanto à seleção dos problemas, segundo Matus (1993), quase nunca o fazemos pela primeira vez, pois “temos uma história que pesa sobre nós”. Explicar a situação presente significa, assim, reconsiderar a validade do conjunto de problemas relevantes com base nos quais viemos conduzindo nossa intervenção sobre o sistema. Pode-se selecionar os problemas utilizando técnicas as mais diversas.

Muito frequente tem sido a utilização de alguma matriz, a exemplo da GUC (quadro 4):

- 1) gravidade dos problemas para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população;
- 2) urgência dos problemas e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados;
- 3) capacidade de enfrentamento dos problemas e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano.

Quadro 4: Exemplo de Matriz GUC para seleção de problemas

Problemas	Critérios (valores de 1 a 3)			
	Gravidade (A)	Urgência (B)	Capacidade (C)	Total (A X B X C)
Problema 1	3	3	3	27
Problema 2	3	2	2	12
Problema 3	2	2	1	4

Declarados, descritos e selecionados os problemas pelos atores participantes, é chegado o momento de analisá-los e explicá-los, entender melhor sua gênese, procurando identificar as suas causas, que, na verdade, não passam de problemas intermediários que estão gerando outros problemas.

Explicar significa compreender o processo de inter-relação entre os problemas, para ter uma visão de síntese dos determinantes que os produz. Esse processo de análise será tão mais rico quanto maior o nível do conhecimento dos participantes sobre o perfil epidemiológico da população e sobre os avanços e dificuldades do sistema de saúde. Também a revisão da literatura especializada pode ser de grande utilidade.

Como, em geral, serão muitas as causas e consequências listadas, o grupo ou o facilitador metodológico deve agrupá-las por afinidades e, utilizando como instrumento o “Fluxograma situacional” (ou a “Matriz de análise de problemas”, uma supersimplificação do método de explicação situacional de Matus), identificar aquelas causas que estão na origem de vários problemas, correspondendo aos nós críticos da rede de problemas selecionados (quadro 5).

Essas técnicas pretendem sistematizar a reflexão sobre as causas de um problema (seus nós críticos) antes de adiantar soluções e reconhecer que esse problema pode ser explicado de diversos pontos de vista. Explicar a situação é identificar os nós críticos da rede sistêmica causal que explica a realidade

sobre a qual atuará o planejador. Esses nós críticos se converterão em centros de intervenção ou aplicação das ações do plano.

Quadro 5: Matriz de análise dos problemas

Problema 1		
Descritores	Causas	Consequências
Descritor 1a Descritor 1b	Causa A (N1) Causa B (N2) Causa C	Consequência A (N3) Consequência B Consequência C Consequência D
Problema 2		
Descritores	Causas	Consequências
Descritor 2a Descritor 2b	Causa A (N1) Causa B (N2) Causa D	Consequência A (N3) Consequência E Consequência F

A explicação situacional é, pois, uma reconstrução simplificada dos processos que geram os problemas relevantes selecionados, de tal forma que os elementos constituintes desses processos aparecem interconectados na geração desses problemas e de suas características particulares. Na análise de um problema ou do conjunto de problemas do plano entram numerosas variáveis ligadas por diferentes tipos de relações. Por isso é preferível um método sistemático de trabalho para desvendar as relações sistêmicas que constituem a explicação do problema (MATUS, 1993).

Aplicação metodológica

Nos três processos de planejamentos, realizou-se a análise de situação por meio de um *brainstorming* em que os presentes relacionaram, o mais livremente possível, os problemas considerados mais relevantes, suas causas

e consequências. É certo, entretanto, que a riqueza da produção coletiva não dispensa o planejador de um bom trabalho de gabinete na consolidação e sistematização dessa produção.

A análise de situação realizada para fins de elaboração do Plano Diretor de Saúde Mental do DF, iniciada ainda durante a primeira etapa, correspondeu a uma avaliação da capacidade instalada e do perfil de atividades desenvolvidas pela rede de Saúde Mental do DF (realizada a partir de uma apresentação das Unidades pelos gestores) e, depois, à identificação, seleção e análise de problemas.

Ainda na 1ª. Oficina, inicialmente em três Grupos de Trabalho (GT), depois em Plenária, os participantes foram solicitados a identificar os “principais obstáculos à redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, à inserção da saúde mental na rede de Atenção Básica e à ampliação da rede de serviços substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos” (GT1), “à reinserção social dos pacientes institucionalizados” (GT2) e “à gestão do Programa e serviços de Saúde Mental” (GT3).

A segunda etapa correspondeu a oficinas de dois dias realizadas por grupos de unidades nos meses de agosto a novembro de 2009, em espaços diversos, quando foram identificados, selecionados e analisados (identificadas suas causas e consequências) 15 problemas pelos quatro grupos de unidades. Esses problemas foram posteriormente reagrupados, pelo facilitador metodológico, em quatro macroproblema (Mp), segundo a similaridade das redes de determinação (figura 2):

Mp1) Dificuldade de acesso aos cuidados em saúde mental.

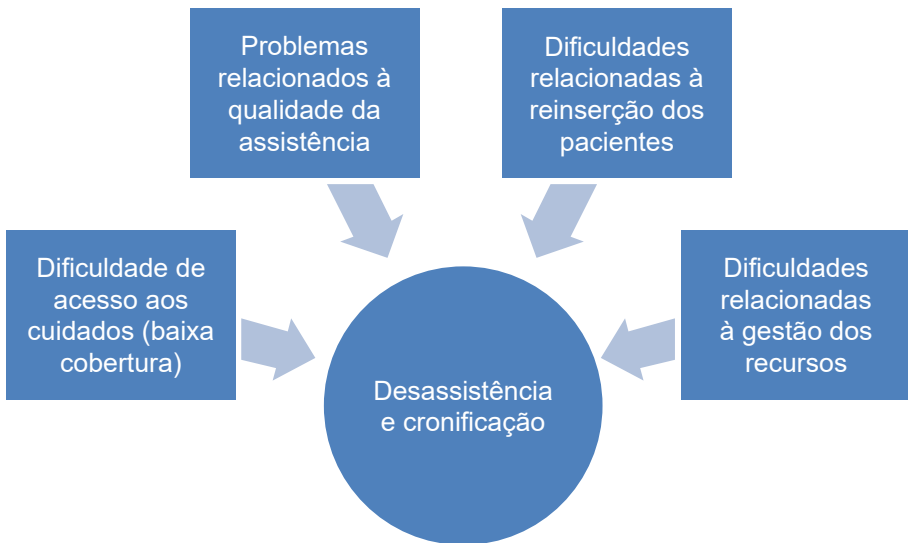
Mp2) Processo de trabalho em saúde mental sem um padrão de qualidade definido.

Mp3) Baixa cobertura e efetividade das ações de reinserção social.

Mp4) Problemas relacionados à gestão.

Para fins de exemplificação, tomemos o segundo macroproblema: “Processo de trabalho de atenção em saúde mental sem um claro padrão de qualidade definido”. Ele correspondeu à síntese de três problemas, dos 15, que estavam fortemente vinculados entre si, assim como a sua solução: “Dificuldade de realizar trabalhos interdisciplinares em equipe multiprofissional”, “pouquíssima utilização de protocolos assistenciais pelos profissionais” e “falta de capacitação dos trabalhadores”.

Figura 2: Modelo explicativo da situação de saúde mental (DISTRITO FEDERAL, 2009).



Fonte: *Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2010-2012*.

A dificuldade de realizar trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional comprometia a “articulação dos trabalhos parcelares” e decorria, entre outras razões, da falta de protocolos e de um programa de educação permanente da equipe (supervisão clínico – institucional), da “falta de coesão das equipes”, “jogos de poder” e da “dificuldade de comunicação interna”: “Não nos conhecemos, nem os serviços, nem trabalhamos em equipe”. Além disso, “interdisciplinaridade é administrar conflitos”: “sem confiança fica difícil”.

Outras causas relacionadas pelos participantes para o referido problema foram: complexidade do tema, formação inadequada para o trabalho em equipe (a formação é disciplinar), organização da SES por categorias profissionais, “medo de confusão de papéis”, comodismo (“Lei universal do menor esforço”), gerando dificuldade de construção coletiva do saber e de fazer circularem os saberes.

