

## Planejamento de ações na Equipe

Leonardo C M Savassi  
Ruth Borges Dias

“Alice – Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?”

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

Alice – Não me importa muito onde.

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

### 1. Definição

**Planejamento** (Glossário Temático do Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam) *masc*: Conjunto de procedimentos, segundo métodos convenientes, que visa à consecução de determinado propósito. Notas: 1. Consiste em decidir com *antecedência* o que é necessário fazer para mudar condições que são insatisfatórias no presente e evitar que as condições que são satisfatórias se deterioreem no futuro. 2. Para o planejamento, é importante *identificar* os problemas e as prioridades de intervenção, *estabelecer* as ações que podem solucionar os problemas e *determinar* quem são os responsáveis pela execução dessas ações.

**Planejamento em Saúde** (DeCS): Processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte de realidade. Trata-se também de um instrumento de racionalização das ações no setor de saúde, realizada por atores sociais, orientada por um propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde. (Tancredi, 2002). [Descritor Inglês: Health Planning/ Descritor Espanhol: Planificación en Salud]

### 2. Introdução

A questão de se planejar ações é especialmente fundamental quando se lida com uma população de 4.000 pacientes ou mais enquanto a realidade internacional aponta para equipes de Atenção Primária responsáveis por 1.000 a 2.000 pacientes. A estratégia Saúde da Família, representa uma inovação na forma de atuação frente a população, admitindo-se o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do estado, e o Sistema Único de Saúde como público e universal.

As diretrizes editadas no nível central de governo, embora fundamentais para a estruturação da macropolítica de atenção básica, não contemplam as microrealidades do nível local, suas especificidades e suas particularidades no que se refere à extensão do território, prevalência local de doenças e co-morbididades, índice de vulnerabilidade da população, faixa etária,

bem como problemas específicos no que tange ao acesso, informação, educação para a saúde, acesso a saneamento e participação popular. Acompanhando as políticas nacionais de descentralização administrativa há uma clara tendência em tornar os planos nacionais grandes enunciados de metas e aos assuntos referentes ao financiamento do sistema de saúde e que o nível local assuma as responsabilidades de maneira coerente com os grandes objetivos nacionais para o setor.

A maior autonomia municipal vem acompanhada de uma maior responsabilização. As políticas públicas de descentralização do sistema de saúde são ricas e promissoras, mas trazem consigo a obrigação para o poder local de assumir um papel mais pró-ativo no processo de definição dos destinos do sistema. O Pacto de Gestão de 2006, tomado por alguns autores como lei que reconhece a maioria administrativa do SUS, define nove diretrizes, a saber: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada Integrada; Regulação da Atenção à Saúde e Assistencial; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde.

É especialmente importante verificar no Pacto de 2006 que fortalecem-se os âmbitos da Comissão Intergestores Bipartite e os níveis estadual e principalmente municipal para a resolução de problemas de acordo com a capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, possibilitando meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país. O financiamento das ações, previamente engessada por inúmeros programas, passa a vir em cinco grandes blocos de transferência: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS. Isto significa que a partir de agora, o gestor tem, dentro destes cinco grandes blocos de financiamento, autonomia para gerir o nível local de acordo com as reais necessidades da população.

Em relação ao planejamento de ações, determinado ainda no pacto, define-se que será desenvolvido pelas as 3 esferas de gestão, cada qual articulando-se de forma a contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde loco-regionais, que o sistema de planejamento buscará a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde e que levar-se-á em conta as diversidades existentes nas 3 esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade. Neste caso, o PDR (Plano Diretor Regional) e a PPI (Programação Pactuada Integrada) tornam-se os principais instrumentos de planejamento

Como visto, o planejamento de ações geralmente é abordado sob a ótica do gestor, sendo ele o gerente local, distrital, mas geralmente o gestor municipal, o que torna mais difícil a adaptação e aplicação destes preceitos ao cotidiano da equipe. Ainda assim, os conceitos apresentados e as ferramentas que serão abordadas subseqüentemente podem ser aplicadas para o planejamento em saúde no nível da Unidade de Saúde da Família

### 3. Níveis e Definições de Planejamento

Quando planejamos buscando alcançar objetivos complexos e queremos fazê-lo de uma forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersetorialidade), necessariamente precisamos trabalhar com um método de planejamento.

Segundo Tancredi (1998), o planejamento se dá em três níveis, segundo o grau de complexidade do processo de tomada de decisões, o nível hierárquico no sistema em que esse processo ocorre e a amplitude das decisões decorrentes:

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

“O planejamento de políticas é responsabilidade do nível central do sistema, de competência do secretário municipal. Nesse nível de planejamento será necessário lidar com os distintos interesses de diferentes atores sociais e sua postura em relação ao plano, de oposição, indiferença ou adesão.

O planejamento estratégico indica os meios – estratégias – pelos quais se julga que seja possível atingir as metas desejadas de médio e longo prazo; define a estrutura sistêmica para a ação organizacional e as medidas de efetividade – indicadores – para análise dos resultados. Ao definir essas estratégias, fornece a estrutura para o planejamento operacional, que deverá prever todo o detalhamento para sua implementação, assim como o dimensionamento da estrutura necessária e o cálculo dos insumos.

O planejamento operacional, como seu nome já diz, refere-se ao desenvolvimento de *ações* (planos) que permitam organizar a execução das estratégias planejadas em outro nível de planejamento. Indica como “colocar em prática” as ações previstas. Na saúde, utiliza-se esse tipo de planejamento na execução dos programas de assistência à saúde – por exemplo, o programa para controle da hipertensão. Independentemente do modelo adotado para o planejamento das políticas de saúde ou das estratégias de intervenção, o planejamento operacional mostra-se coerente e necessário para organizar a fase de implantação.” (TANCREDI, 1998)

O planejamento é um *instrumento de gestão* que promove o desenvolvimento institucional e administrativo das organizações e dos sistemas, tornando-se uma excelente forma de melhorar a qualidade e efetividade do trabalho, na medida em que educa os agentes sociais a *analisar de forma sistemática* os sistemas e as variáveis significativas do contexto, as necessidades e as possibilidades de atendê-las e a *pensar estrategicamente* vislumbrando os rumos e caminhos possíveis. Isto influencia positivamente o compromisso das pessoas com os objetivos institucionais, levando ao maior compromisso com os resultados do trabalho (por exemplo, com a satisfação dos usuários e com a resolução

efetiva dos problemas de saúde), ao contrário de organizações onde os funcionários somente se preocupam em cumprir as tarefas que lhes são destinadas.

Planejar é uma *atitude permanente* da organização e do administrador e não uma mera ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação. Planejar também não é tarefa dos “planejadores”: ele deve ser feito pelos atores envolvidos na ação. Houve tempo em que os ditos “planejadores” eram agrupados em “unidades” ou “departamentos de planejamento”, a partir dos quais pretendiam ditar o futuro do sistema, o curso da administração e até os detalhes da execução do trabalho. O planejamento deve ser feito pelos *atores<sup>1</sup> envolvidos na ação*, e a figura do “planejador”, hoje em dia, deve ser vista como a de alguém que atua como *facilitador do processo*. Em um centro de saúde, envolve o gerente, pessoal administrativo, chefes de setores, profissionais da saúde, prestadores de serviços e os próprios usuários ou clientes. A implementação de decisões é mais ágil e eficiente quando as pessoas conhecem suas razões e origens e, em particular, quando tomaram parte na sua elaboração. Objetivos amplamente discutidos e em que há consenso são mais facilmente aceitos e compreendidos por aqueles que, de alguma forma, participarão da execução das tarefas necessárias para atingi-los.

