



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E
CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

RÂNDSON SOARES DE SOUZA

**PLANEJAMENTO COMO DISPOSITIVO PARA ORGANIZAÇÃO E
FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEPÇÕES E
FINALIDADES**

**FORTALEZA - CE
2013**

RÂNDSON SOARES DE SOUZA

**PLANEJAMENTO COMO DISPOSITIVO PARA ORGANIZAÇÃO E
FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEPÇÕES E
FINALIDADES**

Monografia apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientação: Prof Ms. José Guilherme Said
Pierre Carneiro

**FORTALEZA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Economia, Administração e Contabilidade.

Souza, Rândson Soares de
Planejamento Como Dispositivo Para Organização E Funcionamento Do Sistema Único
de Saúde: Concepções e Finalidades– 2013.

Monografia (Graduação em Administração de Empresas) – Universidade Federal
do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e
Secretariado, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Administração de Materiais.

Orientação: Prof. Ms. José Guilherme Said Pierre Carneiro

1. Planejamento em Saúde. 2. Organização do Acesso. 3. Saúde Pública

RÂNDSON SOARES DE SOUZA

**PLANEJAMENTO COMO DISPOSITIVO PARA ORGANIZAÇÃO E
FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEPÇÕES E
FINALIDADES**

Monografia apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientação: Prof Ms. José Guilherme Said
Pierre Carneiro

Aprovada em: 20/12/2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof.Ms. Ms José Guilherme Said Pierre Carneiro (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Ms. Carlos Manta Pinto de Araújo e
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa.Ms. Juliana Vieira Corrêa Carneiro
Universidade Federal do Ceará - UECE

Ao Grande e Adorável Deus Pai, Filho e Espírito Santo fonte inesgotável de bênçãos, misericórdia e paz em minha vida. Pelo Dom da Vida e pela certeza de ser estrangeiro aqui.

A minha mãe Juraci Soares que sempre acreditou que era possível e que na simplicidade do viver me ensina os reais e bons valores do mundo da vida. E sempre me questionou: E administração Rândson, terminou ? Valeu pela cobrança, nesse caso tão necessária.

Ao meu pai Oriel Mota que em com seu jeito de ser me ensinou que vale a pena lutar pelo aquilo que acreditamos ser o certo.

Ao meu irmão Rannyere Soares de Souza pelo apoio e exemplo de coragem de lutar pelo que se que da vida.

Aos meus sobrinhos Allanis Lua, João Henrique e Jonothas por fazer lembrar como é bom viver em família.

Dedico este trabalho!

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Ms José Guilherme Said Pierre Carneiro por sua confiança que me instigou a acreditar que finalmente era chegada a hora de concluir a graduação em administração e por ter me dado subsídios e me acompanhado no meu crescimento acadêmico e profissional.

Ao Professor Ms. Carlos Manta Pinto de pelo aceite em participar da banca de apresentação de monografia e pelas considerações pertinentes, efetivas e próprias das experiências na área administrativa.

Aos funcionários Marcus e Alzira que no âmbito acadêmico se fizeram prestativos e necessários.

A amiga Fabianne Severino Lima pelo zelo e pelo compartilhamento diário das angustias, incertezas e vitórias de nossas vidas que extrapolam o mundo vivido do estudante e administração.

Ao amigo Leilson Lira que na vivência diário dos aperreios e doidices compartilha o pensamento de que sempre tudo dará tempo e certo, mesmo diante de um chronos que sufoca, prefere também acreditar em Kairós, no tempo que não passa.

Amiga Noêmia Reis que em nossas proximidades cotidianas que permite alegria de ver e acreditar que a roda já foi inventada e que ela só precisa girar.

Ao amigo Washington Nunes pela (des)compreensão e confiança compartilhada.

As minhas colegas de turma Anne Karoline, Natalia Batista e Érica Rodrigues pelas as alegrias e também pelos momentos difíceis compartilhados nas longas e pequenas filas da vida.

As agências de fomento em pesquisa FUNCAP e CNPq pelo investimento financeiro proporcionando desde minha iniciação científica junto aos trabalhos da temática de estudo.

À Universidade Estadual do Ceará e Universidade Federal do Ceará em especial todo o Corpo Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Administração respectivamente destas instituições, por ter me possibilitado uma formação pautada com uma preocupação de um Sistema Único de Saúde que possa ser eficiente, eficaz e efetivo.

RESUMO

A organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentam problemas recorrentes cotidianamente revelada por meio da insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e da forma como os profissionais e a gestão de saúde operam os serviços. Compreende-se então que todo e qualquer serviço, inclusive o serviço de saúde, necessita da prática de planejamento. Nesse sentido, o presente estudo analisa qual o conhecimento produzido e divulgado em banco de dados da área da saúde que recorta como objeto de estudo o planejamento como dispositivo para organização e funcionamento dos serviços do SUS. O estudo se caracteriza como um estudo de natureza qualitativa e do tipo bibliográfico. A fonte de coleta de dados utilizada foi os bancos de dados eletrônicos SciELO E LILLACS. Na busca utilizou-se dos descritores; planejamento em saúde; planejamento em saúde pública e acesso aos serviços de saúde, bem como foram utilizados os bancos de dados das bibliotecas da Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Ceará, complementado por documentos oficiais de domínio público, sendo o levantamento referente a 1988, ano de criação do SUS, a 2013. Ressalta-se que foi levando em consideração os passos metodológicos da revisão integrativa/literatura. Foram ao todo analisadas 31 produções científicas e/ou documentos oficiais. A análise dos dados seguiu os pressupostos da análise de conteúdo, explorando os núcleos de sentido encontrados após leitura flutuante e exaustiva, acompanhado dos fichamentos dos textos captados. O conteúdo selecionado permitiu a elaboração de três categorias temáticas que versam sobre as diferentes concepções atribuídas ao planejamento no setor saúde, a finalidade do planejamento para organização do acesso aos serviços de saúde, sendo esse entendido num contexto econômico, técnico, político e simbólico. Analisou-se que o planejamento tem potencialidades diversificadas, permitindo a elaboração de estratégias e metas para se alcançar objetivos, considerando os aspectos de uma dada realidade local de cada um de seus territórios e de cada uma das suas redes assistenciais de saúde no amplo espaço de atuação do SUS. Mas reconhece-se como grande entrave para boa utilização da instrumentalidade já existente, o fato de haver conflito de interesse ou então uma comunicação não efetiva dos atores sociais que cotidianamente se implicam para que o SUS se concretize em ato.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Organização do Acesso. Saúde Pública.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01- Evolução do Pensamento Estratégico segundo Mintzberg	18
Quadro 02- Comparação entre as prioridades do Planejamento Normativo, Estratégico e Analítico	30
Quadro 03- Caracterização dos estudos quanto ao ano de publicação, base de dados, tipo de produção, objetivo da produção.	36
Quadro 04- Consolidado da produção analisada	39
Quadro 05- Linhas de investigação dos desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos da relação entre o Planejamento Estratégico Situacional e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas	46
Figura 1- Pirâmide do sistema de saúde	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 O Interesse pela Pesquisa, o Objeto e os Questionamentos do Estudo	9
1.2 Estrutura do Trabalho	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3-EIXO TEÓRICO	15
3.1 Planejamento na administração de empresas: conceitos e fundamentos do enfoque estratégico	15
3.1.1 Planejamento Estratégico: evolução dos conceitos e fundamentos	16
3.2 Planejamento em Saúde: uma abordagem do contexto e historicidade de suas práticas	23
4 METODOLOGIA	31
4.1 Natureza e tipo de Estudo	31
4.2 Fontes de coleta, análise e apresentação dos dados	31
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5.1 Apresentação das categorias temática e caracterização dos estudos	35
5.2 Planejamento como dispositivo para a organização e funcionamento dos serviços de saúde: diferentes concepções	40
5.3 O uso do planejamento como dispositivo para garantia do acesso nos serviços de Sistema Único de Saúde	50
5.4 Processos e instrumentos para o planejamento nos serviços do Sistema Único de Saúde	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Interesse pela Pesquisa, o Objeto e o Questionamento do Estudo

A perspectiva do encontro de um objeto de pesquisa comum às áreas estudadas desde o período da graduação em enfermagem e administração tem permitido o interesse de pesquisa nas temáticas de planejamento em saúde. Ao passar do tempo, as vivências práticas no cotidiano dos serviços de saúde permitiram uma reflexão e a necessidade de um posicionamento enquanto ator social e político do Sistema Único de Saúde.

Assim, assumindo o papel de pesquisador da temática e vinculado a Universidade Estadual do Ceará, ora estudante e ora professor, e sob financiamento de agências de fomento a pesquisa, como a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pode-se desenvolver o estudo de término de curso de graduação em enfermagem acerca do planejamento como dispositivo de consolidação do acesso e posteriormente já como discente da linha de pesquisa de políticas e planejamento em saúde do mestrado acadêmico na área de saúde e enfermagem pode-se estudar o planejamento da rede regional estadual de atenção psicossocial, envolvendo a pactuação de sete municípios cearense.

Daí, então, ressalta-se a motivação para realizar o trabalho monográfico do Curso de Graduação em Administração pautado pela a análise da produção científica sobre planejamento na perspectiva de um dispositivo para a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde que se presta por uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990). Essa rede trata da organização do sistema em três níveis de atenção: o primário de acordo com Starfield (1992, p.2): “É o nível básico de atenção oferecido uniformemente a todos, responde aos problemas mais comuns da comunidade ao oferecer serviços preventivos, curativos e reabilitadores para maximizar a saúde e o bem-estar”; o secundário e o terciário, para onde serão referenciados os casos de especialidades e os mais complexos, visando, assim, uma integração dos serviços para uma melhoria na qualidade da assistência.

No entanto, sabe-se que a assistência à saúde prestada pela rede pública do SUS, sobretudo o atendimento é considerado fator crítico de sucesso, pois dependendo da eficácia dos serviços o usuário pode ter o seu problema sanado mais rapidamente. No entanto, apesar dos esforços governamentais a capacidade de atendimento está abaixo da procura, tanto em aspectos estruturais quanto em aspectos que envolvem as relações sociais (VILLAVICENCIO; SABBADINI, 2007).

Assim, a organização e funcionamento do SUS enfrentam problemas recorrentes como: as longas filas de espera por atendimento, organizadas por ordem de chegada, sem avaliação do risco; pela demora no atendimento; o número de profissionais para o atendimento é pequeno com relação à demanda; faltam medicamentos; as instalações chegam a ser precárias. Enfim, situações que têm sido observadas cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, sendo revelada por meio da insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e da forma como os profissionais e a gestão de saúde operam os serviços.

Compreende-se então que todo e qualquer serviço, inclusive o serviço de saúde, necessita da prática de planejamento. Essa perpassa por definir objetivos a serem alcançados, sendo que para que isso ocorra é necessário traçar um plano específico para que se possa sair de uma situação conhecida para uma situação desejada, definindo então um curso específico de ações que se dá de forma processual (MAXIMIANO, 2006).

O ato de não planejar as ações pode então refletir-se em uma assistência desqualificada que impossibilita o acesso e acolhimento adequado, bem como dificulta o estabelecimento do vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários. Desata forma “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for” (MATUS, 1993, p.14).

Nesse entendimento, e considerando os últimos anos que consolidaram o SUS no Brasil, o campo da ciência denominado de Saúde Pública/Coletiva compreende um campo de produção de saberes e práticas em saúde, tendo o planejamento em saúde como uma disciplina que congrega esse campo, sendo então eixo aglutinador para objetos de investigação e propostas de intervenção social, como por exemplo, na gerência de unidades ambulatoriais, na gestão de pessoas, nos programas assistenciais, na avaliação das atividades e ações dos serviços de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; SCHRAIBER et al, 1999).

Paim e Almeida Filho (1998) consideram a Saúde Coletiva;

[...] como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o **planejamento/administração** de saúde e as ciências sociais em saúde. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p.310).

Considera-se que todas as questões em que o planejamento serve como dispositivo para investigação e propostas de intervenção podem comumente serem observados em qualquer organização. No entanto, a colocação de Malik (2003) ao escrever o prefácio do livro “O planejamento no labirinto; uma viagem hermenêutica” de Campos (2003) é pertinente, uma vez que sugere que uma das questões presentes na mente dos profissionais de saúde e dos envolvidos com a prática e com o planejamento no setor é o porquê de algumas diferenças entre a literatura de administração no que se refere ao planejamento aplicado às organizações em gerais e as voltada ao SUS.

Malik (2003), afirma que há autores que apontam para especificidades e propõem abordagens e interpretações diferenciadas, partindo de uma premissa diferente sugerida por Chorny (1998)¹ de que o propósito do planejamento em saúde é a saúde. Essa diferença de interpretação fica clara quando se entende que o objetivo, as finalidades da administração e planejamento nas organizações em geral são os lucros financeiros.

No SUS, a lógica da finalidade, do objetivo é outra. Basta observarmos que seus princípios doutrinários que incluem; Universalidade, uma vez que deve atender a todos, sem distinções; Integralidade, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida, e deve ser tratada como um tudo. Além disso, as ações de saúde devem estar voltadas ao mesmo tempo para o indivíduo e para a comunidade, para a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e ainda o princípio da Equidade, devendo assegurar ações de saúde de acordo com a necessidade de cada pessoa, tendo o Estado o dever de promover ações e serviços de saúde mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 2006).

¹ Chorny, A.H. *Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. Cuadernos Médico-Sociales*, v.73, p.5-30, 1998.