Quanto à “pouquíssima utilização de protocolos assistenciais pelos profissionais”, a percepção dos participantes era de que havia desconhecimento acerca dos protocolos assistenciais eventualmente existentes em cada um dos serviços, resistência à implementação e execução dos protocolos (“Não quero que ninguém se meta na minha prática profissional”) e a questão da composição multiprofissional das equipes, que amplia a complexidade da tarefa de elaborar e aplicar protocolos para uma grande variedade de profissionais (inclusive em função das competências definidas pelas respectivas categorias profissionais).

As consequências são danosas: a primeira delas é que dificulta o trabalho em equipe multiprofissional. Mas há também um potencial desperdício de tempo e baixa eficiência dos processos de trabalho, impossibilidade de garantir um padrão de qualidade para o cuidado prestado nos serviços, e é uma forma de não se comprometer (“Cada um faz o seu projeto”).

O problema da “capacitação insuficiente dos trabalhadores em Saúde Mental” foi expresso como “falta de concurso específico para SM”, “de capacitação suficiente em SM na AB”, “de capacitação profissional para o gerenciamento de projetos”; “de formação inicial e educação permanente”; “de supervisão técnica”; “de discussão de casos clínicos entre os profissionais” e “de um programa de cuidado dos cuidadores”. Uma das principais queixas dizia respeito à não efetivação do processo de supervisão clínica prevista com financiamento do MS. A formação profissional é “inadequada” e os cursos promovidos pela SES não eram específicos para Saúde Mental.

Algumas das causas referidas eram de ordem gerencial: dificuldade das unidades na identificação de necessidades de capacitação e falta de

conhecimento acerca dos trâmites burocráticos junto à SES e à Fepecs. Além disso, a lotação de profissionais ocorria sem consultar as preferências e/ou formação e capacitação, gerando servidores pouco comprometidos e despreparados, assim como era recorrente a remoção de servidores capacitados sem que se avaliasse o prejuízo ao serviço, muitas vezes com perda do investimento realizado pelo serviço na capacitação do servidor.

Sem profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias, o resultado era: “má qualidade de serviços, funcionamento fragmentado, serviços personificados, com especial dificuldade em relação à participação dos médicos (num modelo ainda medicocêntrico)” e “baixa rotatividade dos pacientes (dificultando novas admissões e gerando cronificação e institucionalização)”.

Quanto à análise de situação realizada para fins de elaboração do Plano Diretor de Vigilância em Saúde do DF, também iniciada durante a 1ª Oficina de Planejamento, foi decomposta em três atividades: *i)* análise do perfil epidemiológico da população residente no DF; *ii)* avaliação da atual capacidade instalada e desempenho do Sistema de Vigilância em Saúde do DF; e *iii)* identificação, seleção e análise de problemas.

Ainda na 1ª Oficina de Planejamento, inicialmente em cinco Grupos de Trabalho (GT), depois em Plenária, os gestores e trabalhadores foram solicitados a identificar os “principais obstáculos” à concretização da Missão da Vigilância em Saúde no DF. Na 2ª Oficina, após exposições sobre as Unidades de Vigilância – “Missão, organização e funcionamento, ações e projetos em desenvolvimento” –, foram identificados, em um turno, os obstáculos às ações e projetos em desenvolvimento em cada diretoria, quando foram relacionados 39 obstáculos.

Em outro turno, a partir de uma matriz organizadora da produção coletiva que relacionou os 39 obstáculos às ações de Vigilância em Saúde, foram selecionados e analisados 12 problemas por cinco GT e reagrupados pelo facilitador em seis macroproblemas segundo a similaridade das suas redes de determinação:

- MP1) Quadro de pessoal desatualizado, investimento insuficiente na capacitação dos servidores e execução inadequada da avaliação de desempenho.
- MP2) Gestão excessivamente centralizada dos recursos financeiros e materiais.
- MP3) Disfuncionalidades da estrutura organizacional da SES.
- MP4) Desarticulação das ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal.
- MP5) Gestão ineficiente e ineficaz das informações e do conhecimento.
- MP6) Falta de controle social sobre as ações de Vigilância em Saúde.

Tomemos como exemplo o macroproblema “Quadro de pessoal desatualizado, investimento insuficiente na capacitação dos servidores e execução inadequada da avaliação de desempenho”, correspondente a uma formulação-síntese de três dos 12 problemas organizacionais selecionados e analisados.

“Quadro de servidores insuficiente” foi referido como o mais importante obstáculo às ações em desenvolvimento por todas as equipes (Divep, Divisa, Dival, Ciat, Gepeas e Lacen) e à concretização de todas as cinco Diretrizes Estratégicas, tendo sido descrito como “Insuficiência de recursos humanos no nível Regional, mas também no Nível Central” (Divep). A situação do Lacen, entretanto, parece ser a mais delicada, posto que

não recebe novas contratações de pessoal há mais de 18 anos. Vale ressaltar que 40% do corpo técnico está em vias de aposentadoria nos próximos dois anos, sendo que na área de Alimentos e Ambientes, esse percentual é de 80%. Contudo, a solicitação perdura por mais de cinco anos.

Como consequências dessa insuficiência de pessoal, gestores e trabalhadores relacionaram: sobrecarga de trabalho (“acúmulo de tarefas para os

servidores”), desmotivação, adoecimento e pedido de exoneração (“grande rotatividade”), paralisação de atividades vitais, falhas na supervisão técnica, impossibilidade de as equipes assumirem novos projetos e prejuízo da qualidade dos serviços existentes. Visando exemplificar as consequências desse problema para a qualidade dos serviços, tome-se o caso da Divep, onde a insuficiência de RH nos Nuvei tem sido responsável pelo atraso na alimentação dos bancos de dados nacionais:

Entre as causas para essa situação, foram relacionados: falta de priorização da política de Recursos Humanos da SES (“quantitativo, valorização do servidor e sua qualificação”) por parte dos dirigentes do GDF; falta de um mecanismo de reposição de profissionais (“ausência de concurso público para várias especialidades”); inexistência de algumas carreiras na SES; rotatividade dos servidores em função das condições de trabalhos oferecidas; escassez de alguns profissionais no DF (engenheiros e médicos, por exemplo); nomeação de pessoal com qualificação inadequada para cargos importantes na administração (“sem perfil de gestor”) e falta de isonomia para servidores que desenvolvem as mesmas atividades.

O problema da “qualificação insuficiente dos trabalhadores”, referido por várias unidades do Sistema de Vigilância em Saúde do DF como obstáculo relevante para muitas das ações em desenvolvimento, apresenta-se sob dois diferentes aspectos. Um se expressa como insuficiência das ações de capacitação dos trabalhadores, inclusive de “falta de supervisão a nível local, regional e central”. Tome-se como exemplo o Programa de Controle do Dengue da Dival, cujos “agentes de vigilância ambiental (AVA) tiveram a capacitação do Proformar há cerca de quatro anos e nunca mais houve treinamento, havendo muitos servidores que foram treinados pelo profissional antigo”.

Entre as causas dessa “qualificação insuficiente dos trabalhadores”, foram destacados pelos participantes fatores relacionados aos currículos das instituições de formação universitária que não seriam adequados para a VS, mas,

principalmente, a inexistência de um Curso de Formação Básica e de um Programa de Educação Permanente para os trabalhadores da VS com base nas avaliações de desempenho.

Entre as consequências, foram relatadas: desmotivação dos servidores e descompromisso com a qualidade do trabalho que se desenvolve, o que afeta a resolutividade e a credibilidade do serviço.

Observe-se, por outro lado, o caso da Divisa, que relacionou seu Programa de Capacitação como um importante avanço (“mudança de postura do servidor, tanto dos inspetores quanto dos administrativos; elaboração de diversos trabalhos científicos; criação do ‘Inspetor Silva: um Educador Sanitário’, e melhor qualidade no atendimento ao público”): o obstáculo agora é a “baixa adesão de servidores” aos processos formativos, o que se explica como “insatisfação com a inexistência de um mecanismo de valorização desta qualificação profissional”.

Também no caso do Lacen, relata-se “pouca adesão dos servidores aos treinamentos”, mas, neste caso, a justificativa é a “não liberação dos servidores, pois não há substitutos” e a “morosidade na liberação de passagens e diárias”. A Gepeas, igualmente, relata “dificuldade em liberação de servidores” para participação nos cursos que a gerência realiza.

Quanto à avaliação de desempenho dos profissionais, sua execução foi avaliada como “inadequada”. Essa “execução inadequada do instrumento de avaliação de desempenho dos profissionais” decorreria da falta de compromisso do gestor, da ausência de planejamento, da dificuldade (“falta de habilidade”) em executar as avaliações de desempenho, mas principalmente, da sua falta de credibilidade (“sempre foi realizada politicamente, é fictícia”). Contrariamente ao esperado, portanto, avalia-se que o seu efeito termina sendo, na verdade, a “falta de compromisso com a qualidade e não o crescimento do servidor”.