A maior riqueza do planejamento está no processo em si de planejar, no processo de análise e discussão que leva ao diagnóstico, à visão do futuro desejável e factível e ao estabelecimento dos objetivos e programas de trabalho. Adotado como prática social, envolvendo uma ampla gama de atores da sociedade civil, o planejamento participativo exerce um forte poder de aglutinação de pessoas e grupos, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos outros atores sociais. A negociação entre grupos torna-se mais fácil e o compromisso de todos com a concretização dos ideais fica muito ampliada. tem o poder de criar uma nova *cultura de compromisso* com a instituição.

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

Basicamente, planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas decorrentes desse questionamento, ou seja, “o quê”, “por quê”, “como”, “quando”, “com quem” e “com o quê”. Santos (2007), simplifica o planejamento em três definições principais:

*Onde desejamos estar no futuro? – “lá” – objetivos claros e metas específicas*

---

<sup>1</sup> Um ator social é definido como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em uma determinada situação é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que o ator tenha: um projeto de intervenção, o controle ou capacidade de mobilizar os recursos necessários ao plano e uma organização minimamente estável para executá-lo.

*Onde estamos neste momento? – “aqui” – avaliar a situação de saúde, recursos disponíveis (instalações, pessoal, equipamentos, financiamento). Avaliar acesso, cobertura, eficiência e efetividade dos programas de saúde – perspectivas da comunidade.*

*Como ir “daqui até lá”? definir os problemas – prioridades, atividades e apoio gerencial*

### **A definição da situação atual da saúde de uma população adscrita – “aqui”**

Só é possível planejar tendo conhecimento do sistema e do contexto em que ele se insere. A efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações. Para se ter uma ação eficaz, a primeira condição é que se tenha uma informação confiável. Em saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos – unidades de atendimento – como das pessoas que os utilizam.

Dispõe-se de uma série de indicadores e técnicas que permitem estimar a quantidade de consultas, procedimentos, internações e exames demandados ao sistema de saúde por uma certa clientela e calcular a capacidade instalada necessária dos serviços para garantir aquele atendimento. Em relação aos serviços, permitem calcular a capacidade instalada atual. Esses dados dão suporte à análise da *adequação do sistema à clientela*.

A epidemiologia é outra ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É de vital importância um serviço de informações em saúde que sistematize dados demográficos, de morbidade e mortalidade, num grau de desagregação cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões do gestor local ou da equipe.

Necessita-se, para saber “onde estamos”, conhecer o nível de saúde da população adscrita, o que é feito mediante alguns indicadores de saúde, geralmente disponíveis através dos Sistemas de Informação (SI). A importância de todos estes sistemas de informação está na informação gerada para a saúde, orientando a análise, o planejamento e a gestão. Ou seja, na informação gerada para a ação. Os bancos de dados (ou sistemas de informação) utilizados em Atenção Primária no Brasil são:

“a) SIABS (SI da Atenção Básica), HiperDia (Acompanhamento de Hipertensos de Diabéticos) e SISPrena (Acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério), SIPACS (SI do Programa de Agentes Comunitários de Saúde), SISVAN (SI Vigilância Alimentar e Nutricional), SI-PNI (Programa Nacional de Imunizações), que são bases de dados utilizados no cotidiano das unidades de saúde da família (USF). [*Nota-se que estes dados podem ser acessados diretamente na Unidade de Saúde da Família (USF)*];

b) SIM (SI sobre Mortalidade), Sinasc (SI sobre Nascidos Vivos), SIA/SUS (atendimentos ambulatoriais pagos pelo SUS), Sinan (SI de Agravos Notificáveis), com dados colhidos no nível local, embora não necessariamente na USF.

c) Além destas, outras bases de dados em saúde são importantes para a prática da APS, tais como dados demográficos do IBGE, do SIH/SUS (SI sobre internações hospitalares), ou informações de

conselhos de classes profissionais (CRM, COREN, etc.)”  
(SAVASSI, 2006)

O próximo passo é, a partir da informação gerada e estudada, identificar principais problemas de saúde desta população que se quer abordar, os grupos de risco, o acesso dos pacientes ao sistema de saúde e a cobertura por programas de saúde, bem como a organização e gerenciamento dos programas da atenção básica. O conhecimento dos recursos de saúde disponíveis, bem como de toda a rede de apoio não só da saúde, mas intersetorial, é tão importante quanto o conhecimento dos problemas de saúde. Conhecer a realidade implica em:

- Definir a área de abrangência e a população adscrita da unidade básica que realizará a programação.
- Avaliar o cadastro atualizado da unidade e dos profissionais para verificar a capacidade instalada, calculando os parâmetros de rendimento de profissionais e equipamentos
- Levantar os dados populacionais da área adscrita, por faixa etária e gênero, para o cálculo da cobertura assistencial.
- Definir os parâmetros de cobertura para programação das ações e serviços de saúde correspondentes aos diversos grupos subgrupos de ações finalísticas da Atenção Básica, levando em conta o Pacto da Atenção Básica, acordado pelo município com a SES, as ações e áreas estratégicas definidas pelo município, estado e nível nacional, e a sugestão de parâmetros elaborada.
- Calcular os possíveis déficits de cobertura existentes, comparando a necessidade e o potencial de produção e os serviços disponíveis em seu território para sua população. A impossibilidade da equipe em assegurar a Atenção Básica à sua população ensejaria um planejamento de investimento para instalação de novos serviços ou otimização dos existentes, visando à garantia da atenção à saúde da população.

E, por fim, é desejável a adequação das ações aos 8 elementos essenciais da programação da atenção básica: educação sobre os principais problemas – controle e prevenção; disponibilidade de alimentos e promoção da nutrição adequada; suprimento de água potável e provisão de saneamento básico; saúde materno infantil, incluindo planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle das principais doenças endêmicas e epidêmicas; tratamento apropriado para as doenças e lesões comuns; provisão de medicamentos e materiais essenciais.

### **A definição das prioridades e o plano - Como ir “daqui para lá”?**

A definição de problemas e prioridades a se abordar decorre do fato de que o recurso em saúde nunca é suficiente para a realização de todas as ações necessárias. Basicamente, quando se fala em planejamento para a ação em Saúde está-se definindo prioridades e estas incluem priorizar tanto ações quanto recursos. Um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos. Sendo assim, um problema é auto-referido e dependente da perspectiva de quem o identifica. Em determinadas situações, o que é um problema para um ator, pode ser oportunidade para outros atores.

Santos (2007) defende o conceito de que “não há maneira ‘correta’ de decidir”, Os critérios são na maioria das vezes subjetivos, e mesmo os objetivos são afetados pela subjetividade. É aconselhável lidar com um ou dois problemas de cada vez, evitando-se a divisão de tarefas e de esforços em múltiplos problemas que acabam por pulverizar as ações e protelar resultados. É da sabedoria popular que vem o ditado: “quem tem uma prioridade (ou objetivo), tem uma; quem tem duas, tem meia; e quem tem três não tem nenhuma”.