Assim, o planejamento em saúde tem fundamental importância e deve ser investigado quanto as suas contribuições para se atingir a integralidade, sobretudo no que se refere à garantia do acesso e o oferecimento de respostas aos problemas de saúde do usuário e da comunidade, bem como as contribuições no que se refere à organização e o funcionamento dos serviços de saúde, proporcionando até mesmo sua maior eficiência, eficácia e efetividade.

Diante do exposto, o presente trabalho justifica-se por apresentar relevância à medida que através de um embasamento teórico poderá ser identificado à produção do conhecimento e a partir dessa produção a identificação de problemas que necessitam da elaboração e da implantação de estratégias para sanar ou diminuir as fragilidades do processo de planejamento no SUS, bem como possa apontar processos, instrumentos e os meios de fortalecer as potencialidades das ações de planejamento que se articula com a organização e funcionamento dos serviços, colaborando, assim, para a consolidação do SUS, sobretudo no que tange ao acesso a um atendimento de qualidade em seus serviços. Podendo ainda ser um material de apoio aos que se interessem pela temática de pesquisa do planejamento em saúde, conhecendo aqui suas premissas e particularidades.

Para tanto o presente trabalho, levanta como questionamento a seguinte pergunta:

Qual o conhecimento produzido e divulgado em periódicos da área da saúde que recorta como objeto de estudo o planejamento como dispositivo para organização e funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde desde a sua criação no ano de 1988?

1.2 Estrutura do Trabalho

No sentido de propor o embasamento teórico que possibilite respostas aos questionamentos levantados, esta pesquisa foi didaticamente e metodologicamente apresentada conforme a descrição dos tópicos/capítulos que a compõem; Objetivo, fazendo uma diferenciação de objetivos gerais e específicos, definindo mais especificamente a que se propõe o estudo; Eixo Teórico, em que se apresenta o tema do estudo de forma mais abrangente e contextualizada com a conjuntura histórica da aplicabilidade do planejamento no setor saúde; Metodologia, em que se explicam os passos seguidos para conformação e apresentação dos dados encontrados mediante as fontes de coleta de dados; Análise dos Resultados e Discussão, em que propriamente se apresenta respostas aos questionamentos levantados seguido dos tópicos de Considerações Finais e Referências.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar qual o conhecimento produzido e divulgado em periódicos da área da saúde que recorta como objeto de estudo o planejamento como dispositivo para organização e funcionamento dos serviços do SUS.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar como vem sendo apresentado o tema planejamento em saúde em textos científicos em relação ao tipo de publicação, ano de publicação e as principais temáticas de discussão.

Descrever quais as concepções atribuídas ao planejamento nas organizações que conforma o SUS.

Identificar os processos e instrumentos que viabilizam a prática do planejamento no SUS.

Discutir a partir da produção científica a finalidade do planejamento para a organização do acesso aos serviços do SUS.

3 EIXO TEÓRICO

3.1 Planejamento na administração de empresas: conceitos e fundamentos do enfoque estratégico

O planejamento pode ser entendido como de fato a primeira função administrativa, seguido da organização, direção, controle e liderança. Sendo a primeira exatamente porque sem planejamento não se faz administração no seu sentido científico. Portanto, o planejamento é a base que norteia todo o processo administrativo. É uma técnica que visa tomar decisões antecipadas decorrências futuras e traçar um programa de ação.

Maximiano (2006) coloca que a prática do planejamento consiste em definir objetivos a serem alcançados, sendo que para que isso ocorra é necessário traçar um plano específico para que se possa sair de uma situação conhecida para uma situação desejada, definindo então um curso específico de ações que se dá de forma processual.

Segundo Marcelino (2004), a evolução do planejamento acompanha a trajetória histórica das teorias administrativa. Podendo então ser classificado em quatro fases, sendo citadas aqui as três primeiras; A Fase 1 - Planejamento financeiro – anos 1950 - ênfase estava na elaboração do orçamento, desconsiderando outras variáveis; Fase 2 – Planejamento de longo prazo – anos 1960 - ênfase à projeção de tendências e à definição dos objetivos, a problemática consistiu na rigidez dos planos e não adaptação as variáveis ambientais; Fase 3 – Planejamento estratégico – anos 1970 – ênfase na análise do meio-ambiente, contemplando cenários e as possíveis mudanças no ambiente de negócio para desenvolver as diretrizes estratégicas.

Por fim, a quarta e ultima fase merece destaque essa abordagem é e se faz salutar uma vez que a propagação e aplicabilidade de seus conceitos, fundamentos foram os que mais se propagaram, conhecida como Planejamento Estratégico – anos 1980- enfatiza a adaptação, visando reduzir dependências e incertezas ambientais com base na orientação estratégica do próprio sistema de valores das organizações, enfrentando a complexidade da coordenação de muitas variáveis ambientais. Dado a importância no contexto atual, essa abordagem é detalhada a seguir.

3.1.1 Planejamento Estratégico: evolução dos conceitos e fundamentos

O enfoque estratégico do planejamento está pautado na preocupação de antecipar e determinar as ações futuras da organização num ambiente de incertezas e mudanças. Na literatura da gestão empresarial se encontram diversas análises acerca do planejamento estratégico que podem contribuir para o seu emprego até mesmo na gestão pública, desde que consideradas as suas características específicas. Entre os autores pode-se mencionar Ansoff e McDonnell (1993), Certo e Peter (1993), Oliveira (2007), Motta (2002), Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), baseados em tais serão apresentados sucintamente nessa secção a evolução, os conceitos e os fundamentos do enfoque do planejamento estratégico.

Para Motta (2002), o conceito de estratégia numa perspectiva histórica pode ser compreendido a partir de sua origem grega, que no início dessa civilização servia para designar a função administrativa do generalato, associado então à visão militar e modernamente, passou ainda a estar associado a jogos. Os autores de administração trataram estratégia, no sentido militar, não como ciência, mas como arte, utilizando mais para explicação e para analogia com o conceito de administração moderna do que de aplicá-lo diretamente à gestão. Tendo-se ênfase racional e científica da administração somente a partir da segunda metade do século XX, servindo tal mudança para qualificar e caracterizar a amplitude das mudanças crescentes deste século.

Mas especificamente na década de 1960 o conceito de estratégia se popularizou e foi associado ao planejamento. O planejamento estratégico surgiu então no momento em que as grandes organizações sentiram a necessidade de aperfeiçoar seus processos de planejamento e gerência, entendendo-os não mais atrelados apenas às dimensões racionais da gerência para dominar as ambiguidades do meio ambiente, mas sim o pensamento estratégico de métodos de fato mais racionais e analíticos que permitisse a criação de futuros alternativos e promissores.

Além do mais, a competição global e aguerrida ou a escassez de recursos criou uma ambiência de hostilidade que, aliada à imprevisibilidade, passava a produzir na gerência a sensação de falta de controle. Passou-se então a enfatizar a importância do planejamento estratégico nas suas perspectivas de continuidade, sistematicidade e contingência, aceitando-o mais como um processo emergente de um conjunto de decisões e ações que levem ao alcance de objetivos organizacionais do que apenas algo antecedente ao processo de implementação,

surgindo assim a ideia de gerência estratégica, sendo estratégia entendida como um “conjunto de decisões fixadas em um plano ou emergente do processo organizacional, que integra missão, objetivos e sequência de ações administrativas num todo interdependente” (MOTTA, 2002, p.82).

De acordo com os autores, durante o século XX, foi também a “turbulência” crescente do ambiente tem levado as organizações a inventarem sistemas progressivamente mais complexos e refinados. Dois tipos diferentes têm surgido: sistemas de posicionamento – planejamento de longo prazo (PLP), planejamento estratégico e administração da posição estratégica que orientam o esforço da organização no ambiente; e sistemas em tempo real – administração de questões com sinais de alta frequência, administração de questões com sinais de baixa frequência, administração de surpresas – que reagem a modificações ambientais rápidas e imprevistas uma de cada vez, afirmando que a escolha da combinação de sistemas para determinada organização depende das características, em termos de turbulência, dos ambientes nos quais atua ou espera ingressar (ANSOFF; MCDONNELL, 1993).

Montgomery e Porter (1998) afirmam que a estratégia se tornou uma disciplina gerencial plena na década de 80, com o desenvolvimento dos estudos na área de estratégia. Muitas das ferramentas e técnicas primitivas de planejamento estratégico foram então substituídas por abordagens mais sofisticadas, apropriadas e fáceis de se colocar em prática. Para os autores, o planejamento estratégico evoluiu de uma arte praticada por poucos especialistas para se tornar parte integrante do trabalho de todos os gerentes de linha. Este aumento da importância da atividade teve um impacto imediato nas organizações.

Para Mundstock (2008), as formulações iniciais na área até as abordagens mais recentes, guardam em si uma característica constante: o ecletismo de perspectivas de análise. Tal constatação pode ser percebida na abordagem de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), cuja obra recebeu o título de Safári de Estratégia. Nessa aponta-se dez escolas de pensamento e suas respectivas concepção de estratégia organizacional, conforme descrição resumida no quadro a seguir.

Quadro 01- Evolução do Pensamento Estratégico segundo Mintzberg

Escolas de Pensamento	Concepção da Estratégia
Escola do Design	Estratégia como um processo de concepção na mente do estrategista
Escola do Planejamento	Estratégia como o resultado de um processo formal
Escola do Posicionamento	Estratégia como resultado de uma análise da indústria
Escola Empreendedora	Estratégia baseada na visão do estrategista
Escola Cognitiva	Estratégia como um processo mental
Escola do Aprendizado	Estratégia como um processo emergente e de aprendizagem
Escola do Poder	Estratégia imersa em relações de poder
Escola Cultural	Estratégia como resultado da cultura presente na organização
Escola Ambiental	Estratégia como um processo de adaptação aos ditames ambientais
Escola de Configuração	Estratégia como um processo de transformação

Fonte: Adaptado de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) e Mundstock (2008).

De acordo com Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), a escola do design focaliza a formulação de estratégia como um processo de desenho informal. Já a escola do planejamento, desenvolvida paralelamente com a primeira, enfatiza a formulação de estratégias como um processo de planejamento formal separado e sistemático. Nos anos 80 surgiu a escola de posicionamento, mais preocupada com o conteúdo das estratégias, focando na seleção de posições estratégicas no mercado. As seis escolas seguintes são de natureza descritiva e consideram aspectos específicos do processo de formulação de estratégias. A última escola - da configuração - procura combinar as escolas anteriores em busca da integração de várias partes em torno de um todo maior, ou seja, o processo de formulação de estratégias, conteúdo, estruturas organizacionais e seus contextos, em estágios distintos.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p. 48) apontam as seguintes premissas da Escola do Planejamento, incluindo que; as estratégias devem resultar de um processo controlado e consciente, bem como formalizado e elaborado, decomposto em etapas distintas, cada uma delineada por checklists e apoiada por técnicas; a responsabilidade por todo o processo compete, em princípio, ao executivo principal; na prática, a responsabilidade pela execução é da equipe de planejadores; e as estratégias surgem do processo, devendo ser

explicitadas para que possam ser implementadas através da obtenção detalhada a objetivos, orçamentos, programas e planos operacionais de vários tipos.

Quanto à metodologia do processo formal de planejamento estratégico, numa abordagem direta e fácil, destaca-se o modelo descrito por Stoner e Freeman (1995), bastante difundido e ainda hoje utilizado, o qual consiste nos passos que possam ser traduzido em uma pergunta ou uma simples afirmação, sendo eles; O que queremos? O que estamos fazendo agora para obtermos o que queremos? O que há “lá fora” que precisa ser feito? O que somos capazes de fazer? O que podemos fazer e o que precisa ser feito? Continuar o que estamos fazendo agora vai nos levar aonde queremos ir? Isso é o que faremos para obter o que queremos? Fazê-lo e Checar, frequentemente, para ter certeza de que estamos fazendo o certo. Assim, seguindo estes passos, a empresa garante a realização do processo de planejamento com os elementos mínimos necessários para aproveitar seu potencial de contribuição para o sucesso da empresa.

Daí então a administração na escola do planejamento tem como consequência direta a aquisição da perspectiva sistêmica e contingencial em que o planejamento estratégico parte da premissa de um ambiente em constantes modificações, que exige um processo contínuo de formulação e avaliação de objetivos, baseado em fluxo de informações sistêmicas sobre as transações entre ambiente e organização, que determinam e influenciam possíveis variações de missão socioeconômica da empresa (ATHANÁZIO, 2010).

Desta forma, a ideia do planejamento estratégico introduz a visão ampla da empresa, conforme sua inserção no contexto social, econômico, político e cultural, e não mais limitado à natureza do negócio ou de objetivos específicos. Amplia-se então o horizonte de ação da organização, instituindo-se novos métodos analíticos e prospectivos não mais se praticando isoladamente as previsões por estudos de estatísticos, mas sim por meio de uma análise de conjuntura das situações reais. Enfim, cria-se, na gerência, a ideia de planejamento e avaliação como dimensões contínuas e sistemáticas de ações e reações que são vivenciadas pelo ambiente de mercado que as empresas atuam (MOTTA, 2002, 2003).

Motta (2002, 2003) fornece uma diferenciação entre as ideias principais do planejamento estratégico em comparação com os métodos anteriores de formulação de diretrizes empresariais, em que mostra que o planejamento estratégico, além dos avanços metodológicos, significa a conquista da visão de grande escopo e longo prazo na

determinação dos propósitos e caminhos organizacionais. Tal planejamento se volta para o alcance de resultados através de um processo contínuo de antecipar mudanças futuras, tirando vantagem das oportunidades que surgem, examinando os pontos fracos e fortes da organização, estabelecendo e corrigindo cursos de ação em longo prazo.