Quanto à análise de situação realizada para fins de elaboração do plano de Desenvolvimento Institucional do Conselho Regional de Saúde do Paranoá,

partiu-se de uma mesa-redonda: A situação de saúde da população residente e do sistema de saúde no Paranoá e em Itapoã. Essa etapa foi igualmente subdividida em: *i)* Análise do perfil epidemiológico; *ii)* Análise da Regional de Saúde e do Conselho Regional de Saúde; e *iii)* Identificação, descrição, seleção e análise de problemas.

Quanto à identificação e seleção de problemas a enfrentar, inicialmente em três grupos, depois em Plenária, os participantes foram solicitados a identificar, selecionar e descrever os principais problemas de saúde vividos pela população do Paranoá. Selecionados 27 problemas, os mesmos foram, então, analisados pelos mesmos grupos e, depois, reagrupados pelo facilitador em seis macroproblemas:

- MP1) Problemas de saúde determinados pela cultura e agravados pela falta de assistência.
- MP2) Problemas de saúde determinados pelo contexto social a demandarem ações intersetoriais de promoção da saúde.
- MP3) Obstáculos à garantia do direito de acesso à atenção integral em saúde.
- MP4) Problemas relacionados à qualidade dos serviços de saúde.
- MP5) Problemas relacionados à disponibilidade/qualidade dos recursos humanos.
- MP6) Baixa capacidade de articulação e mobilização social do Conselho.

Para finalizar, tomemos como exemplo o macroproblema “obstáculos à garantia do direito de acesso à atenção integral em saúde”. A análise realizada pelos participantes (figura 3) foi menos exaustiva do que aquela realizada nos dois outros planejamentos já apresentados, mas suficiente, como se verá, para a tomada de decisão e a formulação do Plano de Desenvolvimento Institucional do CRSPa.

Figura 3: Modelo explicativo do macroproblema 3



Fonte: *Plano de Desenvolvimento Institucional do Conselho Regional de Saúde do Paranoá 2010-2011.*

Sendo os três processos de Planejamento em Saúde referidos à mesma realidade sanitária e desenvolvidos utilizando-se o mesmo método, embora com focos específicos (na Saúde Mental, na Vigilância em Saúde e no Conselho Regional de Saúde do Paranoá), realizamos o cruzamento das três análises de situação na expectativa de “achados” semelhantes.

Pode-se dizer que foram, de fato, muito convergentes as análises realizadas pelos três coletivos concomitantemente ao longo de 2009, o que também demonstra a potência do método, embora tenham variado muito as técnicas e as “perguntas orientadoras” dos trabalhos em grupos ou em Plenária. O que importa, portanto, é manter o foco na lógica: quais são os problemas mais relevantes a serem enfrentados?

Nos três casos apresentados, os problemas identificados e priorizados pelos participantes foram, majoritariamente, relativos à gestão inadequada dos recursos (humanos, materiais e organizacionais), serviços e sistemas de saúde, mas também relacionados à falta de investimento na ampliação, desconcentração e qualificação da rede de serviços públicos de saúde do Distrito Federal nos últimos anos.

A elaboração do plano

Este terceiro momento do planejamento é a instância de desenho do plano, aquela que define como “deve ser” e como “pode ser” a realidade. O plano baseia-se em ideias e recomendações, porém se concretiza em ações que enfrentam problemas. A nos guiarmos pelo PES, pode-se dizer que se trata de conceber a Situação-Objetivo (S_o) e analisar a viabilidade e coerência/consistência das ações propostas.

Em síntese, o plano corresponde a um conjunto de “operações” que enfrentarão um conjunto de problemas, buscando aproveitar um conjunto de oportunidades, sendo que todos podem opinar, pois todos devem opinar sobre os problemas reais que os afetam e as soluções mais eficazes.

No sentido do aprofundamento da sua dimensão participativa, dialógica, democrática, pode-se acrescentar que a instauração de processos de planejamento participativo em nossas organizações contribuiu para uma compreensão mais ampla da “problemática” e das melhores estratégias para o seu enfrentamento.

O enfrentamento de “problemas complexos” obriga-nos a dispor de todas as visões/opiniões que possam contribuir para a compreensão e, solidariamente, para o enfrentamento dos problemas definidos por todos como prioritários. Mas o melhor efeito desse processo participativo advém do compromisso coletivo assumido por todos os participantes, o que confere legitimidade ao plano e facilita a implantação de mecanismos de “cobrança e responsabilização”.

No modelo proposto pelo PlanejaSUS, a Situação-Objetivo corresponde ao conjunto dos Objetivos, Diretrizes (Linhas de ação), Estratégias (Ações) e Metas (BRASIL, 2001), isto é, ao resultado que se espera obter após o enfrentamento dos problemas identificados na análise de situação. Assim, a direcionalidade do plano procura responder a duas perguntas: para onde queremos ir e quais são as metas a alcançar?

Essas são perguntas complexas, que envolvem variáveis políticas, econômicas, sociais, organizacionais, etc. Por essa razão, o desenho de um plano é um ato apenas parcialmente fundamentado nas ciências. Em se tratando de planejamento de, ao menos, médio prazo, pode ser importante construir uma Visão de Futuro e definir Diretrizes Estratégicas para a organização a partir de um “Posicionamento Situacional”.

Momento normativo

“A planificação exige um cálculo situacional” (MATUS, 1989). A planificação supõe um cálculo complexo, orientado por múltiplos recursos escassos que cruzam muitas dimensões da realidade (recursos organizacionais, financeiros, políticos, etc.).

Com base na análise de situação, pode-se estabelecer o *Arco Direcional* $S_i \rightarrow S_o$ do plano que, em síntese, representa a disposição dos atores para o enfrentamento dos problemas centrais da organização e para a construção do seu futuro no horizonte do plano. Cientes de que não dispomos de uma ciência social suficientemente sólida para acertar na análise causal das consequências das decisões que tomamos, devemos entender a planificação como um processo de “aprendizagem-correção-aprendizagem”. Temos de corrigir a trajetória a cada tempo, pois não somos capazes de fazer um cálculo único de toda a trajetória para atingir o objetivo. Planejar amplia a possibilidade de influir nos resultados futuros sem, entretanto, garantir que se tenha controle total sobre os mesmos.

A técnica do Posicionamento Situacional pode ser uma ferramenta gerencial particularmente útil para inibir a dispersão de esforços, a pulverização de recursos e o gerenciamento exclusivo do “varejo”. É global e altamente seletivo. O quadro 6 esquematiza o melhor Posicionamento segundo o predomínio de Forças (*Strenghts*) ou Fraquezas (*Weaknesses*) institucionais no ambiente interno e de Oportunidades (*Opportunities*) ou Ameaças (*Threats*) no ambiente externo, isto é, após a realização de *Análise SWOT (Matriz FOFA)*.

Quadro 6: Posicionamento Situacional a partir da Análise SWOT (Matriz FOFA)

Ambiente externo	Ambiente interno	
	Fraquezas	Forças
Ameaças	Estratégia de sobrevivência (Identificação de muitas vulnerabilidades)	Estratégia de manutenção (Necessidade de ação defensiva)
Oportunidades	Estratégia de crescimento (Debilidade da ação ofensiva)	Estratégia de desenvolvimento (Potencialidade de atuação ofensiva)

A visão de futuro corresponde à descrição de uma S_0 ambiciosa, mas possível de ser alcançada, que expressa uma conquista estratégica de grande valor para a organização. Constitui a consolidação das percepções dos membros da organização sobre o futuro desejado para a organização, num horizonte de longo prazo, à luz de sua missão.

Representando uma “escolha maior”, significa também renúncia, pois não é possível ser todas as coisas o tempo todo. Muitas vezes é necessário abrir mão de algumas “boas” escolhas em prol de outras que, no longo prazo, são “melhores”.

O maior propósito de se definir a visão de futuro para uma organização é o de criar uma imagem que desafie e mobilize todas as pessoas envolvidas na construção dessa conquista. “A visão de futuro é a busca de excelência no

cumprimento da missão, em determinado período de tempo” (SANTOS, 1997). Em termos de sua composição, uma bem concebida visão de futuro consiste de dois componentes: a ideologia e o futuro desejado, definido com base num bom posicionamento situacional.