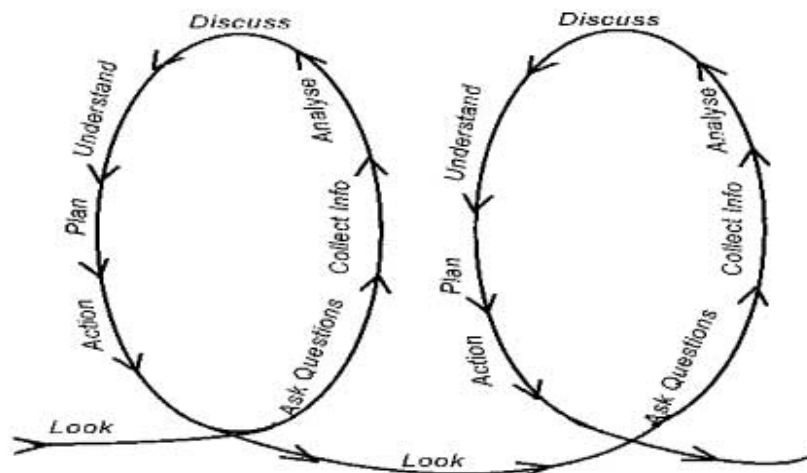
Alguns critérios podem ser úteis na definição de prioridades pela Equipe de Saúde. O conceito de “importância” dos problemas é também subjetivo: por exemplo, a importância do índice de infestação predial pelo vetor da dengue pode ser importante para a Secretaria Municipal, mas o Conselho local de saúde pode considerar mais importante a questão de pacientes restritos ao leito que não tem visita médica ou de enfermagem como nó crítico, especialmente porque não houveram ainda casos de dengue na magnitude de uma epidemia, e o agente comunitário pode perceber que a demanda de saneamento é o ponto chave dentro da mesma microárea. Ou talvez nenhum destes seja tão importante quanto a necessidade de maior segurança pública por parte do usuário.

Sugere-se que se aponte dentro dos problemas a serem enfrentados aqueles que possam ser classificados como críticos de acordo com os critérios de:

1. Frequência do problema
2. Morbidade e mortalidade relacionadas ao problema;
3. Efetividade das intervenções; (pouco, moderada, muito)
4. Custos da intervenção (alto, moderado, baixo).
5. É desejável (porém não obrigatório) priorizar “grupos” de maior risco: mulheres em idade fértil, crianças, idosos.
6. Outro critério envolveria não grupos etários e/ou prioritários, mas o critério econômico: grupos de trabalhadores, características socioeconômicas, etc.

A programação (plano) de ações é o próximo momento do processo de planejamento, visando à explicitação de compromissos entre equipes, gestores e população usuária. Para a pactuação destas ações, todos os atores importantes devem estar presentes e cientes da necessidade de sua participação para que o plano funcione e que os resultados sejam obtidos.

O plano é um dos *produtos* do processo de análises e acordos que documenta as conclusões desses acordos, indicando para onde se quer conduzir o sistema (objetivos gerais ou estratégicos) e como agir para as metas sejam alcançadas (estratégias e objetivos específicos ou de processo). Em verdade, o plano deve ser uma peça de vida efêmera – o *processo* de planejamento, em si, é que deve ser permanente – porque rapidamente vai perdendo sua atualidade face ao desenrolar da realidade. O ciclo de reflexão-ação seguinte exemplifica o caráter continuamente mutável do plano de ação.



Ciclo Reflexão-ação, baseado em Hope and Timmel 1984:11 e Colin and Garrow 1996:33 (6)

Dentre as diferentes estratégias de se planejar ações em saúde e em políticas públicas, destacam-se a técnica do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus, o Método Altadir de Planificação Popular – MAPP, e a Ação Comunicativa, proposta por Habberman. Entretanto, Tancredi (3) observa que “não existe ‘a teoria’ ou ‘o método’ de planejamento”:

“Há uma vasta literatura sobre planejamento; há, também, uma vasta terminologia. Uma fantasia freqüente é que exista “o método” de fazer planejamento. Todas as “teorias” e os “métodos” não escapam muito do dilema de Alice: definir qual o futuro desejado, isto é, aonde queremos chegar com o nosso sistema e como apontá-lo naquela direção, ou seja, que programas e decisões implementar para preparar a instituição/sistema a direcionar-se para um determinado rumo e a produzir resultados que nos levem ao futuro desejado. Muitos autores fizeram largas digressões sobre essa coisa tão simples, porque, obviamente, o jogo de forças, interesses e ideologias faz com que não seja sempre fácil definir esse “norte” e tampouco as formas de chegar lá. O melhor “método” é aquele que melhor ajudar numa determinada situação. (...) um método bom para o planejamento operacional de um problema específico de saúde não se presta para o planejamento de nível político. Da mesma maneira, um planejamento municipal que toma por base o método do PES de Matus para a sua fase de análise política sai bastante enriquecido quando a ele agregamos técnicas de ERP ou do MAPP. O método CENDES/OPS (...) legou-nos importantes conceitos sobre custo-benefício das ações em saúde ou, por exemplo, sobre a transcendência social dos agravos à saúde. Em suma, é pouco provável que na prática alguém siga *ipsis litteris* um determinado método; é mais provável que na seqüência do trabalho vá incorporando diversos instrumentos de trabalho retirados de muitas partes.” (TANCREDI, 1998)

## 4. Métodos de Planejamento e Programação em Saúde

### 4.1 O MÉTODO CENDES-OPS DE PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE.

Propõe-se uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade. Em suma, frente à impossibilidade, nos países subdesenvolvidos, de atender simultaneamente ao conjunto de necessidades de saúde, o CENDES-OPS estabelece uma série de critérios para orientar a intervenção sobre um problema e não sobre outro, no sentido de otimizar os recursos existentes. Estabeleceram-se, assim, critérios objetivos que orientavam e legitimavam a eleição de prioridades, com base em padrões econômicos e técnicos, privilegiando a intervenção sobre os problemas que respondiam melhor à tecnologia existente, àqueles mais expressivos numericamente e cuja solução teria uma suposta ação em outros setores da sociedade. O método CENDES-OPS teve o mérito de, pela primeira vez, trazer para as mesas de discussões do setor da saúde a preocupação com o uso eficiente dos recursos públicos, através de uma cuidadosa análise de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação. As primeiras críticas ao método surgem no início dos anos 70 e referem-se à sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e ao seu caráter prescritivo e normatizador. A partir dos questionamentos que o método sofreu ao longo desses anos, outras alternativas de planejamento do setor da saúde têm sido apresentadas. Porém é importante destacar que no nível da Unidade de Saúde, alguns atores consideram o CENDES-OPS como estratégico, especialmente quando se lida em ambientes de grande vulnerabilidade ou escassez de recursos.

### 4.2 ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA

A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apóia o planejamento *participativo* no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde. Tem como vantagens a simplicidade, baixo custo, rapidez, com informações específicas de populações definidas. Apóia-se em três princípios:

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

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

*O método:* A ERP propicia a identificação das condições de vida da população e a maneira como ela se distribui pelo território, evidenciando problemas que afetam a população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Apresenta como resultado um mosaico de necessidades específicas a determinados grupos populacionais. Esse recorte, a partir das informações coletadas, transportado para o *mapa do território*, permite e orienta sua divisão em áreas menores denominadas “microáreas de risco”.