Para Borges e Araújo (2001), o planejamento estratégico requer um processo intencional de mudança organizacional, através do qual, uma organização, partindo da análise do ambiente externo e de sua situação interna, define sua missão e determina seus objetivos e metas, estratégias e meios para alcançá-los num determinado período de tempo. Sendo assim o planejamento um poderoso instrumento de intervenção na realidade que, quando bem utilizado, constitui ferramenta fundamental para o desenvolvimento das organizações.

O planejamento estratégico é uma ferramenta que possibilita à instituição compreender e responder, de forma adequada, a mudanças que estejam ocorrendo ou que se pode esperar que ocorram no seu ambiente externo. De tal forma que em um mundo globalizado, cujas características são as fortes mudanças e a competitividade, o planejamento está se tornando indispensável para o sucesso e a sobrevivência organizacional. Passa a ser contínuo e ininterrupto flexível e adaptável, e não mais um monopólio da alta direção. Busca manter a relevância e a sustentabilidade institucional das organizações. Trata-se de uma ferramenta de auto-organização, de mudança de capacidades, processos e resultados, com vistas à melhoria da eficiência e eficácia (BORGES; ARAÚJO, 2001; CASTRO, 2005).

Em seus fundamentos, a adoção do planejamento estratégico requer mudança significativa na filosofia e na prática gerencial da maioria das empresas ou instituições públicas; ele não é implantado por meio de simples modificações técnicas nos processos e instrumentos decisórios da organização. É, na realidade, uma conquista organizacional que se inicia no nível de mudanças conceituais da gerência, resultando em novas formas de comportamento administrativo, além de novas técnicas e práticas de planejamento, controle e avaliação (MOTTA, 2003).

Apresenta o enfoque da gerência estratégica surgida em meados da década de 1970 – segundo ele, cujo termo foi introduzido por Ansoff - para fazer face aos desafios de uma nova época de mudanças extremamente velozes e de grande magnitude quando a prática do planejamento estratégico parecia ineficaz para responder às demandas de um novo

momento, já que havia sido desenvolvido para um período até então definido como de mudanças, descontinuidade ou de turbulências. (MOTTA, 2002).

Introduz ainda Motta (2002) o conceito de reflexão estratégica, com o significado de pensar coletivamente a razão de ser e os objetivos da organização. É um processo de liberar o potencial criativo e de concretização existente nas pessoas. Investir algum tempo em conhecer melhor o caminho e o futuro tornando o cotidiano mais eficiente e esperançoso. Assim, criar um momento exclusivo de reflexão, sem as interrupções e as pressões do dia-a-dia, é uma forma de concentrar a mente no grande escopo e no longo prazo: facilita a produção de ideias e o uso mais eficaz da capacidade de observação, análise e interação já existente na organização.

Dos estudos existentes na área da administração estratégica, observou-se especialmente os discutidos em Ansoff e McDonnell (1993), que levam em conta as características psicológicas, sociológicas, políticas e sistêmicas de organizações complexas. Segundo os autores, seus estudos se destinam aos interessados na gestão prática e sistemática do processo de adaptação das organizações a mudanças do ambiente externo. Os autores mostram que os sistemas podem ser agrupados em quatro estágios distintos de evolução: 1- Gestão por controle do desempenho, que era adequada enquanto as mudanças eram lentas; 2- Gestão por extrapolação, quando a mudança se tornou mais rápida, mas o futuro ainda podia ser previsto mediante extrapolação do passado; 3- Gestão por previsão, quando começaram a surgir descontinuidades, mas a mudança, embora rápida, ainda permitia previsão e resposta oportunas; 4- Gestão através de resposta flexível e rápida, atualmente em ascensão, para condições em que muitos desafios importantes surgem com rapidez demasiadamente elevada para permitir a elaboração de previsões oportunas (ANSOFF; MCDONNELL, 1993, p.35).

Coadunando com a ideia proposta por Ansoff e McDonnell (1993), Certo e Peter (1993) elaboram a reflexão de que o conceito de administração estratégica tem evoluído através do tempo e continuará a evoluir. Pode ser definida como um processo contínuo e iterativo que visa manter uma organização como um conjunto apropriadamente integrado a seu ambiente. Um processo contínuo, mas nunca para dentro da organização, que sugere uma série de etapas que são repetidas ciclicamente. Como última parte da definição a reflexão de que os ambientes organizacionais mudam constantemente, e as organizações devem se transformar de forma adequada para assegurar que as metas organizacionais possam ser alcançadas.

O planejamento estratégico corresponde ao estabelecimento de um conjunto de providências a serem tomadas pelo executivo ou gestor para a situação em que o futuro tende a ser diferente do passado, “substitui a extrapolação por uma análise estratégica detalhada que compara as perspectivas com os objetivos para gerar uma estratégia” (ANSOFF; MCDONNELL 1993, p.39).

Segundo Kotler e Armstrong (1993), o planejamento pode proporcionar os seguintes benefícios para as organizações; encorajá-las a pensar sistematicamente no futuro e a melhorar as interações entre os seus executivos; obrigá-las a definir melhor seus objetivos e suas políticas; fazê-las obter e aplicar os recursos necessários ao alcance dos seus objetivos; fazer com que os seus membros realizem atividades consistentes em relação aos objetivos e procedimentos escolhidos; proporcionar padrões de desempenho mais fáceis de controlar; e adotar ações corretivas caso o resultado de sua ação não seja satisfatório.

Marcelino (2004) e Castro (2005) corroboram que os propósitos do planejamento estratégico diferem conforme a natureza das organizações. Em organizações públicas: busca de sustentabilidade institucional, ou seja, de continuada valorização social dos bens e serviços que ela produza; em organizações privadas: conquista de posições e vantagens competitivas, que permitam maior lucro para essas empresas.

Nesse íterim, destaca-se que o planejamento estratégico é o processo administrativo que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida pela organização, visando o otimizado grau de interação com o ambiente e atuando de forma inovadora e diferenciada (OLIVEIRA, 2007).

Ressalta-se que o desafio é que tudo muda: os ambientes desestabilizam-se, os nichos desaparecem, as oportunidades banalizam-se, os recursos esgotam-se ou ficam obsoletos, as ameaças ampliam-se e renovam-se. A alternativa, para enfrentar a turbulência e garantir a sustentabilidade organizacional, é a prospecção dos ambientes externos, e não somente a sua compreensão num dado momento estático, seguida de um conjunto de ações de planejamento e gestão que adote um enfoque estratégico (CASTRO, 2005).

O enfoque estratégico não termina quando o planejamento for realizado, ele precisará ser levado adiante fazendo com que também a gestão passe a ser estratégica. Uma gestão estratégica deve levar em conta os resultados das análises e formulações realizadas, os

eixos, os desafios, as prioridades e as metas definidas, na montagem de um sistema de acompanhamento e avaliação da organização (CASTRO, 2005).

A teoria das organizações concebe as organizações como sistemas, isto é, um conjunto cujas partes estão em tal estado de interdependência que mudanças em uma parte da organização tendem a produzir mudanças em outras partes. A escolha do modelo mais adequado de planejamento de uma organização é, sobretudo, contingencial e depende do ambiente, da natureza da atividade e da tecnologia, dos objetivos e estratégias da organização e das pessoas envolvidas (ATHANÁZIO, 2010).

Destarte, considera-se também a assertividade de Motta (2002,p.92) quando afirma que, “o produto do planejamento estratégico não é um plano,nem um conjunto de planilhas e tabelas, nem mesmo uma nova metodologia de análise. O produto do planejamento estratégico são resultados compatíveis com a missão e objetivos organizacionais”.

Assim, uma administração baseada no planejamento e gestão estratégica implica necessariamente no fortalecimento dos sistemas de monitoramento de avaliação de resultados, não se limitando apenas à construção de sistemas de controle, mas sim fundamentalmente uma pratica permanente e sistematizada de avaliação e correção de rumos, em que se permita uma análise conjuntural das variáveis políticas, econômicas, sociais e culturais que permeiam os ambientes de mercado, sejam no setor público ou no setor privado.

3.2 Planejamento em Saúde: uma abordagem do contexto e historicidade de suas práticas

A perspectiva histórica do planejamento em sua primazia pode ser ilustrada pela história bíblica de José do Egito. Este foi capaz de interpretar os sonhos do faraó e pode identificar problemas, reconhecer oportunidades e traçar objetivos e metas para a ação (SAMPAIO, 2006).

Entretanto, foi a partir de 1917 na Rússia que o planejamento vincula-se ao primeiro esforço da humanidade em transformar o modo de organização da sociedade, que por meio da Revolução Soviética programa assim o socialismo. A partir desse contexto, o

planejamento foi por muito tempo considerado ferramenta de Estado “comunista”, algo “demoníaco” e que deveria ser “exorcizado” (PAIM, 2008).

Na esfera social, iniciativas como o Plano Beveridge (1943) na Inglaterra foi referência para a criação do Serviço Nacional de Saúde nesse país em 1948. Após a II Guerra Mundial, os países europeus encontravam-se em crises de desemprego, inflação e produção, necessitando ainda de desenvolver o capitalismo.

Nesse cenário, os Estados Unidos aderiram ao planejamento e patrocinaram o Plano Marshall para reconstrução europeia. A criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seus componentes; Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Educacional Científica e Cultural das Nações Unidas (UNESCO) entre outros, legitimaram (PAIM, 2008; SAMPAIO, 2006).

O Plano Marshall deslocou-se para a América do Sul. Por meados de 1940, e sob influência da Organização das Nações Unidas (ONU) o planejamento é introduzido na América Latina num pensamento próprio em que se entendia ser necessário superar as diferenças econômicas entre os países capitalistas centrais e periféricos. Na década de 1950, foi criada a Comissão Econômica para o Planejamento na América Latina (CEPAL). Nesta época o planejamento era entendido enquanto instrumento para o desenvolvimento. O desenvolvimento está atrelado ao entendimento do crescimento do produto nacional e da aceleração do ritmo deste crescimento, sendo significativa a industrialização, a modernização num contexto em que a racionalidade do cálculo econômico e do planejamento as acompanhava (GALLO et al , 1992).

Em 1961, a Organização dos Estados Americanos (OEA) promoveu uma reunião de Ministros do Interior dos países das Américas, em Punta Del Este, no Uruguai, onde é lançado o "Programa Aliança para o Progresso". Por meio de “projetos sociais” o programa pretendia-se contrapor-se a expansão de ideias socialistas, como a de Cuba. A "Aliança para o Progresso" surge, portanto, como aliança para o desenvolvimento e contra o socialismo, com clara intenção de controle social. Para a área de saúde, a carta final dessa reunião estabelece objetivos e, por vezes, quantifica metas para o decênio próximo em relação a: taxas de mortalidade para certas idades e de doenças transmissíveis e não- transmissíveis; saneamento e alimentação; organização dos serviços de saúde e planejamento de saúde (RIVERA,1992).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ficou encarregada de avaliar os projetos elaborados, objetivando o alcance dessas metas, e de ser a fiadora destes frente às agências financiadoras, tendo ainda a função de assessorar os países na elaboração de seus planos e de promover a formulação de procedimentos para o planejamento de saúde, pois faltava um método para a elaboração dos planos (GIOVANELLA, 1991).

Nesse contexto há uma necessidade de elaboração de um método próprio de programação em saúde. Para tanto a OPAS articula-se com os serviços do Centro Nacional de Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela para definir uma proposta de planejamento. Foram convocados os técnicos da CEPAL Jorge Ahumada e Mário Testa, porque estes tinham a ideia de construção de uma proposta de planejamento que fosse diferente para o campo da saúde (RIVERA, 1992).

Mário Testa, sob orientação de Jorge Ahumada (economista e professor de Planejamento Econômico), por ser médico, teve a tarefa de desenvolver um trabalho sobre planejamento em saúde no intuito de saber se o método de planificação econômica podia ser aplicado a uma área social (GIOVANELLA, 1991).

Dessa articulação entre CENDES e OPAS surge o documento “*Conceptuales y metodológicos de la Programacion de la Salud*”, que configura o método CENDES/OPS. É nesse momento que o planejamento é pensado na lógica da programação voltada para a saúde.

Para a elaboração do método CENDES/OPS é realizada uma transposição rígida do planejamento econômico normativo, de linha cepaliana, para a saúde, resultando num método de planejamento de saúde onde a realidade deve funcionar enquanto norma e cujo objetivo é otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação com os custos financeiros. Esta é uma proposta tecnocrática, onde o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos "neutros", faz o plano e estabelece prioridades. É um método normativo e economicista, em que a norma “deve ser” tem como fundamento principal a relação custo-benefício (GIOVANELLA, 1991, p.32),

Quanto ao método normativo, algumas questões são criticadas, tais como a separação entre os espaços técnicos e político e a ênfase exagerada na alocação de recursos econômicos. O método utiliza-se do taylorismo e do fordismo pelas suas intensas normatizações, ou seja, o método CENDES/OPS está totalmente esquematizado sob a lógica

do planejamento normativo, reduzindo-se ao campo econômico e ignorando a existência de múltiplos atores sociais, além de não valorizar o planejamento cotidiano, ao utilizar-se de rigidez temporal e desconsiderar toda e qualquer relação de poder (MERHY, 1995).

No método CENDES/OPS o técnico, com seu saber, subsidiava linearmente a “melhor” decisão que os políticos se encarregavam de implantar. Essa era, considerada, talvez, a linha de pensamento possível que melhor combinava com a expectativa sobre do Estado administrador, que zelava pelo bem comum (CAMPOS, 2001).