Uma vez explicada a Situação Inicial (S_i) e esboçada a Situação-Objetivo (S_o), esta como Visão de Futuro (VF) em uma primeira aproximação, resta a definição das “Ações Estratégicas” que, aplicadas sobre S_i , serão capazes de provocar uma mudança situacional que conduza à S_o com uma razoável probabilidade de êxito.

A “ação” é a unidade celular do plano e se conforma por meio de um agrupamento coerente de “atividades” com as quais se busca alterar a realidade. Essas ações são compromissos dos dirigentes com relação a alguns “resultados” que ele anuncia, devendo ser coerentes com a missão, a visão de futuro e a análise de situação.

Cada ação é uma missão atribuída a alguém que controla o meio organizativo de produção que permitirá viabilizá-la. As ações são, pois, compromissos de fazer algo para modificar as características de um ou vários problemas. Esse compromisso deve cumprir os seguintes requisitos:

- a) definir claramente os responsáveis por seu cumprimento;
- b) precisar os meios que se utilizará para alcançar os resultados esperados;
- c) prever os efeitos (impactos, resultados e produtos) esperados;
- d) precisar os recursos “críticos” que serão consumidos em cada operação;
- e) estabelecer o horizonte de tempo em que devem ser executados.

As ações devem ser formuladas com verbos de ação: reciclar, contratar, reformar, criar, etc. Uma prova para avaliarmos a qualidade da formulação é verificarmos se é possível identificar produto(s) concreto(s) palpável(is) decorrente(s) dela.

Produtos são as consequências imediatas da mobilização dos insumos por meio das ações. Exemplo: número de consultas prestadas; número de

aconselhamentos realizados; número de técnicos capacitados; número de testes de HIV realizados, etc.

Entre os requisitos necessários à formulação das ações, propõe-se:

- a) controlabilidade pela organização;
- b) aderência às forças e fraquezas mais relevantes da organização, analisadas em suas determinações e consequências (“nós - críticos”);
- c) cada seção pode enfrentar vários problemas simultaneamente;
- d) evitar formulações genéricas, de escasso valor como guia para decisão e ação;
- e) na seleção e desenho das ações é fundamental distinguir entre eficiência (processo) e eficácia direcional (resultado).

Além disso, as ações devem atender aos seguintes critérios:

- a) ser “aceitáveis” pelos gerentes, técnicos e grupos externos relevantes;
- b) ser “susceptíveis a uma avaliação clara” (se foram alcançados e quando);
- c) ser “inteligíveis” aos gerentes e técnicos de todos os níveis;
- d) ser “alcançáveis” dentro do horizonte temporal estabelecido.

Os resultados dessas ações, por sua vez, corresponderão aos objetivos estratégicos na perspectiva maior do plano, ao atuar sobre as causas dos problemas centrais e, dessa forma, alterar as suas consequências. Os objetivos do plano definem o que se deseja alcançar no sentido de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas (de saúde e dos serviços de saúde) identificados na análise de situação.

A quantificação dos efeitos esperados das ações propostas para o enfrentamento de um mesmo problema relevante selecionado corresponderá à definição dos objetivos e metas. Uma meta pode ser definida como aquilo que se quer

alcançar durante o período de execução do plano. Exemplo: “98% dos usuários testados para o HIV recebendo o resultado do teste dentro de um mês”.

Além disso, as metas devem atender aos seguintes critérios:

- a) ser específicas, ou seja, ocorrerem como consequência esperada de ações concretas que deverão ocorrer na implementação do plano;
- b) ser mensuráveis, isto é, quantificar os recursos, as atividades ou as mudanças desejadas estabelecidas no plano;
- c) ser apropriadas, ou seja, relacionar, logicamente, o problema identificado e os efeitos desejáveis estabelecidos no plano;
- d) ser realistas, ou seja, dimensionar, realisticamente, a adequação entre os recursos disponíveis e o plano de implementação;
- e) ter temporalidade, isto é, especificar um prazo no qual a meta deverá ser alcançada.

Para que seja possível o adequado monitoramento das metas estabelecidas no plano, elas devem apresentar as características acima, sendo denominadas metas SMART (específica, mensurável, apropriada, realista e temporal), podendo ser metas SMART de Produto, Resultado ou Impacto.

Metas SMART de Produto:

- expressam a quantificação dos efeitos imediatos esperados da mobilização dos insumos por meio das ações durante o período de execução do plano.
- exemplos: N° de preservativos distribuídos, n° de campanhas realizadas, n° de consultas prestadas, n° de capacitações realizadas, n° de exames realizados, n° de usuários testados, etc.

Metas SMART de Resultado:

- expressam os efeitos esperados nas populações-alvo; incluem vários tipos de efeito: conhecimentos, atitudes, comportamentos, etc;
- exemplo: o efeito esperado de uma campanha educativa no conhecimento e no comportamento do público.

Metas SMART de Impacto:

- referem-se aos efeitos de longo prazo acumulados dos diferentes programas. As metas de impacto requerem, geralmente, estudos específicos;
- exemplo: não podemos dizer com segurança que uma determinada tendência de redução da mortalidade infantil ocorreu em função do Programa Nacional de Imunização ou da Terapia de Reidratação Oral, etc., sendo necessário verificar o papel de cada programa, de cada setor, etc.

Algumas dessas ações, pelo seu caráter inovador e/ou magnitude, podem ser empreendidas sob gestão particularizada, visando alcançar as condições essenciais para o êxito dos objetivos: são os “Projetos Estratégicos”.

Momento Estratégico

“A planificação não é monopólio nosso”. Nosso plano enfrenta oponentes que também planejam. A ideia central da planificação estratégica consiste em considerar que, além de nós, há outros atores na realidade (que também planificam), com objetivos, no mais das vezes, diferentes dos nossos, o que supõe algum grau de conflito, pois nem tudo é redutível à negociação, salvo se desfigurarmos o plano de todos. A planificação pratica-se, pois, no contexto de um “conflito de planos”.

A ideia que preside essa etapa é a de que o ator que planeja nunca controla todos os recursos necessários para a execução do plano. O momento estratégico concentra-se no cálculo do “pode ser”, isto é, no cálculo de viabilidade do programa direcional do plano. E o que significa “viabilidade do programa direcional”?

Significa responder a algumas perguntas:

- a) As operações são politicamente viáveis?
- b) As operações são economicamente viáveis?
- c) As operações são organizacionalmente viáveis?
- d) Temos capacidade para construir a viabilidade do plano?

Cada uma delas pode ser interpretada em três dimensões complementares:

- a) Temos capacidade de tomar a decisão? (Capacidade de decisão).
- b) Temos capacidade de executar bem as operações? (Capacidade operacional).
- c) Temos capacidade de mantê-lo operando? (Viabilidade de permanência).

Essas viabilidades são interdependentes e qualquer ajuste em uma pode obrigar a revisar a análise de viabilidade das demais. Por isso, a análise de viabilidade faz-se por aproximações sucessivas, até que o conjunto das operações do plano seja viável nas três dimensões indicadas. Em outras palavras, o problema da viabilidade é quase estruturado e, por conseguinte, irreduzível a um sistema de equações de solução precisa.

Essas perguntas apontam para a dialética entre o necessário, o possível e a criação de possibilidades. É com base nessa análise de viabilidade das operações que se deve estabelecer um cronograma de implementação, de tal

modo que se consiga aumentar a eficiência na aplicação dos recursos existentes e maximizar o alcance dos objetivos estratégicos.

Reconhecer a própria fragilidade, os limites de sua governabilidade, é um fator de fortalecimento do ator que planeja, na medida em que possibilita contornar ou enfrentar as limitações identificadas, visando superá-las. Tendo-se optado por reconhecer as restrições de recursos e pela a criação de possibilidades, faz-se mister que se procure uma via para aumentar os recursos escassos, devendo-se, pois, conceber uma estratégia de cooperação, cooptação ou conflito com os outros atores sociais. A cooperação, a cooptação e o conflito não são, entretanto, excludentes.

O que importa reter aqui é a noção de que uma análise preliminar indicativa da inviabilidade de uma operação estratégica não precisa significar o seu abandono. É sempre possível lutar por sua viabilização, utilizando-se os recursos (políticos, financeiros, organizacionais, etc.) que o planejador controla (CECÍLIO, 1997).

A pergunta-chave é: “como pode um ator com poucos recursos realizar projetos que exigem muitos recursos?” A única resposta possível é: “acumulando novos recursos” mediante estratégias criativas persistentes. Nesse processo criativo, a rigidez normativa é caminho certo para o fracasso!