O método se fundamenta na análise da *distribuição espacial* das características sócio-econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, o que auxilia a identificação das particularidades e evidencia as áreas de maior prioridade, orientando o planejamento das ações de saúde realizadas pela administração municipal segundo a especificidade de cada microárea. A estimativa rápida trabalha, fundamentalmente, com três fontes de dados:

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

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

1. *Um momento inicial de organização dos detalhes e das demais etapas da pesquisa:*

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

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

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

**Etapas da ERP:**

I – **Escolha da equipe:** Preferência à formação de uma equipe multissetorial. A possibilidade de mesclar indivíduos de setores distintos – saúde, saneamento, habitação, educação, por exemplo – enriquecerá o trabalho, pelo fato de propiciar uma análise da situação sob distintos pontos de vista.

II – **Escolha dos informantes-chaves:** Identificar indivíduos que por sua inserção na comunidade sejam capazes de representar os pontos de vista da coletividade. Atentar para a situação e organização de cada território para definir o elenco de informantes adequado.

III – **Desenvolver um cronograma**

Programar o tempo que se julga necessário, em dias ou semanas, e organizar as seguintes atividades em uma seqüência ideal:

- seleção dos membros da equipe;
- treinamento dos membros da equipe;
- análise dos dados existentes;
- reconhecimento inicial do campo;
- elaboração dos questionários;
- seleção dos informantes-chave;
- aplicação dos questionários;

- observação de campo;
- análise do conjunto de dados coletados das distintas fontes;
- definição das microáreas de risco e das necessidades de saúde.

#### IV – Elencar os dados pertinentes à análise

1. *Dados sobre a comunidade*: composição, movimentos migratórios, organização comunitária.
2. *Descrição do ambiente*: físico, sócio-econômico, distribuição dos problemas de saúde.
3. *Avaliação dos serviços e de suas condições*: tipos de serviços existentes – saúde, educação, centros sociais, creches –, condições de acesso e suficiência da oferta em relação à demanda.

#### V – Fontes de dados

1. *Censo*: analisar os dados e considerar o impacto dos movimentos migratórios externos – de outros municípios ou de outros Estados – e os internos
2. *Relatórios e outros documentos*: registros de planejamento municipal; gastos orçamentários; pesquisas realizadas; registros históricos; registros de hospitais e/ou unidades de saúde do município; registros de outras secretarias – Habitação, Meio Ambiente, Educação, Serviços Sociais; outros documentos disponíveis.

#### VI – Observação de campo

1. *Examinar o ambiente físico da área*: características locais de infra-estrutura urbana – rede de esgoto, arruamento, limpeza urbana, condições de habitação.
2. *Perfil dos moradores*: sócio-econômico, cultural, nível de escolaridade, demográfico, epidemiológico e o que mais se julgar importante.
3. *Examinar os tipos de serviços públicos oferecidos*: quanto à acessibilidade, qualidade, adequação à demanda.
4. *Atitudes dos informantes em relação à entrevista*: se o entrevistado transmite sinceridade ou se parece ter interesse em manipular a entrevista em favor de grupos.

#### VII – Elaboração dos questionários

O modelo indicado pelo método é o de roteiro de entrevista semi-estruturada<sup>2</sup>, para orientação quanto ao tipo de problema e sua causalidade e não somente a quantificação dos fenômenos. O objetivo da entrevista não é conhecer a opinião pessoal do entrevistado, mas apreender seu conhecimento sobre o território.

#### VIII – Análise dos dados

1. *Identificação das categorias*: agrupar as respostas segundo sua semelhança. A definição das categorias deve ser compartilhada pelos membros da equipe, porém devem ser coerentes com o objetivo que motivou a elaboração da questão.

---

<sup>2</sup> A entrevista semi-estruturada é um guia/roteiro que orienta o entrevistador para questões relevantes à investigação que não devem ser esquecidas. Porém, tudo se passa como se fosse uma conversa informal, em que o entrevistado fica à vontade para comentar o tema. É nesse contexto que podem, inclusive, ser abordadas questões não pensadas pela equipe. O entrevistador deve estar atento às “surpresas” e “dar corda” ao informante quando o assunto parecer pertinente.

2. *Classificação das respostas*: uma vez definidas as categorias, classificar as respostas.

3. *Interpretação das descobertas*:

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

#### IX – Desenvolvimento de um plano de ação

1. Definição de prioridades.
2. Identificação e planejamento de pesquisas consideradas necessárias ao processo.
3. Monitoração e avaliação.

#### 4.3 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Carlos Matus, chileno, estudioso sobre planejamento estratégico de governo, capacidade de governo, governabilidade, estilos estratégicos de governo, ex-Ministro do Governo de Salvador Allende, deixou o legado do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES mostra-se adequado para lidar com os problemas quase-estruturados dos sistemas de incerteza dura<sup>3</sup> por respeitar os requisitos básicos necessários ao planejamento em sistemas complexos. Dessa forma:

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

**PLANEJAMENTO:** É como preparar-se para uma ação investindo no aumento da capacidade de governar. Permite um melhor aproveitamento do nosso tempo e de nossos recursos, possibilitando que nossos objetivos sejam alcançados da melhor forma possível. Plano: produto momentâneo. Pensar antes, durante e depois de agir.

**ESTRATÉGICO:** Grego “**estratego**” denominação dos generais que comandavam as guerras, dá idéia de conflito. Diferença de atores, visões, propósitos, compromissos, objetivos, pensamentos. Alcançar o objetivo, modo de relacionar ou conquistar apoio e colaboração.

**SITUACIONAL:** Condição a partir da qual os indivíduos interpretam e explicam a realidade. Espaço socialmente produzido onde nos temos um papel intervimos juntamente com os outros. Espaço de produção social. Um mesmo ator pode perceber diferentes situações visando diferentes propósitos.

Na filosofia de Carlos Matus, o PES apresenta quatro momentos:

<sup>3</sup> Incerteza dura: definida por Matus como um contexto onde somente algumas possibilidades podem ser enumeradas e não é possível atribuir nenhuma probabilidade objetiva, o que de certa forma reflete a realidade das Equipes de Saúde da Família em relação ao contexto social

**MOMENTO EXPLICATIVO:** Conhecer a situação atual. Procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas, com a existência de outros atores.

**MOMENTO NORMATIVO:** Formulação de soluções para enfrentamento do problema, elaboração de Propostas de Solução.

**MOMENTO ESTRATÉGICO:** Construir viabilidade para as propostas de soluções, formulação de estratégias.

**MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL:** Execução do plano. Modelo de gestão, acompanhamento e avaliação do plano.

## **PASSOS DO MÉTODO:**

### **M 1 – EXPLICATIVO:**

#### **1. DEFINIR O ATOR QUE PLANEJA:**

Ter claro quem está assinando o plano, quais atores serão envolvidos.

#### **2. TER BEM CLARO A MISSÃO DA ORGANIZAÇÃO DO ATOR QUE FORMULA O PLANO:**

Nem sempre há clareza do conceito de missão. Ela deve conter três idéias básicas: qual produto, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a oferecer.

#### **3. FORMULAR BEM O PROBLEMA QUE SERÁ ENFRENTADO PELO PLANO:**

A escolha do problema deve ser orientada pela missão da organização /unidade e ou agenda de saúde. O plano deve-se ocupar com os problemas quase estruturados (multicausados sendo difícil enumerar todas as suas causas, as soluções nem sempre, são vistas como tais por todos ). Para aumentar a chance de acerto na escolha, é bom perguntar quais os problemas nossos usuários tem vivido? Quais dificuldades estamos tendo para cumprir nossa missão e a finalidade da área? O que interessa são os problemas finais ou seja, identificar o problema a partir de sua dimensão coletiva e abrir possibilidades de novas tecnologias de intervenção.