A ideia de que a formulação de planos nacionais era um pré-requisito para obtenção de financiamentos perdeu força à medida que a expectativa de cooperação externa, através da "Aliança para o Progresso", também se diluíra. Mas, mesmos assim, muitos países passaram a fazer planos de saúde utilizando, em sua estrutura básica, o método CENDES/OPS. Cada país apresentando, porém, peculiaridades nos seus sistemas de planejamento e na aplicação do método (GIOVANELLA, 1991).

Ao não considerarem a variabilidade, a complexidade da realidade, os conflitos e os diferentes interesses, o método não da conta da realidade, tornando-se o método CENDES/OPS pouco útil para a intervenção em saúde. Considerado, apenas livros-planos adormecidos no interior das gavetas. O método cai, então, em descrédito e, já em 1973, a própria OPAS assume o fracasso do método (RIVERA, 1992).

No Brasil, Arantes (1976) em seu trabalho intitulado “Planejamento de atividades anti-tuberculose pelo método CENDES/OPS”, revela que o método é muito bom para o diagnóstico de situações, porém pouco prático para a programação propriamente dita. Residindo as dificuldades na insuficiência de normas técnicas ou na existência de normas nem sempre aplicáveis às situações encontradas.

Em face às críticas e inviabilidade deste método para a América Latina, a década de 1970 ficou marcada pela necessidade de sua reavaliação e substituição. Com isso, em 1973, durante o governo de Salvador Allende, acontece em Santiago do Chile, a III Reunião de Ministros de Saúde, que aprova o Plano Decenal das Américas. Este plano reconhece os direitos universais à saúde dos povos e insiste sobre a necessidade de formulação de uma política nacional de saúde. E, em 1975 é formulado pelo Centro Pan-Americano de Planificação em Saúde (CPPS) o documento “Formulação de Políticas de Saúde”,

considerado um modelo racional de proposta política e de críticas ao planejamento normativo (SILVA, 2006).

A necessidade de (re) definir o planejamento para a América Latina, a partir das críticas sistemáticas e dos questionamentos ao planejamento normativo, focado no método CENDES/OPS, fez com que surgisse na arena de discussão o “denominado enfoque estratégico” (RIVERA, 1992).

Entre as vertentes do planejamento estratégico, destacam-se a de Mário Testa, denominada de o Pensamento Estratégico e a proposta teórica metodológica de Carlos Matus, denominada de Planejamento Estratégico Situacional.

O enfoque estratégico de planejamento em saúde pode ser entendido como formulações que rompem com a normatividade de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade. As vertentes propõem processos de planejamento que objetivam alcançar o máximo de liberdade de ação a cada ação realizada. Para tanto, considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política (GIOVANELLA, 1990).

Em “Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde” Testa discute o poder a partir de três enfoques: técnico, administrativo e político. O primeiro quanto ao poder de mobilizar grupos populacionais; o segundo baseado no conhecimento dos problemas, paradigmas e técnicas e o terceiro relativo ao poder de administrar recursos e que se exerce a partir de estruturas de governo. Para Testa os atores do planejamento são os sujeitos individuais e coletivos que se inter-relacionam num determinado cenário social (TESTA, 1995).

Para Giovanella (1990) Testa interessa-se pelo comportamento dos atores sociais, e da ênfase na análise das relações de poder e na consideração das práticas de saúde, enquanto práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos. Testa, assim, avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política em saúde.

Para Matus (1993), o planejamento no método CENDES/OPS em sua proposta deixava o governo distante da realidade social. Devendo então o planejamento se dá numa perspectiva de processo técnico-político resultante do jogo de interesses, da interação, do

conflito, da cooperação e das alianças entre os diferentes atores sociais, configurando-se, assim, um processo aberto.

Nessa perspectiva de processo técnico-político, Matus (1993), propõe o “Triângulo de Governo do PES”, no quais os vértices são denominados de Projeto de Governo, Governabilidade e capacidade de Governo.

O projeto de governo diz respeito ao conteúdo da proposta de governo, indicado pela seleção de problemas e maneira de enfrentá-los. A governabilidade refere-se ao quanto de controle os atores tem sobre a situação que pretende governar, dependendo da relação entre o peso das variáveis que os atores controlam e as que não controlam. Por ultimo, a capacidade de governo que se refere sobre a vistoria pessoal e institucional, que depende da capacidade intelectual e capital dos atores que identificaram o problema (CIAMPONE, MELLEIRO, 2005).

O Planejamento Estratégico Situacional matusiano é um método de planejamento constituído por quatro momentos não-seqüenciais, simultâneos e em constante processo. Um momento explicativo equivalente ao diagnóstico em que são selecionados problemas e discutidas suas causas e das estruturas sociais básicas. Um momento normativo: o desenho do "deve-ser". Um momento estratégico de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder. Um momento tático-operacional de tomadas de decisão e de realização da ação concreta (GIOVANELLA, 1991), (RIVERA, 1992).

O fato é que para se operacionalizar o PES de Matus o governo precisa constituir uma equipe que tenham capacidade técnica suficiente para operacionalizar as tecnologias do método (ABREU DE JESUS, 2006).

A crítica de Testa (1995, p.15) ao Planejamento Estratégico se dá do ponto de vista da prática do planejamento, uma vez que esse autor considera gravíssimo “crer que se pode agir em situação de enfrentamento sem pensar estrategicamente”.

Coaduna-se com Silva (2006), quando esse afirma;

Tem-se clareza de que a crítica de Testa (1995) a Matus (1993) não se aplica ao ponto de vista teórico deste último. Na realidade, a produção teórica de Matus (1993) que se expressa na Teoria da Ação/Teoria do Planejamento e Teoria da Produção Social é “fantástica” do ponto de vista teórico, porém extremamente limitada do ponto de vista prático.

Nesta direção, a operacionalidade do Planejamento Estratégico Situacional se reduz a instrumentos e fluxogramas muito operacionais, próximos do que Habermas (1987) denomina de racionalidade instrumental.

Para Campos (2001), o Planejamento Estratégico Situacional foi “o” método de planejamento mais difundido na Reforma Sanitária Brasileira, que simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral o método foi estrategicamente introduzido em programas de ensino de especialização e pós-graduação, concomitantemente, estimulado nos vários núcleos de planejamento e gestão da saúde, principalmente a partir dos anos 80.

Para nós, todas as mudanças preconizadas no processo de Reforma Sanitária Brasileira e, paralelamente, da Reforma Psiquiátrica, demandaram a busca por alternativas de implementação das ideias propostas.

O Planejamento Estratégico, assumindo na perspectiva de mudanças e considerando a visão comunicativa vai se adaptando aos objetivos destas reformas, vai ao encontro das necessidades na medida em que compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja dela decorrente, no sentido de torna possível alcançar os objetivos e metas desejadas pelos os diferentes atores que interagem no processo dinâmico e contínuo de planejar.

Como o intuito não é aprofundar a perspectiva de contextos e historicidades das práticas de planejamento em saúde, será apresentado a seguir o Quadro 02 proposto por Campos (2003), no qual ela faz um comparativo das diferentes prioridades da prática do planejamento normativo, planejamento estratégico e também do planejamento analítico institucional, as informações sobre esse último são elaboradas a partir dos trabalhos de Campos (2000), Furtado (2001) e Drumond (2001).

Quadro 02. Comparação entre as prioridades do Planejamento Normativo, Estratégico e Analítico

Planejamento Normativo	Planejamento Estratégico	Planejamento Analítico
PRIORIDADES		
<p>Critérios técnicos baseados na melhor relação custo-benefício possível. Não considera as variáveis políticas nem subjetivas</p>	<p>PES (Matus): nós críticos: pontos presentes em uma certa relação causal com o maior número possível de problemas quase estruturados. Incorpora o político (game). Complexidade da elaboração.</p> <p>Pensamento Estratégico (Testa): linhas de sentido. Os grupos deveriam escolhê-las em função do que “faz sentido” na sua própria história. Incorpora o subjetivo e o histórico. Mas não permite contornar os riscos corporativos nem as cegueiras grupais. Oferta categorias de análise (poder, história, sentido).</p>	<p>Método da Roda (Campos): A priorização dependerá do jogo entre oferecimentos e demanda. Incorpora o subjetivo. A prioridade entra na ação (tarefa) e não num plano. Contrato. A noção de oferta permite trabalhar com uma alteridade que supere a cegueira grupal.</p> <p>Acrescentamos: Por isso o apoiador tem que saber do que se trata no trabalho grupal (holding) e ter formação técnica para ter saídas a oferecer (handing). Momentos narrativos, transferência teórica e técnica contribuem para a maternagem: quando o apoiador sair, a narrativa e os conceitos permanecerão para dar suporte ao grupo.</p>

Fonte: Onocko Campos (2003).

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza e tipo de Estudo

A pesquisa foi realizada numa abordagem de natureza qualitativa, dentro de uma perspectiva descritiva-exploratória, a qual foi escolhida como possibilidade de analisar qual o conhecimento produzido e divulgado em periódicos da área da saúde que recorta como objeto de estudo o planejamento como dispositivo para organização e funcionamento dos serviços do SUS.

De acordo com Diehl (2004), os estudos qualitativos se propõem a:

Descrever a complexidade de determinado problema e a interação de certas variáveis, compreender e classificar os processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de dado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (DIEHL, 2004, p. 52).

Quanto aos seus objetivos, a pesquisa configura-se como descritiva exploratória, pois, ao mesmo tempo em que se dispõe a descrever o fenômeno em questão, pretende ainda gerar ideias especulativas e novas questões acerca do mesmo.

Dessa forma, realizou-se um estudo bibliográfico acerca do planejamento como dispositivo da organização e funcionamento do SUS a partir de sua criação em 1988. Conforme Gil (2010) esse tipo de estudo abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema em estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico e outros. Estes autores salientam ainda que, a pesquisa bibliográfica propicia um exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, inovando com conclusões críticas.

4.2 Fontes de coleta, análise e apresentação dos dados

No presente estudo bibliográfico, fez-se opção dos passos metodológicos da revisão integrativa. A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE) que permite a incorporação das evidências a partir da realidade do cenário. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados

de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Para tal foram seguidas as 6 (seis) etapas (identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e por último a apresentação da revisão/síntese do conhecimento). Sendo essas então as etapas necessárias ao desenvolvimento desse tipo de estudo bibliográfico denominado de revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A primeira delas permitiu a identificação do tema e a formulação do questionamento, o qual será: Qual as concepções e aplicabilidade acerca do planejamento nas organizações que conforma o SUS?

Na segunda etapa, foram definidos os descritores utilizados na pesquisa; planejamento em saúde pública, planejamento em saúde, atreladas ao descritor SUS. Os descritores foram aplicados em duas bases de dados (SCIELO e LILACS, descritas a seguir;

Livraria Científica On-Line (SCIELO) que é parte do Projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em parceria com a Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), contando com o apoio a partir de 2002, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e constitui-se em uma biblioteca eletrônica que proporciona um amplo acesso a periódicos e artigos científicos.

A base de dados, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

Na LILACS são descritos e indexados: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, artigos de revistas, entre outros, relacionados à área da Saúde. O acesso à base de dados LILACS se dá através da Biblioteca Virtual em Saúde, onde contém textos completos e serviços de fornecimento de cópias de documentos.

A escolha pelas referidas bases de dados se dá pelo fácil acesso, pela variedade de trabalhos nela encontrados, dado as diferentes revistas acadêmicas nacionais e internacionais que compõem os seus respectivos banco de dados.

Ainda na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados no período compreendido entre 1988-2013, disponíveis na íntegra, online e em língua portuguesa e ainda acrescentados de teses, dissertações e livros disponíveis no acervo de que guardam relevância de análise para com questionamento proposto no estudo. Sendo então selecionados 31 produções científicas e/ ou documentos oficiais. Posteriormente, especificados no Quadro 03 no tópico análise e discussão dos resultados.

Na terceira etapa foram definidas as informações a serem extraídas dos mesmos. Para a coleta e síntese dos dados, estes foram agrupados em um instrumento construído para esta finalidade contendo: título do trabalho, nome dos autores, localização do estudo, ano de publicação, objetivos e principais resultados.

Na quarta etapa, os estudos incluídos foram analisados criticamente. Na quinta etapa, os resultados foram interpretados no sentido do encontro de respostas para o questionamento proposto e apresentada no tópico Resultados e Discussões.

Os dados foram analisados através da articulação de abordagens qualitativa que consistiu na análise crítica da produção teórica sobre planejamento em saúde no contexto do SUS. A partir da produção científica foi possível coletar os dados necessários, prezando pela convergência e encadeamento das evidências, estratégias que atestam a validade e confiabilidade da pesquisa. Para a análise dos mesmos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Tal técnica é vista por Roesch (2006) como possuidora do “propósito de contar a frequência de um fenômeno e procurar identificar relações entre os fenômenos, sendo que a interpretação dos dados se apoia em modelos conceituais definidos a priori”. O método busca classificar palavras, frases ou mesmo parágrafos em categorias de conteúdo, apresentando tais resultados em categorias temáticas.

Assim, é possível o desenvolvimento da sexta etapa que consiste na apresentação da revisão de maneira clara e precisa para permitir que o leitor possa ter uma reflexiva compreensão acerca do assunto do estudo. Para isso foi preciso traçar critérios de como apresentar os resultados específicos aos questionamentos levantados, desta forma após a

leitura flutuante e depois da leitura exaustiva dos documentos supracitados foi possível separá-los para apresentação em três categorias temáticas aqui denominadas; ***Categoria Temática I- Planejamento como dispositivo para a organização e funcionamento do serviços do SUS (Quadro I); Categoria Temática II- Processos e instrumentos para o planejamento nos serviços do SUS (Quadro II) e Categoria Temática III- O uso do planejamento como dispositivo para garantia do acesso nos serviços do Sistema Único de Saúde.***

A construção pormenorizada que demonstra os artigos que conforma cada categoria supracitada está identificada pela análise de conteúdo a partir das leituras e fichamentos, o que facilitou a visualização dos núcleos de sentidos e categorias enunciadas a partir das convergências, complementaridades e acentuadas divergências entre as produções. Assim, no primeiro tópico dos resultados cada uma das produções é classificada quanto a sua categoria temática.