A “direcionalidade do plano”, por outro lado, é sintetizada na Matriz de ações estratégicas – Problemas (quadro 7).

Quadro 7: Matriz de ações estratégicas e problemas

Ações	Problemas			
	P1	P2	P3	P... n
Ação 1	N1, N2, N4			
Ação 2		N3, N5	N6, N7	
Ação 3	N2, N4			N8

As caselas da matriz contêm os nós críticos que as ações enfrentam. Essas operações devem ser factíveis no que tange a prazos, recursos físicos, humanos, tecnológicos, políticos e financeiros à disposição da organização. Assim, o “programa direcional” (MATUS, 1993) do macroproblema é a união coerente das ações estratégicas por problemas.

Em primeiro lugar, deve-se verificar se o conjunto de operações selecionadas é necessário e suficiente para materializar o “arco direcional $S_i \rightarrow S_o$ ” (MATUS, 1993). Qual a contribuição de cada projeto para atingir a Situação-Objetivo? A Situação-Objetivo é suficientemente precisa para se proceder a análise de coerência e consistência? Todos os problemas relevantes são consistentemente atacados para se alcançar S_o ? Caso isso ocorra, a situação resultante será muito similar à S_o .

Note-se, entretanto, que o cumprimento da coerência ou consistência do programa direcional é independente das provas de viabilidade. Assim, direcionalidade e viabilidade são duas provas distintas e independentes pelas quais o plano deve passar. Essas duas provas constituem o fundamento de todo o planejamento.

O plano, sendo modular, é composto por “ações” que podem agregar-se, dimensionar-se e combinar-se de maneiras distintas. Em tese, o cronograma do plano deverá iniciar-se com as operações estratégicas mais relevantes, urgentes e viáveis, fechando o ciclo com aquelas de menor relevância, urgência e factibilidade/viabilidade. Naturalmente, o processo de desenho do plano gera a necessidade de uma fase de síntese em que se conciliem direcionalidade e viabilidade.

Aplicação metodológica

O PDSM do Distrito Federal foi elaborado a partir da análise de situação, tomando como referência sua missão construída, a Declaração de Caracas (1990) e os princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. As ações propostas pelos gestores,

trabalhadores e usuários foram organizadas em quatro Diretrizes Estratégicas (D), cada uma delas com um número variável de Objetivos Estratégicos (OE):

- D1) Ampliação da cobertura em saúde mental por meio da implantação de serviços substitutivos, da articulação com a atenção básica e do apoio aos municípios do Entorno.
- D2) Qualificação do trabalho de Saúde Mental por meio da implantação de protocolos assistenciais, da articulação entre os serviços e da educação permanente das equipes.
- D3) Ampliação da cobertura e efetividade das ações de reinserção social de pessoas portadoras de Transtornos Mentais moderados a graves e persistentes.
- D4) Gestão eficiente e participativa do Programa de Saúde Mental, valorizando os trabalhadores e os usuários.

Para fins de exemplificação, tomemos a segunda diretriz (“qualificação do trabalho de Saúde Mental por meio da implantação de protocolos assistenciais, da articulação entre os serviços e da educação permanente das equipes”), construída para enfrentar o segundo macroproblema (Mp): “Processo de trabalho de atenção em saúde mental sem um claro padrão de qualidade definido”, analisado na seção anterior e que sintetizava três problemas fortemente vinculados entre si.

No PDSM, essa segunda Diretriz (D2) se desdobra em quatro objetivos estratégicos (OE), cada um deles com Metas (M) e um número variável de Ações (A):

- OE1) Promover a implantação e consolidação das novas modalidades assistenciais em todos os serviços de saúde mental.
- M1) Novas modalidades assistenciais implantadas em 100% das Unidades de SM.

OE2) Promover a utilização de protocolos assistenciais nos Serviços de Saúde Mental, com prioridade para a assistência à crise.

M2) Protocolos assistenciais prioritários implantados em 100% das Unidades.

OE3) Promover mecanismos de comunicação entre os serviços de SM.

M3) Mecanismos de comunicação implantados na rede de Saúde Mental.

OE4) Implantar programa de formação inicial e de educação permanente em 100% da rede de saúde mental.

M4) Programa de Educação Permanente implantado em 100% das Unidades de Saúde Mental.

Perceba-se que os objetivos estratégicos do PDSM devem corresponder aos efeitos esperados das ações sobre as causas dos problemas. Para que possam ser alcançadas as metas, cada OE precisa se conformar por meio de um agrupamento coerente de ações com as quais se busca alterar a realidade. Vejamos, em nosso exemplo, as ações propostas para viabilizar o OE2 (“Promover a utilização de protocolos assistenciais nos Serviços de Saúde Mental, com prioridade para a assistência à crise”), cuja meta é “Protocolos assistenciais prioritários implantados em 100% das Unidades”:

A1) Levantar os protocolos existentes e aperfeiçoá-los.

A2) Criar protocolos assistenciais padronizados.

A3) Consolidar os protocolos e socializá-los (via GESAM).

A4) Apresentar os protocolos nas reuniões dos serviços.

A5) Criar mecanismos de retroalimentação e atualização dos protocolos.

Essas ações são, em tese, compromissos de fazer algo para modificar as características (“descritores”) de um dos problemas mais relevantes identificados na análise de situação (“pouquíssima utilização de protocolos assistenciais

pelos profissionais”), devendo ser coerentes com a missão e a análise de situação. A cada ação deve corresponder responsável, prazo, recursos necessários e meta de produto (quantificação do efeito imediato da ação).

Em resumo: as diretrizes e objetivos estratégicos definiram o que se deseja alcançar por meio das ações (portanto, seus efeitos em termos de resultado e impacto), no sentido de reduzir, eliminar ou controlar os problemas (de saúde e dos serviços de saúde) mais relevantes identificados no momento da análise de situação.

No caso do PDSM, o trabalho de formulação de ações efetivas e viáveis para enfrentar os problemas foi realizado, inicialmente, em quatro GT e, depois, em Plenária durante a 3ª Etapa do planejamento, mas a tradução dessa produção coletiva em objetivos e diretrizes estratégicas foi realizada “em gabinete” pelo facilitador metodológico.

Vejamos agora o caso do Plano Diretor de Vigilância em Saúde (PDVS), bem mais complexo, cujas proposições foram organizadas também em três níveis: 1º) Diretrizes; 2º) Objetivos permanentes e estratégicos; e 3º) Ações finalísticas e de desenvolvimento institucional que enfrentam, respectivamente, problemas de saúde da população e os do SUS, bem como suas redes de determinação.

Foram definidas cinco Diretrizes (D) para o Sistema de Vigilância em Saúde do Distrito Federal pelos participantes da 1ª Oficina de Planejamento:

- D1) Analisar permanentemente a situação de saúde em todos os níveis de gestão, considerando os agravos, os eventos vitais e os fatores de risco a que as populações estão expostas.
- D2) Formular e implementar ações integradas e efetivas de prevenção e controle de agravos e de fatores de risco, com especial atenção aos grupos sob maior risco de adoecer e morrer.

- D3) Promover a vigilância de ambientes e agravos relacionados ao trabalho visando eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde e segurança dos trabalhadores.
- D4) Gerir, de forma eficiente e participativa, o Sistema de Vigilância em Saúde do Distrito Federal em todos os seus níveis, observando as deliberações das instâncias de controle social.
- D5) Prover recursos humanos para as necessidades da Vigilância em Saúde e promover o desenvolvimento dos trabalhadores por meio da qualificação e valorização profissional.

Foram definidos, ainda, três Objetivos Permanentes (OP) e seis objetivos estratégicos (OE), cada um deles com um número variável de Ações Finalísticas (AF) e de Desenvolvimento Institucional (AD), respectivamente. Aos três OP corresponderam 15 AF prioritárias para enfrentar as doenças e agravos (transmissíveis e não-transmissíveis) e seus fatores de risco (biológicos e não-biológicos) considerados mais relevantes diante do quadro epidemiológico da população:

- OP1) Analisar permanentemente a situação de saúde da população do DF.
- OP2) Desenvolver ações de promoção da saúde e controle de agravos e seus determinantes.
- OP3) Recomendar e desenvolver ações de eliminação ou redução de riscos.