#### **4. DESCREVER BEM O PROBLEMA QUE SE QUER ENFRENTAR:**

As vezes um problema pode ser bem descrito com poucos descritores, até mesmo um. Ele deve quantificar o problema. O descritor não explica o problema apenas o caracteriza, descreve, mede, mostra o seu tamanho ou sua dimensão. A modificação dos descritores são os indicadores do sucesso do plano. Mede a evolução do problema.

#### **5. EXPLICAR AS CAUSAS DO PROBLEMA:**

É a hora de entender o problema, de explica-lo melhor. De identificar que outros problemas existem antes dele, fazendo com que ele exista. Aquele mais importante, que se atacado terá grande impacto sobre o problema é chamado de NO CRÍTICO. O instrumento utilizado no PES é o fluxograma situacional que descreve a cadeia em linha horizontal e que devido

ao seu rigor metodológico exige sempre a presença de um monitor com boa experiência dificultando a autonomia dos grupos criando a dependência de um consultor externo.

A árvore do problema(ZOPP) é mais “leve”, mas é frequente o seu mau uso causado pelo abandono de regras, levando a uma cadeia causal forçada. Mesmo cantando com a experiência do grupo para construir uma boa explicação, será sempre necessário uma revisão ou reavaliação da importância das causas apontadas como problema.

Desta forma o plano é revisto e refeito muitas vezes no interior do sistema de gestão.

## M 2 –NORMATIVO:

### 6. DESENHAR OPERAÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA (M2):

É o plano propriamente dito. Criar operações para acabar com o problema. Quais os resultados e soluções necessitamos, para acabar que a direção apontamos. É o momento onde as pessoas avaliam seu cotidiano, o seu processo de trabalho, chegam os resultados, visando a construção concreta do projeto de trabalho checam os resultados, visando a construção concreto do projeto idealizado. A efetivação de uma operação sempre consome algum recurso, seja ele econômico, de organização de conhecimento ou de poder. No planejamento tradicional o recurso mais valorizado é quase sempre o econômico ou financeiro e muitas vezes a falta de recursos de conhecimento, poder e organização são responsáveis pelo fracasso de um plano. As operações devem ser sempre formuladas com verbos em ação. Não é recomendável expressões como: melhorar, elevar...Quando a operação é bem formulada é possível identificar produtos concretos e resultados esperados. A partir daí deve-se estabelecer as metas.

PRODUTO: É o que fica mais palpável, imediatamente observável.

RESULTADO: É o impacto sobre o problema ou as causas do problema.

OBJETIVO: Pode se escrever ou então considerar que a seqüência de construção do plano leva a idéia de objetivos, ou seja, os resultados esperados conseqüências seria o objetivo geral do plano.

META: É o objetivo quantitativo em um prazo determinado. Mede a quantidade do produto a ser alcançado.

### 7. DEFINIR RESPONSABILIDADES:

É o momento de preparar-se para por o plano em ação, O responsável é aquele que ficará com a responsabilidade de acompanhar a execução de todas as ações necessárias para o seu sucesso. Ele deverá contar com o apoio de outras pessoas para garantir que sejam executadas prestando conta do seu andamento no sistema de gestão do plano.

## M 3 – ESTRATÉGICO:

### 8. ANALISAR A VIABILIDADE DO PLANO OU ORGANIZAR-SE PARA CRIAR A SUA VIABILIDADE:

A idéia central é que o ator que esta fazendo o plano não controla todos os recursos necessários para sua execução esta lidando com a incerteza. Significa o reconhecimento preliminar a respeito de que outros atores controlam recursos críticos para o plano, que eles formulam e jogam necessitando assim identificar que recursos são estes e quais são as motivações destes atores em relação aos objetivos do plano. São classificados em:

Motivação favorável: o ator apoia e disponibiliza o recurso para a execução do plano.

Motivação indiferente: não é certo o apoio e não está garantido o recurso.

Motivação contrária: oposição ativa contra o plano.

A avaliação que se faz das motivações é totalmente situacional, instável e sujeito a mudanças, o que significa que é possível modificar motivações. Não é preciso abandonar uma operação pelo fato dela a princípio demonstrar inviabilidade mas sim elaborar operações estratégicas para sua viabilização.

O ator fica mais fortalecido quando reconhece a própria fragilidade na medida em que se organiza para contornar, enfrentar ou superar suas limitações.

Neste momento também é importante prever situações (CENÁRIOS) onde o projeto será confrontado enviando surpresas desagradáveis (variáveis que controla e não controla) lembrando sempre que todo ator tem uma visão parcial da realidade (cegueira situacional). Há ângulos da realidade que não consegue inferir nem prever.

#### M 4 – TÁTICO – OPERACIONAL

##### 9. A GESTÃO DO PLANO:

A gestão do plano pressupõe a criação de um sistema de direção de alta responsabilidade, com mecanismos claros de petição e prestação de contas.

Ter que assumir compromissos é não só prestar contas se fez ou se não fez a tarefa, mas sobretudo analisar por que não foi possível fazer, reavaliando a adequação de operação proposta, o impacto das operações sobre os problemas que estão sendo enfrentados e também identificar problemas como ruídos do seu cotidiano que estão impedindo ou dificultando a implantação do projeto.

É comum nas organizações que as agendas dos dirigentes e gerentes fiquem lotadas de problemas emergenciais que não podem ficar para depois, fazendo com que nunca sistema de direção de alta responsabilidade o plano coloniza a vida institucional influenciando inclusive na sua reformulação estrutural. Assim, planejamento e gestão se fundem no que se poderia designar como GESTÃO ESTRATÉGICA.

#### 4.4 MAPP – MÉTODO ALTADIR DE PLANIFICAÇÃO POPULAR

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

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

**COMO APLICAR O MÉTODO:** O processo de planejamento deve ser desenvolvido preferencialmente em *oficinas de trabalho*, reunindo todos os atores, pois elas constituem-se num fórum pedagógico de trabalho cujo objetivo é favorecer a construção coletiva. Os membros da equipe de trabalho devem ser ativos no processo de elaboração do planejamento, e cada oficina deve ter como objetivo a elaboração de um produto e ao seu término algumas tarefas serão definidas para as oficinas seguintes.

## Etapas do MAPP

Passo 1 – Seleção dos problemas do plano

Passo 2 – Descrição do problema

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

Passo 4 – Desenho da situação objetivo

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

Passo 6 – Desenhos das operações e demandas de operações

Passo 7 – Definição das responsabilidades pelas operações

Passo 8 – Definição de responsáveis pelas demandas de operação

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

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

Passo 11 – Identificação de recursos críticos para desenvolver as operações

Passo 12 – Identificação dos atores que controlam os recursos

Passo 13 – Seleção de trajetórias

Passo 14 – Análise de vulnerabilidade do plano

Passo 15 – Desenho de sistema de prestação de contas

**Passo 1 – Seleção dos problemas do plano** mediante a avaliação dos resultados insatisfatórios que se observam na realidade, percebidos a partir do não-cumprimento ou divergência em relação a normas ou padrões considerados válidos pelo senso comum e que são passíveis de intervenção. Para que a identificação das divergências seja considerada um problema, é necessário descrevê-lo; caso contrário, segundo o próprio autor do método, não passará de um incômodo impreciso e sujeito a mais de uma interpretação. Os problemas deverão então ser ordenados segundo a importância que representam para o ator e a prioridade que se atribui à sua solução. É necessário que se conheça a realidade local – características sociais, demográficas, epidemiológicas e culturais da população residente; características do território em relação aos recursos sociais e de saúde, infra-estrutura urbana, por exemplo; relações de poder econômico e político. O método de ERP pode ser utilizado também nesse momento de reconhecimento da realidade local (análise situacional). Feita a análise da situação, os “incômodos” deverão ser processados para que analisar o quanto são importantes e a capacidade de enfrentamento de que se dispõe.