Desse modo, pretendeu-se aprofundar os significados e sentidos em relação as concepções e aplicabilidades do planejamento no setor saúde, que conformam a produção relacionada ao tema de pesquisa, entrecruzando as diferentes produções em forma de artigo científico nas bases de dados escolhida e ainda livro, monografias e dissertações para complementação da análise. Conforme pode o quadro apresentado nos tópico seguinte para caracterização do estudo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa secção apresentam-se os resultados obtidos mediante a análise do conteúdo do material levantado para produção do estudo. De tal forma, que para sistematizar foram aqui apresentado em quatro categorias. A primeira de apresentação das categorias temáticas, seguida da caracterização dos estudos a partir do Quadro 02 Posteriormente são realizadas a apresentação das categorias construídas a partir da proposta de análise e anteriormente identificadas na metodologia desse estudo.

5.1 Apresentação das categorias temática e caracterização dos estudos

Para realização do estudo como anteriormente destacado foram utilizados bases de eletrônicas Scielo e Lillacs e além dessas foram também utilizados os acervos da Biblioteca da Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Ceará, bem como documentos de domínio público. Sendo a produção caracterizada a partir do Quadro 03.

Assim, foram utilizados 14 artigos e 08 livros em que se puderam encontrar convergências e complementaridades das concepções atribuídas ao planejamento em saúde, sendo assim evidenciadas as diferentes concepções atribuídas ao planejamento, em que se reconhece o planejamento como instrumento, como técnica que o caracteriza numa perspectiva extremamente normativa e reguladora dos processos da produção direta e indireta do setor. Mas emerge-se também a concepção estratégica de um planejamento que pensa e se adequa a realidade e as reais necessidades e demandas inerentes ao cotidiano do setor, sendo considerando as relações e diferentes representações e manifestações de poder que interagem no desafio de construção e consolidação do SUS. Tais aspectos são melhores apresentados e discutidos no que se denominou de categoria temática I (Tópico 5.2).

Na constituição da categoria temática II (Tópico 5.3) foram utilizadas duas dissertações e uma tese complementarmente aos artigos e livros. Em tal categoria emerge reconhecimento das convergências e complementaridades entre as produções no sentido de reconhecerem a finalidade do planejamento como a garantia de acesso aos serviços de saúde. Sendo importante destacar que o termo acesso tem entendimento polissêmico e se configura em si como categoria de análise numa perspectiva técnica, econômica, política e simbólica. Por fim, com base nos documentos oficiais, pode-se construir a categoria temática III (Tópico 5.4) que traz a descrição detalhada dos instrumentos que historicamente tem possibilitado a prática do planejamento no âmbito do SUS.

Quadro 03. Caracterização dos estudos quanto ao ano de publicação, base de dados, tipo de produção, objetivo da produção.

Autores	Ano	Base de Dados	Qualis SC /ADM		Descritores	Tipo de Produção	objetivo da produção científica ou documento oficial	Categoria Temática
BRASIL	1990	Acervo de Domínio Público	-	-	-	Documento Oficial	Lei que dispõe sobre a organização e funcionamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde	III
BRASIL	1990	Acervo de Domínio Público	-	-	-	Documento Oficial	Lei que dispõe sobre o financiamento e a participação da comunidade nas ações e nos serviços do Sistema Único de Saúde	III
GALLO	1992	Acervo da Biblioteca da UFC	-	-	Planejamento em Saúde Saúde Pública	Livro	Refletir os novos desafios da política e do planejamento em saúde	I
RIVERA	1995	Acervo da Biblioteca da UFC	-	-	-	Livro	Análise e discussão acerca dos limites e possibilidade do planejamento estratégico	I
MERHY	1995	Acervo da Biblioteca da UFC	-	-	-	Livro	Análise do planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil	I
RIVERA	1996	Cad. Saúde Públ, RJ	A2	A1	Planejamento em Saúde	Artigo	Análise da lógica da teoria macroorganizacional do Planejamento Estratégico-Situacional (PES), na medida em que a mesma pode informar uma dada estratégia de desenvolvimento de uma organização comunicante.	I
GIOVANELLA; FLEURY	1996	Acervo da Biblioteca da -	-	-	Planejamento em saúde	Livro	Análise das dimensões econômica, técnica, política e social do planejamento do acesso aos serviços de saúde	II
RIVERA	1997	Cad. Saúde Públ, RJ	A2	A1	Planejamento Estratégico Saúde Pública	Artigo	Apresentação da proposta metodológica da Démarche Stratégique, refletindo o termo démarche como processo, trâmite, gestão.	I e II
CECILIO	1997	-	-	-	-	Livro	Discussão acerca do planejamento estratégico como uma tecnologia das relações aplicada ao setor governamental.	I e II
CECILIO	1997	Cad. Saúde Públ, RJ	A2	A1	Planejamento em saúde	Artigo	Análise acerca do modelo de organização e funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde	I e II
RIVERA; ARTMAN	1999	Ciência & Saúde Coletiva	B1	A2	Planejamento em saúde Saúde Pública	Artigo	Reflexão acerca das possibilidades e das lacunas do planejamento situacional no que tange ao desenvolvimento da imagem-objetivo de organizações dialógicas ou comunicantes.	I

TEIXEIRA	1999	Ciência & Saúde Coletiva	B1	A2	Planejamento em Saúde	Artigo	A utilização de conhecimentos, métodos e técnicas epidemiológicas no processo de planejamento e programação em saúde vem sendo objeto de experimentação prática e reflexão teórico-metodológica.	I e II
CAMPOS	2000	Cad. Saúde Públ, RJ	A2	A1	Planejamento em Saúde Planejamento Saúde Pública	Artigo	Análise de como o planejamento em saúde foi se constituindo, primeiro como campo e, depois, como corpus tecnológico.	I
CAMPOS	2001	Ciência & Saúde Coletiva	B1	A2	Planejamento em Saúde Planejamento Saúde Pública	Artigo	Investiga a constituição do campo do planejamento em saúde no Brasil a partir de uma análise hermenêutica	I
PINHEIRO	2001	-	-	-	-	Livro	Discussão acerca da necessidade do uso do planejamento para garantia da assistência integral e universal em saúde.	II
STARFIELD	2002	-	-	-	-	Livro	Análise da organização hierárquica dos sistemas de saúde	II
CAMPOS	2003	-	-	-	-	Livro	Abordagem e discussão dos aspectos históricos e conceituais do planejamento em saúde a partir de uma análise hermenêutica.	I
ABREU DE JESUS	2006	-	-	-	Planejamento em Saúde Acesso aos serviços	Dissertação	Reflexão teórica acerca do planejamento em saúde na América Latina e no Brasil	I e II
SILVA	2006	-	-	-	-	Dissertação	Discussão acerca da aplicação das teorias e métodos do planejamento em âmbito municipal.	I e II
BRASIL	2006 a	Acervo de Domínio Público	-	-	-	Documento Oficial	Normatização da organização e funcionamento das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde por meio das portarias ministeriais	III
BRASIL	2006 b	Acervo de Domínio Público	-	-	-	Documento Oficial	Normatização da organização e funcionamento das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde por meio das portarias ministeriais	III
STEPHAN-SOUZA	2010	Rev. APS	B4	-	Acesso aos serviços	Artigo	Reflexões relacionadas à organização da assistência à saúde do Sistema Único de Saúde e a regulação do acesso.	

BRASIL	2009	Acervo de Domínio Público	-	-	-	Documento Oficial	Normatização do planejamento das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde por meio das portarias ministeriais	
RIVERA; ARTMANN	2010	Ciência & Saúde Coletiva	B1	A2	Planejamento em Saúde Planejamento Saúde Pública	Artigo	Apresentação da visão condensada das principais tendências no Brasil, estabelecer uma taxonomia geral dos modelos de planejamento e gestão em saúde para fundamentação da proposta de um planejamento comunicativo.	I
CECILIO	2010	Ciência & Saúde Coletiva	B1	A2	Planejamento em Saúde Planejamento Saúde Pública	Artigo	Estudo critico acerca das correntes e dos modelos de planejamento e gestão em saúde.	I
LIGIA BAHIA	2010	Ciência & Saúde Coletiva	B1	A2	Planejamento em Saúde Planejamento Saúde Pública	Artigo	Estudo critico acerca das correntes e dos modelos de planejamento e gestão em saúde.	I
ABREU DE JESUS; ASSIS	2010	Ciência & Saúde Coletiva	B1	A2	Planejamento em Saúde Acesso aos serviços	Artigo	Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde e contribuições do planejamento	I e II
PAIM	2010	Ciência & Saúde Coletiva	B1	A2	Planejamento em Saúde	Artigo	Estudo critico acerca das correntes e dos modelos de planejamento e gestão em saúde.	I
DOURADO, D. A.; ELIAS	2011	Revista de Saúde Pública	A2	A1	Planejamento em Saúde Planejamento Regionalizado	Artigo	Aborda o planejamento regionalizado como uma diretriz para consolidação do acesso nos serviços de saúde e discute a instrumentalização desse processo.	III
FORTUNA	2011	-	-	-	-	Tese	Abordagem do processo de planejamento e desenvolvimento em uma perspectiva regional e intermunicipal dos serviços de saúde	III
BRASIL	2011	-	-	-	-	Documento Oficial	Decreto que dispõe sobre a regulamentação da organização e funcionamento das ações e serviços do SUS	III

OBS: Outras produções são usadas para articular a discussão da análise, dada à necessidade de explicar alguns conceitos específicos do campo da saúde.

Observa-se a partir do levantamento bibliográfico realizado sobre a temática que grande parte do material analisado encontra-se na forma de artigos científicos. Sobre este aspecto é possível afirmar que este tipo de publicação hospedado em bases de dados eletrônicas divulga as informações de forma mais rápida, não necessitando de busca exaustiva em acervo de bibliotecas, que apesar de ter uma difusão mais gradual no meio acadêmico, é responsável por produções de caráter clássicos.

Quadro 04. Consolidado da Produção Analisada

Produção	Quantidade
Artigos Científicos	14
Livros	08
Documentos	06
Dissertações	02
Tese	01
Total de Produção Científica	31

Ainda quanto à visibilidade e ao impacto dessas produções, utilizou-se do critério de classificação disponível no Web- Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Segundo a própria instituição, o Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação em sua área e em áreas diversas, sendo então um classificação relativa, uma vez que um dado periódico pode ter em uma área elevado Qualis e em outra baixo Qualis . Esse afere então a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero (CAPES, 2013).

Assim, quanto a produção do tipo artigo utilizada, pode-se observar que em geral possuem excelente impacto e reconhecimento pela avaliação da área de pós-graduação e pesquisa em administração, dado que das 14 produções apenas uma não tem classificação, ou seja, possui peso zero e todas as outras são classificadas como A1(cinco produções) ou A2 (oito produções). Reforçando aqui a ideia de que o estudo envolvendo a temática planejamento em saúde é também importante nessa área. Colocando-se até mesmo um grau de importância ou avaliação muito maior do que a própria área de saúde coletiva que avalia também a qualidade das produções, dado que nessa se considera A2 o que na área de administração é A1 e o que se considera B1 pela saúde coletiva é considerado A2 na área de administração (CAPES, 2013).

Numa perspectiva da análise cronológica das publicações dos artigos utilizados, percebe-se que as produções acentuam-se no ano de 2010 principalmente. Atribui-se uma suposição ao fato devido acreditar que isso se deu pela influencia da formalização do processo de planejamento no SUS por meio de metodologia e documento oficial específico – Planeja-SUS (BRASIL, 2009) que desde os anos de 2005, após os pactos de gestores da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios começaram a discutir mais fortemente o planejamento regionalizado e integrado.

Destaca-se que não só os artigos foram relevantes para a produção deste estudo, mas sim também todos os livros que trazem fortemente a perspectiva histórica da temática abordada, bem como as dissertações no sentido dos entendimentos e aprofundamentos, tendo em vista que duas delas (ABREU DE JESUS, 2006; SILVA, 2006) são produções que como ocorre com os livros são corriqueiramente citadas e referenciadas nos estudos do tipo artigo. Configurando-se então literatura pertinente para quando se propõe um estudo específico e transversalidade com a temática planejamento em saúde.

5.2 Planejamento como dispositivo para a organização e funcionamento dos serviços de saúde: diferentes concepções

O planejamento como dispositivo deteria a potencialidade de se constituir em espaço de produção através de contratos e compromissos determinados de acordo com prioridades, as quais poderiam ser definidas em função de suas diretrizes, em que “as diretrizes podem ser entendidas como orientadoras da ação em função de finalidades preestabelecidas, o planejamento seria então, uma atividade teleológica; ação racional dirigida para fins” (CAMPOS, 2003, p.28).

Abreu de Jesus e Assis afirmam (2010, p.162) que “considerar o planejamento um dispositivo é nada mais que assumir o fato de ser “ele” o elemento disparador de uma série de acontecimentos que culminam por confluir ao que se convencionou chamar de objetivos ou finalidades, o processo esperado da transformação ou manutenção da ordem estabelecida”.

Num pensamento marxista de que a utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso, Campos (2000a) e Campos (2003) atribuem o valor de uso do planejamento como

aspecto socialmente produzido, tendo esse valor mudanças constantes em função daquilo que os grupos fazem e projetam a respeito da prática da atividade em questão.