Perceba-se que, nesse caso, em função da abrangência do Sistema de Vigilância em Saúde (SVS), os objetivos permanentes do PDVS correspondem a “Linhas de ação finalística” com as quais se pretende alterar a realidade sanitária. Vejamos, em nosso exemplo, as dez Ações Finalísticas propostas

para o OP2 (“Desenvolver ações de promoção da saúde e controle de agravos e seus determinantes”):

- AF1) Vigilância e controle de doenças imunopreveníveis.
- AF2) Vigilância e controle de doenças transmitidas por via hídrica e alimentar.
- AF3) Vigilância e controle de doenças transmitidas por via sexual, vertical e sanguínea.
- AF4) Vigilância e controle de doenças endêmicas.
- AF5) Vigilância e controle de doenças transmitidas por vetores e reservatórios animais.
- AF6) Vigilância de infecções e eventos adversos relacionadas à assistência a saúde.
- AF7) Vigilância e controle de doenças e agravos relacionados ao trabalho.
- AF8) Vigilância e controle de intoxicações exógenas.
- AF9) Vigilância e controle de doenças não transmissíveis (DANT).
- AF10) Respostas rápidas a emergências epidemiológicas.

O esforço da equipe que consolidou essa produção coletiva foi no sentido de conseguir formular as Ações Finalísticas (AF), orientando-as a partir dos seus objetos, e não das unidades que as realizam, de modo a favorecer a transversalidade dos processos de trabalho e, nesse sentido, “implementar ações integradas”.

Para exemplificar o que estamos dizendo, veja-se a AF1, cujo objeto é as “doenças imunopreveníveis”:

Divep: Imunizar a população segundo as normas do PNI.

Dival: Implementar o Programa de Controle da Raiva (Vacinação animal).

Divisa: Realizar o Licenciamento das clínicas particulares de vacinação e verificar as origens, registro e conservação das vacinas.

Gepeas: Colaborar com educação continuada sobre a imunização e biossegurança para trabalhadores de Saúde (RDC 48/2000).

Lacen: Realizar Virologia (para Rubéola, Sarampo, Vírus respiratórios, Febre amarela e HBV) e Bacteriologia (para Coqueluche e TB).

Os Objetivos Estratégicos (OE) e as Ações de Desenvolvimento Institucional (AD), complementarmente, devem enfrentar os problemas organizacionais que funcionam como obstáculos relevantes à implementação das AF e, conseqüentemente, ao cumprimento da Missão.

No caso do PDVS, seis Objetivos Estratégicos (OE) e 37 Ações de Desenvolvimento Institucional (AD) enfrentarão os seis macroproblemas que, na opinião de gestores e trabalhadores que participaram das Oficinas, correspondem aos principais obstáculos à implementação das Ações Finalísticas (AF) e, conseqüentemente, ao cumprimento dos Objetivos Permanentes (OP):

OE1) Planejar a política de recursos humanos da SES a partir de Diagnóstico Situacional.

OE2) Desconcentrar a execução financeira das ações e a gestão dos recursos materiais.

OE3) Adequar a estrutura organizacional da SES.

OE4) Integrar as ações de Vigilância em Saúde e articulá-las com a Atenção Básica.

OE5) Apoiar a gestão descentralizada das informações e do conhecimento na organização.

OE6) Fortalecer os mecanismos de controle social na área da Vigilância em Saúde.

As AD que enfrentarão os seis “macroproblemas” relacionados na análise de situação foram organizadas segundo objetivos estratégicos (OE), com

definição de metas de produtos, prazos e responsáveis. As ações são compromissos de fazer algo para modificar os problemas, enquanto os resultados esperados dessas ações na modificação dos macroproblemas correspondem aos OP e OE do plano. As metas de produto correspondem à quantificação dos efeitos esperados de cada uma das ações.

Para fins de exemplificação, veja-se as ações propostas para enfrentar o macroproblema “Quadro de pessoal desatualizado, investimento insuficiente na capacitação dos servidores e execução inadequada da avaliação de desempenho”, correspondente a uma formulação-síntese de três dos 12 problemas organizacionais selecionados e analisados, e, dessa forma, viabilizar o OE1 (“Planejar a política de Recursos Humanos da SES a partir de Diagnóstico Situacional”):

- AD1) Realizar diagnóstico da situação dos Recursos Humanos em cada unidade.
- AD2) Com base no diagnóstico, solicitar contratação de Recursos Humanos para as unidades da SVS.
- AD3) Estabelecer mecanismo de reposição de Recursos Humanos com periodicidade de dois anos.
- AD4) Implantar Programa de Formação Inicial e Educação Permanente.
- AD5) Garantir supervisão ao trabalho que se realiza nas Regionais.
- AD6) Instituir Política de Recursos Humanos que amplie a isonomia salarial e valorize a qualificação.
- AD7) Criar Plano de Carreira e Vencimentos (PCV) unificado para a SVS.
- AD8) Tornar crível e adequar a avaliação de desempenho à especificidade da SVS.

Tendo em vista o horizonte de tempo do PDVS, que pode ser considerado médio, e a natureza dos seus OP e OE, na medida em que a maioria das AF e AD devem ser executadas por muitas unidades organizacionais,

optou-se por priorizar a definição das metas de produtos das AD, assumindo-se como pressuposto que a SES assina o Plano e, neste sentido, se responsabiliza pelo conjunto de ações.

Quanto à elaboração do Plano de Desenvolvimento Institucional do Conselho Regional de Saúde do Paranoá 2010-11, em plenária, os participantes foram solicitados a reescrever a rede de determinação dos problemas reagrupados nos seis blocos e a definir as ações pertinentes à missão do CRSF, adequadas ao enfrentamento dos problemas e viáveis que, aplicadas sobre a realidade, poderão provocar mudança situacional:

- MP1) Problemas de saúde determinados pelo estilo de vida e agravados pela falta de assistência.
- MP2) Problemas de saúde determinados pelo contexto social a demandarem ações intersetoriais de promoção da saúde.
- MP3) Obstáculos à garantia do direito de acesso à atenção integral em saúde.
- MP4) Problemas relacionados à qualidade dos serviços de saúde.
- MP5) Problemas relacionados à disponibilidade/qualidade dos recursos humanos.
- MP6) Baixa capacidade de articulação e mobilização social do Conselho.

Retomando o exemplo do macroproblema “Obstáculos à garantia do direito de acesso à atenção integral em saúde”, a pergunta orientadora do trabalho em Plenária foi: o que o Conselho de Saúde pode fazer para enfrentá-lo e às suas causas?

- A1) Aproveitar cada “reclamação, denúncia, queixa” para mapeamento de necessidades de saúde da população e conscientização política dos cidadãos.

- A2) Sugerir ao reclamante acionar Ouvidoria do SUS, Delegacia e/ou PROCON a depender do caso.
- A3) Cobrar da SES e do Governador a regularização do abastecimento das Unidades e a contratação ou relocação de servidores na Regional de Saúde.
- A4) Cobrar do GDF a construção de UBS e do CEO.
- A5) Articular junto aos outros Conselhos de Saúde em busca da ampliação da Atenção Básica no DF e para reorganização da rede.
- A6) Ajudar a Identificar os terrenos para construção das UBS e do CEO.
- A7) Avaliar a Unidade de Saúde Móvel para Zona Rural como alternativa.
- A8) Esgotadas todas as possibilidades, avaliar ação junto ao Ministério Público.

Ainda em relação a esse macroproblema, perguntou-se o que o Conselho pode fazer para aumentar a disponibilidades de ônibus para a zona rural: *i)* Informar ao secretário de Transporte a demanda; *ii)* Mobilizar população da zona rural; e *iii)* Articular o Conselho de Transporte do Paranoá e o Conselho de Desenvolvimento Rural pois a questão do transporte esbarra na questão das estradas (Deer).

Definidas as ações necessárias ao enfrentamento dos macroproblemas, elas foram reorganizadas em cinco blocos segundo tipos de atividade, a saber:

- AP1) Levantamento das necessidades da população e caracterização dos problemas.
- AP2) Comunicação social e de mobilização da comunidade para as lutas do Conselho.
- AP3) Contribuição à gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) e à formulação de políticas públicas intersetoriais de interesse à saúde.

AP4) Ações reivindicatórias, de fiscalização e controle da execução das políticas de saúde e de interesse à saúde.

AP5) Ações de reorganização do processo de trabalho do Conselho Regional de Saúde.

A gestão estratégica do plano

Mesmo orientado pelo futuro desejado (Situação-Objetivo), o centro do planejamento é o cálculo que precede e preside a ação no presente. O momento tático-operacional é o momento de “fazer” e compreende o detalhamento do plano em bases mais concretas, de forma a permitir sua operacionalização, o desenvolvimento da logística e sua divulgação, além da construção de sistema de monitoramento do processo e avaliação dos resultados a curto, médio e longo prazo. O momento tático-operacional é, pois, o momento central na mediação entre o conhecimento e a ação.