**Passo 2 – Descrição do problema:** Expressar os sintomas do problema, não suas causas ou conseqüências. Para tanto deve-se elencar um conjunto de descritores (d1, d2, d3, dn)<sup>4</sup>. Cada incômodo identificado no passo anterior deve ser declarado e descrito. A declaração corresponde ao enunciado do problema, que deve ser claro e objetivo.

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

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

---

<sup>4</sup> Entende-se por descritor o “fato ou afirmação necessária e suficiente para descrever o problema” tal qual no método PES.



Após definir metas – VDR – será necessário explicá-las, à semelhança do processo de explicação do VDP. Identificar as causas alteradas do plano capazes de gerar cada descritor (r) do VDR. A esse gráfico denomina-se “árvore da situação objetivo”: Para a construção da árvore de objetivos é necessário refletir bastante sobre algumas variáveis importantes, tais como: o tempo em que se pretende alcançar esses objetivos; os recursos necessários para tanto; a análise do impacto que cada operação irá gerar sobre os descritores do problema; e, por fim, comparar a situação inicial com aquela que se desenhou como desejada, de modo a ajustar as operações para atingir as metas ou, concluindo pela impossibilidade de potencializar o impacto delas, reduzir as metas para que sejam possíveis de realizar.

**Passo 5 – Seleção dos nós críticos:** identificar entre as causas que explicam o problema aquelas que, quando modificadas, por si só promovem a alteração de outra ou de uma série de causas. A essa série denomina-se *cadeia causal*. Portanto, para alterar o VDP, é necessário construir operações capazes de alterar os nós críticos do problema.

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

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

#### **Passo 6 – Desenhos das operações e demandas de operações**

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

**Passo 7 – Definição das responsabilidades pelas operações:** Designar para cada operação um responsável pela execução e prestação de contas ao ator que lidera o plano.

**Passo 8 – Definição de responsáveis pelas demandas de operação:** Designar para cada demanda de operação o responsável pela monitorização da atuação do ator que tem governabilidade sobre ela.

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

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

**Passo 10 – Identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano:** o ator precisa ter controle sobre recursos de relevância para o problema, uma organização minimamente estável e um projeto para intervir sobre a realidade. No município podemos considerar atores sociais o secretário municipal da Saúde, diretores de unidades, membros de conselhos gestores de unidades e do próprio conselho municipal de saúde, presidente de associação de amigos de bairro, presidente de associação comercial, diretor de escola, benzedeira. Ficam esses como sugestões, mas na verdade os atores devem ser identificados em cada realidade. Esta é uma técnica que o método nos propõe para permitir avaliar o peso de cada ator no sucesso ou insucesso de cada OP ou DOP.

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

- apoio (+)
- rejeição (–)
- indiferença real (O)
- indiferença tática (00)
- indiferença por desatenção (Ø)

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

**Valor:** Indica a importância que cada operação representa para cada ator:

- alto: A
- médio: M
- baixo: B

**Motivação:** Representa a força do desejo de atuar e é expressada pela combinação do valor e do interesse. A avaliação da motivação do conjunto de atores em relação a cada operação nos identifica quais delas apresentam consenso e quais são conflitivas.

**Passo 11 – Identificação de recursos críticos para desenvolver as operações**

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

**Passo 12 – Identificação dos atores que controlam os recursos**

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

**Passo 13 – Seleção de trajetórias:** A sequência de realização das operações é importante para o sucesso do plano. Para encontrar a melhor trajetória, sugerimos que se inicie por uma qualquer. Através da análise da coerência da disposição de cada operação no tempo é que se chegará à trajetória ideal. Essa análise deve ser feita mediante o questionamento do grupo sobre por que é melhor concluir uma determinada operação antes de outra. Essa pergunta deverá ser feita tantas vezes quanto for necessário, até que o grupo conclua pela melhor sequência.

**Passo 14 – Análise de vulnerabilidade do plano:** consiste em colocar em evidência, em cada operação, a condição que a torna vulnerável, aquela que é imprescindível para que

os resultados sejam alcançados. Significa que se ela não ocorrer a operação terá sido frustrada. Matus a denomina *condicionante letal*. Uma vez que ela seja identificada, deve-se planejar uma ação alternativa para garantir o sucesso da operação.

### Passo 15 – Desenho de sistema de prestação de contas

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

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

### Teoria da Ação Comunicativa

Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão contemporâneo, tem seu nome associado à Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, e a sua obra cunha uma crítica radical à sociedade industrial moderna. Estudioso da filosofia, da economia, da história, da política, da psicologia, do direito e da psicanálise. É por possuir esse rastro teórico plural, havendo a confluência de campos científicos diversos, que tem buscado dialogar acerca do conhecimento, das ciências, da sociedade, do Estado e da racionalidade. Habermas critica a estrutura das ciências objetivistas que negam a auto-reflexão como um elemento fundante da construção do conhecimento, tendo em vista que todo conhecimento constitui numa objetividade a partir de interesses.

A Teoria da Ação Comunicativa representa um esforço feito pelo autor para recuperar a relação entre sociedade e razão. Transpondo a Teoria de Habermas para o campo da Saúde definida como um direito, ela pode ser entendida como resultante do confronto entre, de um lado, os imperativos sistêmicos, mediados pelo dinheiro e poder e, de outro, os processos comunicativos de formação política da opinião e da vontade, próprios do *mundo da vida* (expressão da microrealidade cotidiana do indivíduo) e mediados pela solidariedade. Pensar a saúde como um direito social implica necessariamente pensá-la como decorrência da participação livre e igual de todos os envolvidos.

A teoria implica em valorizar o uso comunicativo cotidiano da linguagem pelos atores (sujeitos que interagem), ou a *linguagem como praxis social*, que procura valorizar a competência de formar frases e orações *e empregá-las, como atos de fala, em processos de entendimento*, na prática comunicativa cotidiana, inserindo-as na realidade e com elas definindo uma situação demarcada pela referência ao *mundo dos fatos* (função expositiva da linguagem), ao *mundo das vivências* (função representativa) e ao *mundo das normas* (função interativa).

Todo sujeito que fala tem a intenção de expressar, de forma inteligível, conteúdos verdadeiros sobre o mundo objetivo, corretos em relação às normas vigentes e verazes em relação ao *seu* mundo subjetivo, para que possa chegar ao entendimento com o ouvinte. Este *entendimento lingüístico* envolve o reconhecimento por parte do ouvinte de

“pretensões de validade” passíveis de julgamento. Neste jogo de valorização da comunicação, valoriza-se o papel tanto do ouvinte, aquele que se posiciona para receber o argumento, quanto o do falante, com a necessária defesa e fundamentação de sua fala na busca de um consenso.