É sob a égide do que os diversos atores sociais fazem do uso do planejamento, que os autores Merhy (1995) e Campos (2000; 2003) identificam e atribuem em seus trabalhos diversas concepções ao Planejamento em Saúde. Estas são aqui apresentadas e dialogadas por se compartilhar que em maior ou menor grau são concepções presentes na prática do planejamento da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Para Merhy (1995), o planejamento tem-se tornado um tema na vida do homem contemporâneo, pelo menos em três situações básicas: como instrumento/ atividade dos processos de gestão das organizações, tendo em vista que nestas ocorrem processos de trabalho; como prática social transformadora, tendo em vista a determinação de novas relações sociais alternativas á lógica reguladora do mercado e como método de ação governamental, tendo em vista a produção de políticas.

O planejamento é tido como meio tecnológico (instrumental), produzindo efeitos desejados, mas que não tem permitido mudanças das linhas de determinação social.

Para Merhy (1995, p.120) na questão do planejamento em saúde deve-se;

[...] colocar em debate a necessidade de descolonizar o mundo da vida da razão instrumental, sem deixar de aproveitar a capacidade que o homem construiu em determinadas situações de operar instrumentalmente sobre dimensões da realidade social de modo sistêmico-funcional, produzindo possibilidades de benefícios coletivos.

Na situação de instrumento / atividade dos processos de gestão das organizações o planejamento tem se constituído em um conjunto de atividades tecnológicas, visando os fins determinados pelo ambiente e pelas práticas reguladoras da gestão das “organizações-empresas” (MERHY, 1995).

Dessa forma, é preciso se ter uma visão mais crítica sobre as finalidades dessa concepção de planejamento, havendo a necessidade de as finalidades serem pensadas para além das questões da produtividade numérica, ou seja, é preciso pensar as finalidades sociais do processo produtivo, visando a contaminação do mundo instrumental pelo da vida, subordinando a racionalidade instrumental à comunicativa (GALLO,1992;MERHY, 1995).

A concepção de planejamento como prática social, de ambição transformadora surge em detrimento aos fracassos da especificidade técnica a esse atribuída, havendo-se a necessidade de relacionar o planejamento com o processo social determinante das novas relações sociais, colocando-o como práxis revolucionária, como o método de ação dos sujeitos sociais que adquirem uma consciência coletiva capaz de fundar modos de operar sobre a realidade e de romper com o processo estrutural determinante centralizador e normativo, a fim de construir uma nova sociedade (MERHY, 1995).

Para Campos (2000), o planejamento é mais um item da gestão, ao contrário de Matus (1993), para quem a gestão é um item do planejamento. “Essa inversão faz muita diferença, pois, para Campos, haveria gestão ainda que sem planejamento, mas não poderia haver planejamento sem gestão. A questão nuclear em toda a obra desse autor é a de como utilizar o instrumental da gestão para propiciar a construção de sujeitos mais livres e criativos, comprometidos com uma visão de mundo mais solidária e com o resgate do valor de uso do trabalho” (CAMPOS, 2003, p.77).

Campos *et al* (1997) sugere o conceito de campo e núcleo, sendo o campo o espaço mais geral de competência dos saberes de uma especialidade dada, um “campo de interseção com outras áreas e o núcleo o mais específico incluiria as atribuições exclusivas” de uma especialidade em questão. Assim, “o campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis” (CAMPOS *et al*, 1997, p.143).

Campos (2001, p.206) nos propõe usar os conceitos de campo e núcleo “como uma luneta que nos permite redimensionar o foco segundo a finalidade de análise. Nesse caso, o campo do planejamento, como objeto de análise, pode ser desmembrado em núcleos específicos; mas não pode ser separado da discussão do planejamento como núcleo de saberes dentro do campo da saúde pública”.

Na concepção de planejamento como instrumento/ atividade de ação governamental para a produção de políticas, Merhy (1995, p.148) pontua:

Nos casos que a gestão da política se torna o campo do planejamento, este é intensamente contaminado pelo conjunto das racionalidades que se impõem no campo que determina a existência dos sujeitos sociais... Nessa situação a dimensão instrumental do planejamento cede lugar à lógica da política e da conformação histórica dos processos

institucionais. Desse modo, todos os métodos que procuram impor-se aos instituídos, acabam configurando-se como processos prescritivos e normatizadores.

Campos (2003) comenta a visão de Merhy, afirmando que a crítica desse não se faz na proposição de acabar com os métodos do Planejamento, mas sim desconstruir a visão determinista e fechada do agir instrumental representado pelas correntes usuais do Planejamento.

Merhy (1995) reconhece que foi no ideário de consideração das relações dos diferentes atores sociais e da lógica política que surgiram o que se concebeu chamar Planejamento Estratégico, tendo esse ampla difusão. A questão é que o Estado se coloca como representante legítimo das transformações sociais, a fim de construir um “planejamento social total” que se apresenta como tecnologia de organização das ações políticas do Estado.

No intuito de repensar o papel do planejamento enquanto módulo de relação Estado/Sociedade, Gallo (1992) faz uma síntese de como ao longo tempo foi pensada essa relação de crise, tendo como categorias de análise a razão, o poder e a política.

Sobre a razão, comenta que essa não é única ou universal. Colocando como cerne da crise o “predomínio de uma das dimensões – a racionalidade instrumental – sobre a outra – a racionalidade comunicativa” (GALLO, 1992, p.12).

É no pensamento de superar os impasses postos pela aplicação da racionalidade instrumental (técnica) que Cecílio (1997), comenta sobre os impasses e fracassos do nosso atual modelo assistencial em pirâmide, propondo um modelo assistencial organizado até mesmo nos diferentes tipos de atenção, mas que a “porta de entrada” não seja única, mas sim várias. Isso possibilitaria a realização do acolhimento e de identificação da necessidade do usuário, bem como o apontamento do caminho a ser percorrido para esse ter uma melhor resolubilidade.

Campos (2003) apresenta mais três outras concepções de planejamento aqui apresentadas, sendo elas; planejamento como técnica; planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos e planejamento como meio de ação comunicativa.

Para Campos (2003, p.80), foi Cecílio (1997b) em “Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental”, quem demonstrou maior preocupação em superar os impasses postos à aplicação sistemática de técnicas de planejamento, sugerindo uma nova tecnologia de planejamento: “PES modificado ou ZOOOP (sigla alemã “Zielorientierte Projektplanung” – Planificação de Projetos orientada a objetivos) enriquecido com PES”.

Coaduna-se com Abreu de Jesus (2006) quando se aproveita das definições clássicas apresentadas acerca do planejamento enquanto um conjunto de técnicas para intervir e para avaliar os sistemas e serviços de saúde e propõe que planejamento não poderia ser considerado apenas uma técnica, mas sim um conjunto de técnicas, haja vista a denotação plural do termo na sua definição e na sua aplicabilidade no cotidiano.

O planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos é, também, concebido por Campos (2003). Baseada em Chorny (1998), a quem nos referimos na introdução do nosso trabalho como o autor da premissa de que o propósito do planejamento em saúde é a saúde, Campos atribui o adjetivo de taxativo quanto aos fins do planejamento, afirmando que na equação eficiência e eficácia, Chorny ressalta a eficácia. Questão essa praticamente esquecida por alguns planejadores da atualidade que muitas se preocupam mais com os aspectos de custos financeiros do que com toda a complexidade que permeia os serviços de saúde (CAMPOS, 2003).

Entende-se por eficácia o grau de realização dos objetivos de uma organização, sem importar a questão da eficiência, por quais as organizações usam seus recursos de maneira a garantir a produtividade, priorizando o custo mínimo. Essa relação no campo da saúde não é pertinente quando se pensa o cuidado integral dos sujeitos. Assim, de fato o objetivo do planejamento em saúde é e deve ser a saúde.

Na lógica da perspectiva do planejamento como meio de intervenção das organizações de saúde, Abreu de Jesus (2006) comenta que essa concepção emerge-se como teoria para reorganizar o trabalho gerencial numa “parceria sinérgica” entre sujeitos, coletivos e instituições, cujos limites e possibilidades se esgotam em detrimento do diálogo e da negociação a fim de proporem intervenções nesse ambiente considerado complexo.

A identificação do planejamento como meio de ação comunicativa é relatada nos trabalhos de Campos (2000, 2003) em que realiza a análise de trabalho científico de diversos autores.

A ação comunicativa pode ser entendida como um mecanismo de coordenação da ação. Neste sentido, a ação comunicativa é um mecanismo de coordenação de outras ações, para além da ação teleológica que se atribui ao planejamento tradicional em relação à produção de coisas (RIVERA, 1995).

Numa análise das perspectivas teórico-metodológicas do planejamento/ gestão em saúde no Brasil, Rivera e Artman (1999) assumem a possibilidade do planejamento estratégico para constituição de organizações solidárias, apontando a ideia de organizações abertas, evolutivas, flexíveis e de responsabilidade de todos que devem utilizar o planejamento como meio de ação comunicativa, através da expressão dos sujeitos que dialogam e se entendem.

Para Rivera (1995, p.24), o entendimento é percebido como um processo de obtenção de um acordo entre os diferentes atores sociais, apoiados em “uma convicção comum, atingida através de um desempenho discursivo”.

Rivera e Artman (1999) assumem o planejamento como momento de desenho, de plano traçado no interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços e sistemas. O planejamento, assim, é entendido como ferramenta organizacional, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução de uma ação comunicativa.

A abordagem comunicativa em planejamento tem suas origens a partir de reflexões teóricas sobre experiências com o enfoque do PES e do estabelecimento de um diálogo com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas², apresentando vários desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos que precisam ser aprofundados através de diferentes linhas de investigação, a fim de se considerar a interrelação destas várias linhas e a preocupação com o desenvolvimento de métodos, posturas e condutas que aprofundem “processos de solidariedade” e compromissos compartilhados pela ação comunicativa num processo constante de “aprender a aprender” (RIVERA; ARTMAN, 1999, p.363).

Para Campos (2003) o trabalho de Rivera (1995) traz grandes contribuições do ponto de vista da crítica e alguns questionamentos fundamentais que, acredita-se, devem ser ressaltados dentro do nosso atual contexto como uma reestruturação do formato metodológico matusiano.

Com o intuito de apresentar essas linhas, elaborou-se o Quadro 05 com a descrição feita por Rivera e Artman (1999) a despeito das linhas de investigação dos desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos da relação entre o Planejamento Estratégico Situacional e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas³.

Quadro 05. Linhas de investigação dos desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos da relação entre o Planejamento Estratégico Situacional e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas.

1- Análise dos aspectos culturais enquanto componente de viabilidade de um projeto, permitindo uma metodologia de escuta da cultura, o estabelecimento da relação cultura-problemas em face de um determinado macroproblema e o desenho de estratégias de utilização da cultura como recurso da intervenção sobre problemas;
2-Desenho metodológico e missão institucional, envolvendo uma análise comparativa das possibilidades do PES em vários níveis de atenção em saúde;
3-Desenvolvimento de habilidades de liderança e de negociação, que configuram junto com o trabalho cultural o campo do que se denomina gestão pela escuta;
4-Discussão teórica geral sobre a relação entre a gestão pela escuta e os métodos racionalistas de gestão;
5-Possibilidades de diálogo entre o planejamento situacional e os enfoques da administração estratégica e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo uma abordagem do contexto de mix público/privado;
6-Aplicação mais sistemática da prospectiva enquanto recurso crucial dentro do cálculo estratégico;
7-O resgate da subjetividade no campo da gestão, em processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão.

Fonte: Adaptado de Rivera e Artman (1999, p.364-365).

De fato o que Campos pensa é uma verdade, não absoluta é claro, pois conforme comenta Rivera, comentando que o planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais (CAMPOS, 2003).

³HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**: complemento y estudios previos. 3ed. Madri: Cátedra, 1987.

Diante dessa percepção, mesmo tendendo para a proposta matusiana, coaduna-se com Silva (2006), acerca das limitações da proposta de Planejamento Comunicativo, quando esse se propõe a uma reinterpretação do PES de Carlos Matus numa perspectiva de comunicação, de consenso, de diálogo e de negociação entre os diferentes sujeitos sociais.

Assim, entende, que a questão apresentada é pertinente, á medida que os serviços de saúde se configuram como ambientes complexos, bem como espaços subjetivos, no qual convivem diferentes práticas, saberes, valores culturais, institucionais e sociais, sendo inevitáveis os impasses, tensões, conflitos e desafios a serem mediados por meio do diálogo e da comunicação. Dando então, ao planejamento comunicativo a possibilidade, o desafio de se fazer como técnica, instrumento, estratégia e, sobretudo, um processo de articulação das diferentes representações de poder que envolve as tomadas de decisões compartilhadas, como assim pressupõem-se o PlanejaSUS.

Nesse entendimento, assume-se que o planejamento em saúde possa ser um sistema maleável do ponto de vista dos referências teóricos. No entanto, não se nega a necessidade da instrumentalidade, do desenho do “deve ser”, pois nesse se reconhece problemas e apontam caminhos, estratégias de enfrentamento da situação, possibilitando, também, os planos que guardam sem seus objetivos e metas a aplicação de processos avaliativos das ações realizadas.

Coaduna-se com Paim (2010) quando esse coloca que a análise situacional, a planificação estratégico-situacional e o planejamento comunicativo oferecem, numa perspectiva pluralista, várias possibilidades de utilização na dependência de cada situação concreta. Fato esse não negado por Rivera e Artmann (2010) quando referem que há uma equivocada compreensão da teoria habermasiana ao se eliminar os contextos estratégicos de ação. Ademais Habermas (1987) ao que se sabe não partiria de um pressuposto fundamentado no senso comum, mas sim na análise da realidade considerando os contextos econômicos políticos, social e cultural.