As principais dificuldades nessa mediação são a comunicação e o tempo. Se o problema central do planejamento é a conjuntura presente, surge um problema de assincronia entre a velocidade da mudança da situação real e a velocidade com que o ator pode fazer um plano para agir sobre ela. Nessa batalha, a velocidade do processo de pré-alimentação e retroalimentação deve ser maior que a velocidade de mudança.

“Devemos entender a planificação como uma dinâmica de cálculo que precede e preside a ação, que não cessa nunca, sendo processo contínuo, que acompanha a realidade mutável”. Um dos fatos que caracterizam o mundo atual é a velocidade e a intensidade das mudanças que ocorrem nos mais variados campos da realidade, o que nos coloca um sério problema de velocidade de cálculo, que devemos solucionar para não sermos historiadores. Além disso, inviabiliza qualquer expectativa de “controle total” ou de “predição” do futuro.

A “improvisação direcionada” constitui um meio de ajuste entre o cálculo geral prévio e a ação concreta do momento presente (conjuntura): ela completa o plano no momento da ação e manifesta a autorretificação no momento da prática. Dessa forma, o desenho é, a cada momento, dependente da mudança situacional real. O que conta, afinal, é o que se faz na conjuntura; daí o centro do planejamento não ser o futuro, mas o presente.

A gestão estratégica do plano tem o desafio de articular o longo e o médio prazo com o curto prazo, reduzindo os objetivos estratégicos e as ações a atividades do dia a dia da organização, de forma a gerar as mudanças previstas. Distinguem-se, nesta etapa de implementação e gestão estratégica do plano, duas atividades principais: Especificação das operações e a Construção de sistema de monitoramento e avaliação do plano.

Especificação das ações e projetos estratégicos

No caso dos Planos de Saúde (quadrienais) estaduais e municipais, as atividades que darão consequência prática ao plano deverão ser expressos na *Programação anual de saúde*, na qual deverão ser detalhados os elementos que permitirão sua operacionalização, tais como responsáveis, recursos financeiros, produtos, etc.

Vimos que a “ação” é a unidade celular do plano e se conforma por meio de um agrupamento coerente de atividades com as quais se busca alterar a realidade. Para alcançar os objetivos estratégicos selecionados, a organização deverá consolidar, sistematizar e especificar as ações necessárias e suficientes para atingir este intento. Cada atividade, tal como as ações, supõe um responsável, segundo as circunstâncias.

Gestão, monitoramento e avaliação do plano

“A planificação é inseparável da gerência”. A única forma de fazer com que a planificação funcione é que responda às necessidades de quem gerencia. Se administro um hospital, isso supõe também o planejamento da gestão. A planificação é uma forma de organização para a ação. Esse é o ponto crucial que diferencia a planificação tradicional da estratégica.

Segundo Matus, o requisito organizacional básico para que um plano funcione eficazmente está na existência do sistema triangular:

- 1) Plano modular (composto por ações que podem agregar-se, dimensionar-se e combinar-se de maneiras distintas).
- 2) Orçamento por programas (alocação de recursos por operações).
- 3) Criação de um sistema de gestão no qual as pessoas assumem, diante de um superior hierárquico e/ou diante de um coletivo, o compromisso por determinadas ações e prestam contas periódicas. Esse sistema supõe a avaliação permanente da situação na conjuntura e que se compare constantemente a situação planejada com a real.

Distingue-se, também nesta etapa de implementação do plano e sua gestão estratégica, o monitoramento e a avaliação do plano, devendo esta ser realizada minimamente ao final de cada ano, expressa em relatórios anuais, de modo a retratarem os resultados efetivamente alcançados para que possam subsidiar a atualização do plano.

Os relatórios de avaliação devem assinalar os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas que devem ser desencadeadas para corrigir os desvios, devendo responder às seguintes perguntas:

- 1) As metas planejadas foram alcançadas?
- 2) No caso das que não foram alcançadas, que ações não foram realizadas?
- 3) O que foi feito para corrigir os desvios?
- 4) O que ainda pode ser feito para corrigir os desvios?
- 5) Quais os nossos compromissos e metas para o próximo período?

Em síntese, a avaliação do plano deverá proporcionar o resultado da apuração dos indicadores (grau de alcance das metas), uma análise da execução das ações (física e orçamentário-financeira) e recomendações para o ajuste do plano do ano seguinte.

O monitoramento pode ser entendido como um processo permanente, inerente e imprescindível ao exercício da função gerencial, destinado a manter sob controle a execução do plano em direção aos objetivos e metas propostas. A análise do cumprimento das metas, entretanto, depende dos indicadores definidos na programação e da disponibilidade de informações ao longo da sua execução.

Todas as metas programadas podem ser objeto do Sistema de Monitoramento e Avaliação (SMA), porém as metas de produto são as que permitem acompanhamento e verificação imediata da sua execução, ao passo que, em geral, a verificação das metas de resultado e de impacto demanda um horizonte de médio ou longo prazo.

Para finalizar, e sempre na perspectiva de tornar mais claro o modelo de Planejamento Participativo que desenvolvemos até aqui, acreditamos que o “triângulo de ferro” matusiano nos ajuda a pensar alguns fatores críticos para o sucesso dessa “gestão negociada da mudança” ao interior das organizações, invariavelmente atravessadas por redes humanas, formais e informais.

Para que o plano “colonize” a vida da organização, isto é, seja um “Plano Vivo” e não apenas um “Livro-Plano”, relacionamos, a seguir, dez fatores críticos:

- 1) Agenda do coletivo de dirigentes focada no que é efetivamente “estratégico” para a organização, definida em função da análise de cenários e de análises periódicas de conjuntura, a partir das informações que circulam por meio de redes humanas, formais e informais, intra e interorganizacionais (MATUS, 1993).
- 2) Gerência criativa e flexível organizada por ações que buscam cumprir a missão e alcançar os objetivos e metas definidas no plano, o que demanda desconcentração e delegação de poder por meio de um orçamento-programa (MATUS, 1993).
- 3) Sistema de Petição e Prestação de Contas, definidor de corresponsabilidades e compromissos interagentes no momento da decisão e da execução da ação (MATUS, 1993).
- 4) Comprometimento sustentado do plano pela alta gerência e a existência de uma liderança visível no nível central, além de um forte núcleo operacional responsável pelo gerenciamento do plano (FERLIE et al., 1999).
- 5) Gestão por meio de um colegiado, com funcionamento democrático, mas também produtor de responsabilidades, no qual as pessoas assumem o compromisso por determinadas metas e prestam contas (CAMPOS, 1998).
- 6) No início do processo de execução, dispor de uma visão ampla do plano parece mais importante do que ter o plano detalhado (FERLIE et al., 1999).
- 7) Garantir um tempo para reuniões periódicas das equipes dentro da jornada normal de trabalho para planejar e avaliar os planos de ação, e refletir sobre o processo de trabalho (CAMPOS, 1998).
- 8) Realizar a intervenção inicialmente em um pequeno número de contextos locais receptivos (projetos-piloto) antes de propagá-la para contextos mais amplos e/ou mais difíceis (FERLIE et al., 1999).

- 9) Uma política proativa de comunicação para “vender” o plano, com destaque para as primeiras ações bem-sucedidas (FERLIE et al., 1999), visando enfrentar uma dada cultura resistente à mudança (RIVERA, 1996).
- 10) Monitoramento da realidade e da “conjuntura”, procedendo a pré-avaliação das decisões dia após dia e a avaliação daquelas já tomadas, comparando constantemente a situação planejada com a real (MATUS, 1993).

Comentários finais

No Brasil, passados mais de 20 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, pode-se dizer que a institucionalização do planejamento nas organizações de saúde permanece como um desafio à teoria da planificação e à gestão dos sistemas e serviços de saúde no Brasil (PAIM, 2002).

Se o propósito é produzir mudanças, caberia formular e desenvolver estratégias para o mapeamento dos sujeitos sociais e atores institucionais, a identificação de aliados estruturais e conjunturais, a análise das possíveis vantagens/desvantagens para sujeitos que aderirem a tais processos e o exame de incentivos para mudar e desincentivos para conservar. (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000).

Cabe lembrar, como fizeram Paim e Almeida-Filho (2000), que

os sujeitos sociais encontram-se presentes em todos os ‘momentos’ do processo de trabalho: objeto, atividades, relações técnicas e sociais, meios de trabalho, além do próprio agente.