Há o entendimento de que não só as questões de verdade proposicional, mas também as questões normativas e vivenciais são passíveis de *fundamentação racional*, o que se faz possível em face de uma racionalidade alargada, incorporada aos processos de alcançar o entendimento – a racionalidade comunicativa, que, à diferença da racionalidade instrumental, entendida como adequação entre meios e fins, refere-se a razões vinculadas:

- 1) às condições de validade dos atos de fala (referências adequadas aos fatos, normas e vivências);
- 2) às pretensões de validade levantadas pelos mesmos (os falantes supõe ter razões para levar o ouvinte a aceitar a oferta contida no seu ato de fala) e ao resgate (desempenho) destas pretensões, isto é, a apresentação de razões para justificar a pretensão questionada, caso seja necessário, sejam estas razões vinculadas a saberes e convicções compartilhados por todos, à comprovação do dito pela sua coerência com a ação, ou ao discurso.

A adoção da Teoria da Ação Comunicativa é útil, pois permite incorporar as críticas às práticas de saúde, sem, contudo, abrir mão do atendimento de legítimas necessidades dos cidadãos. Embora não possa ser encarada como um “modelo” de planejamento, sua prática cotidiana permitirá que a equipe que planeja a ação possa atingir sentidos comuns e valorizar a fala do outro no processo de planejar ações.

### **A Ferramenta PROGRAB**

A Política Nacional de Atenção Básica reafirmou o compromisso do SUS com a oferta de ações de saúde dirigidas para a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal, a promoção da saúde, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do Diabetes Mellitus e a eliminação da desnutrição infantil. Essas ações são de abrangência nacional, devendo ser compromisso de todas as equipes de Saúde da Família. A explicitação desses compromissos está orientada por um processo nacional de pactuação de metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de atenção básica acordados entre União, estados, municípios e Distrito Federal, o denominado Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Em cada município, espera-se que esse processo se capilarize para as equipes locais.

O aplicativo de Programação de Gestão por Resultados da Atenção Básica (Prograb) é um instrumento de programação *flexível* das ações de Atenção Básica, com base na população adscrita e parâmetros de concentração e cobertura populacional adequados à capacidade potencial de oferta dos recursos humanos que compõem as equipes, retrógradas ou de Saúde da Família. De adesão voluntária, aponta os compromissos das equipes com a execução de atividades para o alcance das metas anuais pactuadas pelos gestores municipais com as equipes e Secretaria Estadual de Saúde e, também, para o controle dos problemas locais. Adicionalmente, indica a necessidade de encaminhamentos para outros pontos de atenção do sistema de saúde e a demanda por exames complementares por área programática, visando programar a integralidade do cuidado oferecido aos grupos populacionais objeto das ações prioritárias, pactuadas nacionalmente e indivíduos.

Como ferramenta gerencial para equipes de Saúde da Família, o Prograb facilita a programação de ações orientada pela integralidade, explicitando compromissos com a população local para atingir resultados para o enfrentamento de problemas específicos (nível local, regional e estadual) e problemas comuns a todo o território nacional.

O Prograb apóia, também, o processo de monitoramento e avaliação das ações realizadas pelas equipes de Atenção Básica e Saúde da Família, relacionando-as com o cumprimento das metas anuais previstas para os indicadores pactuados pelo gestor municipal junto à secretaria estadual de saúde. No caso particular dos municípios acima de 100.000 habitantes, incorpora as metas pactuadas em torno do Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF).

Dispor de uma ferramenta para a programação das ações de saúde é um passo importante para o fortalecimento da capacidade técnica das equipes locais e um reforço à sua ação político-institucional junto à população usuária e às suas formas de representação na gestão cotidiana das unidades de saúde. A explicitação dos compromissos sanitários, de abrangência nacional, regional e local, sob a forma de atividades programadas de promoção e proteção da saúde, de prevenção de agravos, e de recuperação e manutenção da saúde da população reafirma a opção pelo aperfeiçoamento do SUS nas ações cotidianas da “ponta” do sistema.

O Prograb permite que se efetive o processo de organização das práticas das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, e também que essas se apropriem da Programação Pactuada e Integrada e o Pacto da Atenção Básica. Para atender a esses propósitos, suas principais características são:

1. Parametrização - apresenta parâmetros nacionais como orientadores para a programação. É relevante destacar que devemos sempre ter um olhar crítico sobre parâmetros, em especial, na Atenção Básica, considerando-os como orientadores, mas, não como verdades absolutas. Muitos dos parâmetros de prevalência de agravos são construídos na literatura pela experiência de centros especializados com perfil populacional que difere da população geral, alvo da ação das equipes de Atenção Básica. Dessa forma, nem sempre as equipes encontrarão os percentuais médios nacionais parametrizados em seu território.
2. Flexibilidade - permite modificações, inclusões e exclusões de áreas, atividades e parâmetros, ou seja, possibilitando a adequação às realidades locais de cada município e equipes de acordo com as prioridades definidas em um planejamento local participativo.
3. Possibilita pactuação entre equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, gestores locais e conselhos - Para além da programação local, o Prograb serve como um instrumento para a pactuação entre as equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, os gestores locais e os conselhos de saúde. Para tal, é imprescindível à participação efetiva das equipes em todas as fases do planejamento.
4. Permite o acompanhamento do trabalho das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família pelo gestor e pelos conselhos - A explicitação do compromisso das equipes, com a população adscrita, desde as atividades assistenciais até as ações intersetoriais e pluri-institucionais que serão realizadas durante o ano da programação realizada, permite ao gestor e aos conselhos um acompanhamento pari passu do trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família. Para tal, é imprescindível a participação efetiva dessas equipes nas fases anteriores de planejamento, incluindo as definições de problemas e ações prioritárias. Assim sendo, o instrumento fará o registro do que foi proposto e explicitará os compromissos de atendimento da população adscrita a essa equipe, podendo ser refeita, adaptada e renegociada quando for conveniente.

5. Pouca exigência tecnológica de hardware - software livre disponível em CD ou para download na página [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

A lógica de programação utilizada no Prograb está no fato de que programar a Atenção Básica exige o conhecimento de atividades e ações que compõem a prática das equipes de Saúde da Família. Com amplo espectro de atividades que agregam assistência, promoção, prevenção recuperação e manutenção da saúde, algumas áreas foram priorizadas para compor o escopo nacional da programação da Atenção Básica, destacando em cada uma das fases do desenvolvimento humano seus principais agravos e prioridades na atenção integral.

### 1. Áreas

As áreas da programação são as que dão conformidade às práticas das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família. A maior parte dessas apresenta atividades e ações de assistência, prevenção de doenças e promoção da saúde inerentes ao desenvolvimento do escopo da Atenção Básica/Saúde da Família. Outras como as áreas transversais trazem apenas a explicitação das ações.

O Prograb apresenta 13 áreas de programação, mas os municípios ou equipes poderão acrescentar novas áreas, ou excluir e modificar as existentes. A escolha dessas áreas deu-se em conformidade com as prioridades definidas no Pacto pela Saúde: (1) saúde da criança; (2) saúde do adolescente, (3) saúde da mulher, (4) saúde do adulto, (5) saúde do idoso, (6) saúde bucal, (7) saúde mental, (8) saúde do trabalhador, (9) controle da tuberculose, (10) eliminação da hanseníase, (11) DST/Aids, (12) demanda espontânea e (13) áreas transversais.