É então na perspectiva de um método flexível e de reestruturação do PES matusiano que o planejamento comunicativo, tendo como base a teoria do agir comunicativo

de Habermas é assumindo como meio de construção de organizações dialógicas, visando à possibilidade de construção de um projeto solidário entendido como desafio gerencial permanente em que não há a pretensão de uma exclusividade metodológica, mas sim o confronto de vários métodos com a realidade do “mundo da vida”, possibilitando fluxos de comunicação ampliada e de negociação de compromisso entre os atores sociais envolvidos (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Lima e Rivera (2009) analisam a organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir da lógica do agir comunicativo baseado numa rede dinâmica de conversações que se estabelece entre os distintos atores que interagem no processo.

Segundo Teixeira (1999), em uma perspectiva de rede, o trabalho dos gestores e dos gerentes consiste não apenas em tomar decisões e resolver problemas sozinhos, mas, sobretudo, no ato de liderar, animar e manter a rede de conversas onde são trocados os compromissos. Pois como coloca Lima e Rivera (2009, p. 339) em numa rede de conversação “não transitam apenas informações, mas sim atos de fala, que comprometem aqueles que os efetuam frente a si mesmos e aos outros. Pedidos e compromissos, ofertas e promessas, assentimentos e recusas, consultas e resoluções se entrecruzam e se modificam de forma recorrente na rede. Em particular, as promessas devem ser mantidas”.

Reconhece-se que diante das dificuldades que envolvem o processo comunicativo dos gestores e trabalhadores na operacionalização cotidiana do planejamento em saúde, o agir comunicativo representa uma alternativa ao agir estratégico através do entendimento lingüisticamente mediado. O agir comunicativo seria uma forma de produção lingüística de consensos naturais ou argumentativos discursivos sobre as pretensões dos diferentes atores no ato de planejar e gerir os serviços de saúde (RIVERA; ARTMANN, 2010).

No entanto, é preciso discernimento, pois o agir estratégico pode se apropriar indiretamente em atos de falas, de conversação, coordenando ações com base em interesses particulares, utilizando-se de argumentos empíricos e coercitivos, mas, ainda assim não seria uma coordenação baseada no entendimento dos diferentes atores sociais e de fato embasada na ação comunicativa (RIVERA; ARTMANN, op.cit).

Reconhece-se também que inúmeras são as críticas e reflexões ao planejamento comunicativo e seus desdobramentos, como o proposto pelo Sistema de Planejamento do SUS

(BRASIL, 2009). Destacam-se especificamente algumas reflexões e críticas realizadas por Cecílio (2010), Paim (2010) e Lígia Bahia (2010) ao comentarem a perspectiva do planejamento comunicativo enunciada e defendida por Rivera e Artmann (2010).

Cecílio (2010, p.2277-78) nos leva a refletir a partir das suas indagações;

O que se planeja hoje no SUS? Qual o modelo de planejamento, enquanto concepção e tecnologia que está presente no Pacto pela Saúde, além de uma vaga proposição de ser “participativo e ascendente”? Os “eixos do pacto são tão estruturados, os indicadores tão bem definidos, que, tudo isso aliado à falta de técnicos no extenso território nacional, faz com que os “planos municipais” acabem assumindo uma normatividade e formalismo que ficam anos-luz do melhor pensamento de Matus e Testa...São raríssimas as experiências municipais, hoje, de o planejamento ser utilizado como elemento potencializador, problematizador e promotor de mudanças como pensamos um dia. Os caminhos tem sido outros.

Paim (2010) comenta que numa entrevista, perguntaram a Habermas como ele via a aplicação de sua teoria nos países da América Latina, havendo Habermas respondido: “não sei quando elaborei estava pensando na Europa e na Alemanha”. Já Rivera e Artmann (2010b) comentam que em uma vinda ao Brasil em 1989, Habermas respondeu a mesma pergunta da seguinte forma: “Depende de vocês, cidadão brasileiros e latino-americanos. Do quanto estão dispostos a investir em competências comunicativas, o que inclui investir em educação”.

Diante das controvérsias, entende-se que de fato ainda é necessária a construção de ambiente de cultura organizacional para que o agir comunicativo possa se representar como alternativa ao agir estratégico. Alternativa não num sentido de exclusão nem de sobreposição de uma ação/razão a outra, mas sim na perspectiva da ação comunicativa possibilitar uma construção coletiva das práticas de saúde, considerando então o planejamento como o ponto de partida e de acompanhamento contínuo de toda a complexidade que envolve o processo (RIVERA, ARTMANN, 2010).

Ligia Bahia (2010, p.2281) comenta que a questão é “como a “guinada comunicativa” do planejamento contribui para a efetivação de reconhecimento de situações de compartilhamento de poder e situações de disputa de poder”?

Diante das inúmeras críticas e reflexão preferiu-se utilizar e reconhecer as respostas dadas pelo próprio Rivera e Artmann quando comentam sobre as potencialidade e possibilidades de mudanças mediadas pela ação comunicativa:

[...] é possível sustentar que ela é superior e mais abrangente, pois a própria racionalidade estratégica depende da comunicação e a razão comunicativa é a única que articula todas as outras formas de racionalidade da ação, como a instrumental (relacionada ao mundo objetivo), a normativa (mundo social) e a expressiva (mundo subjetivo), através da linguagem e do horizonte de pré-interpretações que permite o entendimento aos participantes (mundo da vida) (RIVERA; ARTMANN, 2010b, p.2284).

Rivera e Artmann (2010b, p.2284) ainda comentam que “ser habermasiano não significa ser ingênuo. Habermas reconhece o sistema e o poder do dinheiro, mas é impossível para o homem viver o tempo todo em contextos estratégicos, o que os levariam a loucura. Porém, acredita-se que nada é dado de graça, nem a história se faz sozinha, depende então dos atores e de como esses utilizam o dispositivo planejamento.

Por fim, entende-se que o processo planejamento mediado pela ação comunicativa no setor saúde, não diferentemente da realidade de outros serviços de outros setores, ainda tem muitas falhas para que se possa estabelecer uma ampla e dinâmica rede de conversações entre os diferentes atores que interagem no processo de planejar e gerir a atenção em saúde. É preciso sim fazer uso da ação estratégica, sendo esse uso possibilitado pela ação comunicativa, pois por meio de uma rede de conversações poderá se aglutinar e conjugar os diferentes saberes e práticas necessárias para a consolidação do acesso a saúde nas diferentes realidades do SUS.

5.3 O uso do planejamento como dispositivo para garantia do acesso nos serviços de Sistema Único de Saúde

Entre os princípios doutrinários do SUS, estabelecidos na Lei 8080/90, o da universalidade se destaca quanto à garantia do atendimento em saúde a todos os cidadãos sem distinção. No entanto, a consolidação do acesso aos serviços de saúde se configura como um predecessor de outro princípio doutrinário, no caso específico a equidade, que trata do dever de assegurar ações de saúde para todas as pessoas, conforme suas necessidades.

Equidade, conforme esclarece a Constituição Federal (BRASIL, 1988,), é “tratar diferente os diferentes”, ou seja, prioriza ações de saúde destinadas às pessoas em situação de vulnerabilidades, facilitando o acesso a serviços, terapêuticas, diagnósticos e medidas de prevenção e promoção da saúde. Isto acarreta impacto positivo não somente com relação a

saúde da população, mas também no âmbito do planejamento, gestão e gerenciamento dos serviços. Financeiramente, o impacto de ações preventivas e de promoção da saúde direcionadas a determinados grupos de risco, por exemplo, pode evitar ônus financeiro relativo a gastos com equipamentos e produtos hospitalares mais complexos. Neste sentido, Ramos e Lima (2003, p.28) afirmam:

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, **abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço**, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (grifos do autor).

Dessa forma, o acesso em saúde precisa ser pensado na perspectiva das políticas, do planejamento e da gestão pelos diferentes atores sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuários) a fim de que estes possam elaborar caminhos e estratégias para consolidá-lo. Já Abreu de Jesus (2006, p. 100) acrescenta que o estabelecimento de uma relação entre acesso e o planejamento em saúde, se dá num contexto histórico, “sendo construída ao longo de décadas a partir da discussão dos modelos teóricos construídos no decurso de momentos intimamente relacionados aos contextos nos quais se desenvolveram as suas diferentes conceituações”.

Para Abreu de Jesus (2006), o conceito de acesso está para além da dimensão de elemento de análise e se coloca como categoria analítica, permeada por fatores históricos, numa perspectiva de transformação da realidade. Desta forma, Giovanella e Fleury (1996, p.196) apresentam o acesso como categoria analítica. As autoras concebem acesso numa visão compreensiva de quatro dimensões:

[...] **dimensão econômica**, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, **relativa à planificação** e a organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde. (grifos meus).

Neste ínterim, Giovanella e Fleury (1996), apresentam a partir das dimensões propostas uma articulação com modelos teóricos de assistência á saúde. Destacando o modelo

economista, o modelo sanitaria-panificador, o modelo sanitaria politicista e modelo das representações sociais como elementos referenciais para analisar o acesso aos serviços de saúde como categoria. Os modelos são comentados abaixo à luz das próprias autoras.

Ao modelo economicista cabe a conformação da demanda através da oferta de assistência médica. Representando-se então como resultante das diferentes necessidades apresentadas pelos diferentes grupos da população (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Oferta estaria relacionada à organização do atendimento, ao cardápio de atendimentos oferecidos na rede assistencial, à rede de referência e contrarreferência e à complexidade tecnológica dos níveis de atenção com vistas à integralidade. A demanda pode ser examinada a partir de interpretações e percepções no cotidiano dos atores sociais e suas relações com a oferta no âmbito dos sistemas de saúde (PINHEIRO, 2001). Enfim, a oferta está relacionada ao que é oferecido ao usuário, enquanto que a demanda é formada a partir das necessidades dos usuários.

O modelo sanitaria-planificador está relacionado ao acesso que é disponibilizado através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços hierarquizada, informando os usuários os serviços existentes e a forma de utilizá-los, ou seja, uma visão técnica, relativa à organização da rede de serviços de acordo com a demanda (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

O modelo sanitaria-politicista está relacionado à visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária sobre os problemas de saúde e da organização popular. Giovanella e Fleury (1996) embasam-se e citam a concepção de Berlinguer (1978), para qual a população adquire a capacidade cognitiva de compreender os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde.

Já o modelo teórico das representações sociais se sustenta na dimensão simbólica do acesso. Sendo compreendido através das relações e representação do indivíduo junto à sociedade. Considerando esse indivíduo em suas histórias de tradição e cultura (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Reitera-se, portanto, que esses modelos teóricos devem coexistir quando se pensa o planejamento na perspectiva de um dispositivo para a consolidação do acesso, considerando, assim, a dimensão econômica, técnica, política e simbólica.

Abreu de Jesus e Assis (2010) resignificam o trabalho de Giovanella e Fleury (1996) à medida que esses relacionam as dimensões analíticas do acesso com o planejamento, estabelecendo conexões entre a discussão teórica e a prática do planejamento no campo da saúde coletiva, tendo como cenário o processo de construção do SUS. Nessa re-significação os autores apresentam quatro concepções, as quais são aqui apresentadas e dialogadas.

A primeira concepção é denominada de: “Dispositivos do planejamento em saúde para buscar equilíbrio na relação oferta/demanda no âmbito do SUS: a dimensão econômica do acesso aos serviços de saúde” (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010). Para Abreu de Jesus (2006) a relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. Acrescenta-se que há o desafio do planejamento é estabelecer acesso à saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade por parte de trabalhadores e usuários, tendo-se um paradigma a ser superado, no tocante a desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, possibilite a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda.

Nesse momento, retoma-se Giovanella e Fleury (1996) e Abreu de Jesus (2006) para descrever o que seria disponibilidade, acessibilidade e adequação funcional, bem como capacidade financeira e aceitabilidade por parte de trabalhadores e usuários. A disponibilidade é entendida como relação entre o volume e os diferentes serviços existentes e o número de usuários e suas necessidades. Já a acessibilidade, como a relação entre localização da oferta e a localização dos usuários, considerando a distância geográfica, os recursos para transporte, o tempo demandado até chegar ao serviço, a viagem, à distância e os custos. A adequação funcional, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para receber os usuários e a capacidade dos usuários se adaptarem aos fatores que condicionam a organização da oferta (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

No concernente à capacidade financeira, ela se relacionada aos custos dos serviços na entrada, manutenção ou saída dos usuários; a aceitabilidade é entendida como a relação entre as atitudes dos usuários com os trabalhadores de saúde e com as características das práticas dos serviços, bem como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários (ABREU DE JESUS, 2006).

No que tange a visão economicista enraizada, porque não dizer fruto da influência normativa das primeiras ideias de planificação (CENDES/OPS), “o desafio dos planejadores está posto no momento em que se assume que as práticas do cotidiano nessa relação devem estar pautadas no paradigma da integralidade, enquanto ação social resultante da permanente interação de atores, em planos distintos de atenção à saúde (individual e coletiva), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (ABREU DE JESUS; ASSIS 2010, p.165).

A segunda concepção de planejamento é denominada por (ABREU DE JESUS; ASSIS 2010) como “Organização hierarquizada de redes de atenção como dispositivo do planejamento em saúde para viabilizar o acesso aos serviços no SUS: uma dimensão tecnoassistencial”.

A formatação do processo de regionalização e hierarquização na era SUS vem sendo desenvolvido com base na apresentação da dimensão organizativa dos modelos assistenciais com vistas ao estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica (ABREU DE JESUS; ASSIS 2010).