Daí conceder-se grande ênfase à ação comunicativa, propondo-se a “administração da incerteza” como o núcleo central da condução dos processos de planejamento.

Com o conceito de “ação comunicativa”, Habermas (1987) refere-se à interação de sujeitos que buscam um “entendimento” sobre uma determinada situação, utilizando a linguagem para coordenar seus planos de ação e, com estes, suas ações propriamente ditas. Nesse caso, a linguagem é apresentada como um *“medio de entendimiento [...] para negociar definiciones de la situación que puedan ser compartidas por todos”*.

O modelo comunicativo de ação de Habermas (1987) tematiza a função interpretativa da linguagem com o objetivo expresso de não reduzir a ação social a operações interpretativas dos participantes. *“Con este modelo de acción se presupone que los participantes en la interacción movilizan expresamente el potencial de racionalidad [...], con el propósito, cooperativamente seguido, de llegar a entenderse”*.

Entendimento remete à noção de acordo racionalmente motivado ou processo cooperativo de interpretação da realidade, que se mede por sua pretensão de validade. “Pretensão de validade”, por seu turno, caracteriza diversas categorias de um saber que se encarna em manifestações simbólicas que podem ser analisadas sob a perspectiva de sua fundamentação, mas também sob a perspectiva de como os atores as utilizam.

Numa sociedade democrática, a viabilidade de todo e qualquer processo de mudança organizacional depende da abertura de processos intersubjetivos de “criação e recriação de acordos, de pactos, sempre conjunturais e transitórios” (SÁ, 2001, p. 159). Aparentemente, e este corresponde ao maior desafio do planejamento, tal mudança depende, além disso, da compatibilização das exigências de uma multiplicidade de sujeitos diferenciados quanto a desejos, visões de mundo e interesses.

Pode-se dizer, em suma, que processos de mudança organizacional devem promover a inserção de indivíduos criativos em projetos coletivos. Mas, afinal,

quais são os limites e possibilidades da governabilidade na construção de projetos coletivos se a burocracia profissional enfatiza o poder da perícia e as funções gerenciais, embora em ascensão no nível local como efeito da descentralização dos serviços públicos de saúde, não foram submetidas a um processo de profissionalização?

Perguntar sobre os limites e possibilidades de construção de projetos coletivos é perguntar sobre os limites e possibilidades de se viver e trabalhar em grupo, o que remete à ambivalência que os indivíduos experimentam na relação com o grupo: satisfação de necessidades, mas também medos primitivos e frustração. Como regular tais processos, marcados pela ambiguidade, ambivalência e contradição?

Merhy (1997, p. 137) propõe criar ferramentas-dispositivos que permitam “analisar [coletivamente] o modo como o processo de gestão do trabalho se realiza apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada desse processo”.

Essas ferramentas analisadoras deveriam, segundo Merhy (1997, p. 139), “abrir a caixa-preta das relações micropolíticas institucionais, reveladora de [...] um padrão do tipo ‘pacto de mediocridade’, no qual o usuário sai sempre como o grande prejudicado”. Ainda segundo Merhy (1997, p. 140),

o conjunto das ferramentas analisadoras deve ter a capacidade de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, em pelo menos três campos de interrogações,

uma vez que estas bem “podem revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização”: 1) O “como” se trabalha; 2) Quais os produtos e resultados desse trabalho; 3) “Para quê” se está trabalhando.

Outra sugestão sempre lembrada é a criação de processos produtores de sujeitos-cidadãos e de espaços de democracia ampliada, baseados na negociação e na comunicação intensivas (RIVERA, 1996; CAMPOS, 1998).

Contudo, isso exige o amadurecimento das pessoas e pode acarretar a maximização das contradições, desviando o coletivo da sua motivação original. Daí a necessidade de algum líder capaz de encarnar as vontades e desejos do grupo (SÁ, 2001).

Repetindo Paim (2002, p. 426):

a planificação não faz a revolução. Também não emancipa por si mesma, ainda que amplie espaços para a constituição de sujeitos coletivos. Apenas informa, forma, formaliza... [...] O coração da crise da planificação, conseqüentemente, não parece estar na sua teoria, nos seus métodos e em suas técnicas, mas no Estado, na sociedade, na política. A planificação, enquanto prática social, tem sua encruzilhada no centro dos vértices desse triângulo. Em vez de reforçar a encruzilhada ou de aprisionar-se no triângulo de governo matusiano, por que não triangular a produção teórica, a experiência técnico-institucional e a militância para, considerando o “postulado da coerência”, fazer História? [...] A planificação, enquanto processo social, não se reduz a um método propriamente, mas propicia um cálculo, um raciocínio, um pensamento, um diálogo, enfim, a produção de fatos sociais. [...] Há que se recuperar e sublinhar, portanto, a sua dimensão de pensamento/agir estratégico-situacional e comunicativo, [...] descolonizando o mundo da vida invadido pela razão instrumental. (PAIM, 2002, p. 428).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001*. Aprova o documento de orientações gerais para a elaboração e aplicação da agenda de saúde, do plano de saúde, dos quadros de metas, e do relatório de gestão como instrumentos de gestão do SUS. Brasília, 2001.

_____. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o pacto pela saúde 2006. Brasília, 2006a.

_____. *Portaria nº 699, de 30 de março de 2006*. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, 2006b.

_____. *Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: *Agir em Saúde*. São Paulo; Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997. p. 151-167.

CRSP. *Plano de Desenvolvimento Institucional do Conselho Regional de Saúde do Paranoá*. Brasília: CRSP, 2010.

DISTRITO FEDERAL. *Plano Diretor de Vigilância em Saúde do Distrito Federal 2010-2014 (PDVS)*. Brasília: GDF, 2010.

_____. *Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2010-2014 (PDSM)*. Brasília: GDF, 2010.

FERLIE, E. et al. *A nova administração pública em ação*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; Enap, 1999. 468 p.

HABERMAS J. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: HABERMAS, J. *Teoria da acción comunicativa I*. Madri: Taurus, 1987.

MATUS C. Fundamentos do planejamento situacional. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. RIVERA, F. J. U. (Org.). São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989. p. 107-125.

_____. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea, 1993.

_____. *Política y Plan*. 2. ed. Caracas: Iveplan, 1982. p. 186, 1982.

MEHRY, E. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: *Saúde e democracia*. A luta do Cebes. 1997. p. 125-141.

MORESI, E. A. D. Inteligência organizacional: um referencial integrado. *Ci. Inf*, Brasília, v. 30, n. 2, Brasília, maio/ago. 2001.

PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: UFBA, 2002.

PORTO, C. *Introdução ao planejamento estratégico corporativo*. Brasília: Macroplan Prospectiva e Estratégia, 1998.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.357-372, 1996.

_____. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 312 p.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

SANTOS, A. Q. *O planejamento estratégico em organizações governamentais: procedimentos metodológicos para a elaboração de um plano estratégico*. Brasília: 1997.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento em saúde no Brasil: sujeitos e práticas*. Salvador, ISC/UFBA, 2003.

TESTA, M. *Planificación estratégica em el sector salud*. CENDES/UCV, 1981, p. 48.

_____. Tendências em planejamento. In: *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Abrasco, 1992. p. 89-128.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VILASBÔAS, A. L. *Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. Tese de Doutorado em Saúde Pública ISC/UFBA. Salvador, 2006.

OS AUTORES

Antônio José Costa Cardoso – Médico, mestre em Saúde Comunitária e doutor em Saúde Pública. Atualmente é professor adjunto da Universidade de Brasília.

Edsaura Maria Pereira – Cirurgiã-dentista, mestre em Gestão de Sistemas de Saúde e doutora em Ciências da Saúde. Atualmente é professora do Centro Universitário de Anápolis/UniEvangélica e do Instituto de Patologia e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP/UFG).

Helena Shimizu – Enfermeira, mestre e doutora em Enfermagem. Atualmente é professora associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Luciana Mello de Moura – Enfermeira, mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Atualmente é enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Márcio Florentino Pereira – Cirurgião-dentista, mestre e doutor em Ciências da Saúde. Atualmente é professor adjunto da Universidade de Brasília.

Sérgio Schierholt – Cirurgião-dentista, mestre em Ciências da Saúde. Atualmente é professor auxiliar da Universidade de Brasília.

Este livro foi composto em Adobe Caslon Pro 12,
no formato 160 x 230 mm.