### 2. Subáreas

Para melhor elaboração da programação e garantir as especificidades de algumas atividades e ações de saúde, em algumas Áreas, as atividades e ações apresentadas foram agrupadas por Subáreas de atuação. Por exemplo: a área de Saúde da Criança é dividida em cinco Subáreas: (1) Crescimento e Desenvolvimento; (2) Assistência às Doenças Prevalentes na Infância; (3) Saúde Visual; (4) Alimentação e Nutrição e (5) Imunização. A Subárea (2) Assistência às Doenças Prevalentes na Infância, por sua vez, foi dividida em outras três Subáreas: (2.1) nfectorespiratórias, (2.2) Asma e (2.3) Diarréia. Dessa maneira, atividades e ações específicas para os fins propostos foram melhor detalhadas.

### 3. Atividade/Ação

Compreende toda Atividade e/ou Ação em saúde a ser desenvolvida pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, com finalidades de assistência, de prevenção de doenças, e/ou de promoção da saúde. São as atividades/ações características definidas como atribuição dessas equipes em cada uma das Áreas e/ou Subáreas de atenção à saúde. Compreendem e caracterizam o escopo da prática de saúde na Atenção Básica/Saúde da Família, definidas a partir de cada Área e/ ou Subárea de atuação da equipe de saúde.

### 4. Parâmetros

Para cada ação foi elaborada uma proposta de parâmetros como subsídio à programação da Atenção Básica/Saúde da Família, sob a lógica das necessidades de serviços para a população. Levou-se em consideração: (1) a cobertura e concentrações ideais segundo

normas técnicas do Ministério da Saúde; (2) consensos de especialistas; (3) publicações de organismos internacionais; (4) programações realizadas por secretarias estaduais e municipais nos últimos anos; (5) os parâmetros utilizados no instrumento de programação da PPI; e, (6) estudos de série histórica nacional de produção de procedimentos para os itens de urgência básica. Toda base da programação parte do perfil etário de sua população e da realidade epidemiológica de seu território.

É importante a atualização periódica da programação, considerando o dinamismo do processo de trabalho no nível local, e sempre que possível, acrescentar dados e informações da realidade local que forem colhidas, para serem trabalhadas pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família ou pelos níveis centrais das secretarias municipais de Saúde.

### **Aplicando o Planejamento a Equipe de Saúde da Família**

Apresenta-se aqui dois exemplos de aplicação do planejamento estratégico na prática das equipes de saúde, extraídos da revista APS de 2006 (Vol. 9, nº 1):

#### **“PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL DO CONTROLE DA HANSENÍASE NO ÂMBITO DO PSF: EXPERIÊNCIA DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC**

A hanseníase é considerada um problema de saúde pública passível de ser controlado com os métodos atualmente disponíveis. No Brasil, um dos países com maior prevalência no mundo, esse controle é uma das ações atribuídas ao Programa Saúde da Família (PSF). Nosso objetivo foi desenvolver uma forma de avaliação da resolutividade das ações do Programa Saúde da Família para a eliminação da hanseníase em Balneário Camboriú – SC. O método de trabalho utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), visando à resolução da situação-problema identificada pelo grupo, nos contextos locais das equipes de PSF onde atuava, relacionando-os com a realidade ampla de eliminação da hanseníase no município do estudo. Analisamos os dados epidemiológicos relativos à hanseníase no município, seguindo-se um reconhecimento dos recursos nele disponíveis e limitações para o controle da doença. Com isso, elaboramos um planejamento para concretizar as ações de controle da hanseníase no PSF, com posterior avaliação desse processo. O PES contribuiu efetivamente para a abordagem do problema, abrindo a possibilidade de aplicar metodologias similares em relação a outros indicadores da Atenção Básica.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Saúde da Família; Programa Saúde da Família; Planejamento em Saúde.”

<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v9n1/Hanseniase.pdf>

#### **PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO REALIZADO EM ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Apresenta-se o processo de Planejamento Participativo realizado na área 011 do Programa Saúde da Família – PSF, referente ao bairro Anália Lopes do município de Montes Claros. Consoante as orientações das metodologias Planejamento Estratégico Situacional – PES e Método Altadir de Planificação Popular – MAPP, em reuniões comunitárias,

foram feitos: levantamento de causas e conseqüências do macro-problema “desorganização da comunidade”, confecção de uma árvore explicativa para o mesmo, elaboração da situação objetivo e do plano de ação. Para efetuar as reuniões, utilizaram-se entrega de convites domiciliar e mobilização de atores sociais. Dentre os resultados obtidos, destaca-se a implementação do plano elaborado, culminando com a formação de uma Comissão Provisória de moradores que buscou por trâmites legais desfazer o principal nó crítico – “dualidade de associações” –, selecionando-se uma única, para a qual se elegeu uma nova diretoria.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde Comunitária; Planejamento Participativo; Programa Saúde da Família.

<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v9n1/Planejamento.pdf>

## Conclusão

Planejar em saúde implica em se realizar um exercício de política e cidadania. Isto porque o ato de planejar envolve a participação de todos os atores importantes para o processo: gerente, equipe, apoio, usuário. Em um contexto de recursos insuficientes para a execução de todas as atividades, associado a um volume de trabalho que supera a capacidade da equipe, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social, o Planejar deixa de ser uma ação complementar ou de melhoria do sistema para se tornar uma ação imprescindível no cotidiano da equipe.

O método de planejamento a escolher deve ser individualizado para cada situação. Haverão momentos em que a Ação Comunicativa poderá ser a melhor ferramenta a se utilizar, e em outros o planejamento sistematizado pode ser imprescindível para se organizar um plano de ação. Portanto, não existe um método melhor ou mais correto, e inclusive a associação de diferentes métodos é muitas vezes necessária e desejável.

Neste aspecto, a intenção deste marco teórico foi a de trazer a luz das discussões alguns conceitos, observações, críticas e alguns “métodos” ou “modelos” sistematizados de planejamento. No cotidiano da equipe de saúde da família, a individualização da demanda no sentido da escolha da melhor forma de se abordar um problema e planejar sua resolução, e especialmente a associação dos métodos pode propiciar uma objetividade de ações e planos que auxiliarão na melhoria da assistência prestada.

As referências a seguir foram selecionadas como fontes de referência para o Planejamento, estando disponíveis em sua grande maioria na Internet para busca e consulta.

## Bibliografia

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Glossário temático: Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam)** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_sisplam.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sisplam.pdf)
- (2) Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). **Planejamento em Saúde**. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/> [acesso em 01/03/2007]
- (3) Francisco Bernadini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. **Planejamento em Saúde**, volume 2. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).
- (4) Savassi, LCM. **MFC de A a Z: Banco de dados em APS. Jornal InterAtivo**. Ano 3, Ed. 1, nº 4, 2006. P.3. <http://www.smmfc.org.br/bancosdedados.htm>
- (5) Santos, MA. **Planejamento. Curso Preparatório para o Concurso de Betim 2007. AMMFC, Fonohosp, 2007**. <http://www.smmfc.org.br/betim.htm>
- (6) Department of Health and Community Services. Northern Territory Government of Australia. **CHAPTER 4 - Planning and Evaluating a Health Promotion Project**. In: *The Bush Book V. 1*, 2a Ed. 2001. [http://www.nt.gov.au/health/healthdev/health\\_promotion/bushbook/bushbook\\_toc.shtml](http://www.nt.gov.au/health/healthdev/health_promotion/bushbook/bushbook_toc.shtml)
- (7) Melo, Elza Machado. **Ação comunicativa , democracia e saúde**. *Ciências e Saúde Coletiva* 10 (supl.) 167-178, 2005.
- (8) Matus, Carlos. **O Plano como Aposta**. *São Paulo em perspectiva*. 5 (4): 28-42 out/dez. 1991.