A ideia de regionalização remonta experiências internacionais, como as desenvolvidas na Inglaterra, no que ficou se conhecido como “Sistema Dawson”, criado na década de vinte, que tinha bases territoriais, definição de população alvo, organização da rede assistencial de acordo com níveis de complexidade, a noção de porta de entrada e a existência de mecanismos de referência (KUSHNIR, 2006).

A organização hierarquizada da rede de atenção se dá em três níveis: o primário, que, de acordo com Starfield (2002), é o nível básico de atenção oferecido uniformemente a todos. Responde aos problemas mais comuns da comunidade ao oferecer serviços preventivos, curativos e reabilitadores para maximizar a saúde e o bem-estar; o secundário e o terciário, para onde serão referenciados os casos de especialidades e os mais complexos, visando, assim, uma integração dos serviços para uma melhoria na qualidade da assistência.

Starfield (2002), ressalta, ainda, que a acessibilidade apresenta uma série de motivos para se ter a atenção primária como “porta de entrada” mais adequada para primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde. No entanto, não a faz isso de forma fechada, como demonstra o comentário da autora;

A ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada (STARFIELD, 2002, p.207).

A proposta de hierarquização da rede de atenção à saúde deve estar muito mais ligada aos níveis de atenção em saúde (atenção primária, secundária e terciária) do que propriamente relacionada ao grau de hierarquização que o usuário deve percorrer na rede para ter suas necessidades de saúde atendidas. Entende-se que esse pensamento torna o acesso numa questão burocrática. Assim, qualquer estabelecimento que compõe a rede assistencial pode funcionar como “porta de entrada”.

Não há como negar as vantagens da organização hierarquizada da rede de atenção à saúde, tendo a atenção primária como a “porta de entrada” oficial. No entanto, coaduna-se com Cecílio (1997) quando faz uma reflexão acerca da questão hierarquizante do acesso dos usuários a rede de saúde.

Sem muito esforço cognitivo nota-se que a concepção hierarquizante é de fato representativa da nossa realidade, à medida que sucumbe aos olhos a imagem de como se estrutura o nosso atual modelo de atenção em saúde. Mas, não é demais lembrar (Figura 1) e discutir a questão da organização hierarquizada da rede à luz de Cecílio (1997), a qual sugere um modelo de atenção, no qual a organização é pensada através de um sistema circular.

Figura 1. Pirâmide do Sistema de Saúde



Fonte: Silva (2006).

A hierarquização do modelo de atenção em saúde no SUS é representada por um modelo de pirâmide. Para Cecílio (1997, p.471), “a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm planejado e lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde”. Mas, considerando a dificuldade do acesso a essa rede de assistência pensada na perspectiva regionalizada e hierarquizada é possível dizer a despeito da justeza dos princípios do modelo de pirâmide, que esse tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema do que uma realidade com a qual a população usuária possa de fato contar.

Na proposição do modelo circular o que importa é a garantia do acesso ao serviço adequado e à tecnologia adequada no momento apropriado e de responsabilidade intransferível do sistema de saúde. “Trabalhando assim, o centro de nossas preocupações é o

usuário e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas” (CECÍLIO, 1997, p.477).

Acredita-se que Abreu de Jesus e Assis compartilham a ideia do modelo circular, uma vez que concebem como “porta de entrada”, “o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade” (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010, p.162).

Nesse entendimento, o campo da Saúde Coletiva deve tratar a questão do planejamento e dos seus dispositivos para organizar a rede, engendrada à discussão dos modelos tecnoassistenciais, observando sua conformação e organização, garantindo o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade, devendo utilizar para isso metodologias participativas, incluindo os diversos sujeitos no processo de discussão (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

Entende-se que a organização hierarquizada da rede de atenção em saúde, assumindo-se uma relativização desse conceito, seja um dispositivo do planejamento em saúde para viabilizar o acesso aos serviços no SUS. No entanto, isso só será possível à medida que outras duas dimensões (política e simbólica) sejam compreendidas e consideradas pelos diferentes atores sociais que planejam e constroem o SUS a partir de uma visão estratégica e comunicativa.

As outras duas concepções propostas por Abreu de Jesus e Assis (2010) são denominadas de “Dispositivos do planejamento para o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular no âmbito do SUS: a dimensão política do acesso aos serviços de saúde” e “Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde: a dimensão simbólica do acesso – uma utopia a ser alcançada”.

Para se entender o termo consciência sanitária, retoma-se o referencial de Giovanella e Fleury (1996), as quais definem como uma tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade, sendo necessária uma ação individual e coletiva para alcançá-la, bem como, toma-se, também, o referencial de Campos (2000), o qual entende que a consciência sanitária se dá à medida que sujeitos transformado

socialmente são capazes de transformar suas realidades de saúde e de um modo mais amplo de vida. Perceber o planejamento em saúde como um dispositivo para o desenvolvimento da consciência sanitária tem sido um pensamento do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) verificado pela proposta política denominada de “Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva”. Assim, o desafio do planejamento em saúde é tornar o arcabouço institucional uma prática coletiva e geradora de consciência sanitária.

Sobre a última concepção, denominada de “Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde: a dimensão simbólica do acesso – uma utopia a ser alcançada”, entende-se que essa dimensão simbólica do acesso aos serviços de saúde deve ser compreendida a partir das representações da atenção à saúde e dos serviços (GIOVANELLA; FLEURY, 1998), na qual se revela uma “tensão-contradição entre a realidade subjetiva e a realidade concreta dos sujeitos em ato

Assim, é preciso enfatizar a subjetividade como um componente nessas duas últimas concepções, tendo então o planejamento um grande desafio para se concretizar como dispositivo de organização do acesso em se considerado os múltiplos e diversos interesses dos atores que o congregam. No entanto, percebe-se que esse desafio está intimamente ligado a perspectiva do que os diferentes atores sociais fazem ou farão do planejamento.

5.4 Processos e instrumentos para o planejamento nos serviços do Sistema Único de Saúde

O planejamento em saúde é constitutivo do arcabouço legal do SUS desde sua promulgação com a Lei Orgânica da Saúde, compreendida nas Leis 8.080 e 8.142, atribuindo à direção nacional do SUS a responsabilidade de elaboração do planejamento estratégico nacional em cooperação com estados, municípios e o Distrito Federal.

Seguindo essa lógica, a Lei 8.080/90 no Art. 36 estabelece que o planejamento e orçamento do SUS deverão ser ascendentes, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se às necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados e Distrito Federal e da União (BRASIL, 1990a).

A Lei Nº 8.142/90, no seu Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990” (BRASIL, 1990 a; 1990b).

As Leis referidas foram após sua publicação cumprida por meio de portarias nas quais continha as Normas para que essas fossem de fato executadas. Assim, inicialmente tem-se as Normas Operacionais Básicas nos anos de 1991, 1993 e 1993, orientando então o planejamento das ações do SUS. Essas traziam como estratégia a municipalização dos serviços de saúde, mas logo foi substituída pela estratégia de regionalização, conforme se instituiu na Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) no ano 2001, tendo em vista que para se ter um rede de serviços de nível primário, secundário e terciário seria mais lógico e mais econômico uma construção conjunta de ideias e pactuações assumidas entre os municípios, promovendo assim maior capacidade de resposta aos problemas de saúde.

Nesse contexto, observa-se que historicamente a descentralização e municipalização da saúde somada a exigência de ter planos e de relatório de gestão para habilitar-se e receber recursos do Fundo Nacional de Saúde, vindo certamente estimular os municípios e estados para o desenvolvimento das práticas de planejamento em saúde, ainda que, por vezes, esses planos e relatórios sejam realizados por autoridades sanitárias com auxílio de universidades, centros de pesquisa, assessorias públicas e privadas e contratação de consultores (BRASIL, 2009).

No entanto, são inúmeras as dificuldades dos municípios e estados pra realizar o planejamento em saúde, envolvendo a falta de prática e uma não normatização específica dos conceitos e métodos utilizados em sua elaboração. Nesse sentido, a necessidade de construção de um sistema de planejamento do SUS ficou evidenciada durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007 aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado no Diário Oficial da União em dezembro de 2004. Em meados de 2005, após a produção e distribuição do PNS, o Ministério da Saúde decidiu transformar essa ideia em proposta para discussão com os estados e municípios por meio de oficinas macrorregionais (BRASIL, 2009).

Nesse processo, é importante destacar a Portaria N° 399, de 22 de fevereiro de 2006 do Pacto pela Saúde, especificamente o Pacto de Gestão, que no item 4 do anexo da portaria, estabelece o Sistema de Planejamento do SUS, contendo seu o seu conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento. Destaque, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

i) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; ii) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; iii) a institucionalização e o fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS , com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; iv) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e v) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006c).

Em dezembro de 2006, a Portaria GM/MS n° 3.085 regulamentou o Sistema de Planejamento do SUS, o Planeja SUS, cujo objetivo fundamental é “pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão”. Assim, esse sistema constitui um mecanismo de gestão que oferece metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS. O Planeja SUS define como instrumentos básicos do planejamento: o plano de saúde, a respectiva programação anual de saúde e relatório anual de gestão. O sistema oferece guias para a formulação desses instrumentos, com o objetivo de “qualificar as práticas gerenciais do SUS” (BRASIL, 2009).

Posteriormente, de acordo com o Pacto de Gestão (2006), elucida-se os instrumentos de planejamento das redes regionalizadas de saúde: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) divulgado em 2011 pelo Decreto 7.508/11, visando assim contemplar todos os recursos de planejamento considerados pelo SUS para a gestão regionalizada da assistência à saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011).

Com relação aos instrumentos básicos do planejamento em saúde no SUS, conforme os documentos oficiais pode-se destacar:

- **Plano de Saúde**

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS (BRASIL, 2009) define-se como Plano de Saúde o instrumento que envolve a análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Na conformidade do Art. 5º da Portaria Nº 3.332/2006, são indicados três eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde: o primeiro em relação as condições de saúde da população, concentrando os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; o segundo deve tratar dos determinantes e condicionantes de saúde, concentrando medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores; e no terceiro a gestão em saúde, concentrando, entre outras medidas, as que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão nas respectivas esferas tais como recursos humanos, participação social, infraestrutura, e descentralização (BRASIL, 2006a; 2006b).

Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano não são objeto de explicitação no Plano de Saúde (BRASIL, 2009a; 2009b).

- **Programação Anual de Saúde**

A Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pelo respectivo ente federativo em determinado ano, com base no definido no respectivo Plano de Saúde. Assim, esta programação consiste na explicitação das ações, metas e os recursos financeiros voltados para o Plano de Saúde. A Programação Anual de Saúde deve identificar também as responsabilidades e parcerias para a execução das referidas ações (BRASIL, 2009a; 2009b).

- **Relatório anual de gestão**

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2009a; 2009b). Este deve apresentar a prestação de contas dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados

municípios. O referido instrumento, além de apresentar os resultados alcançados na área da saúde, orienta eventuais redirecionamentos necessários.

Já para a formulação e programação nas redes regionalizadas de saúde, destacam-se os processos e instrumentos de planejamento em saúde:

- **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**

Vale ressaltar que é no Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Saúde, que são descritas as questões relativas à operacionalização da regionalização da assistência. Esse documento destaca a importância da elaboração do PDR e expressa o reconhecimento das ações envolvendo as atuações conjuntas de mais de um município, com ênfase na racionalização de gastos e otimização de recursos.

Prevê, ainda, estratégias do planejamento que visam contemplar os principais problemas de saúde pública e estratégias de gestão capazes de aglutinar e conjugar recursos materiais, financeiros, tecnológicos e humanos dos seus três entes federados. Dessa forma, pode-se planejar a organização e planejamento do SUS a fim de evitar duplicidade desses recursos, podendo, então ter uma economia de escala e de escopo e tornando o SUS, de fato, um sistema eficaz e efetivo (BRASIL, 2009; BRASIL, 1990).

O volume 3 da Série Pactos pela Saúde tem como tema “Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS”. Este volume detalha o conteúdo do PDR expressando suas partes:

(...) a caracterização do estado; a pactuação feita pelos gestores na identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas; os mapas dos arranjos regionais que conformam as Macrorregiões de Saúde, caracterizando as ações e serviços a serem oferecidos por cada uma delas; a identificação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) estruturados e a serem estruturados, com sua composição; situação geolocalizada, da estruturação de redes de atenção à saúde das Regiões e Macrorregiões de Saúde, articuladamente com o processo das PPIs; a identificação dos “complexos regulatórios” – existentes e a serem implantados; outros arranjos e/ou processos pactuados entre os gestores, com o objetivo de potencializar as ações de saúde, em âmbitos regionais. (BRASIL, 2006e, p. 28).

Para Fortuna (2011) o referido documento destaca a importância da atualização do PDR para planejamento e coordenação da regionalização. Esta atualização está voltada, entre outros aspectos, para a definição dos territórios da região de saúde. Assim, o documento considera que em alguns estados há necessidade da adoção de outras subdivisões, como a macro ou as microrregiões, de acordo com os serviços e sua densidade tecnológica. As macrorregiões de saúde reúnem mais de uma região de saúde e devem oferecer, em seu conjunto, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando a atenção integral à saúde (BRASIL, 2009a; 2009b).

A respeito do planejamento da assistência de forma regionalizada, que congrega pactuações de diferentes municípios, o Pacto de Gestão destaca a importância da pactuação entre todos os gestores envolvidos na oferta das “ações complementares”, que são aquelas que não pertencem ao nível básico de atenção e cuja oferta poderá ser planejada fora do território municipal, de acordo com a complexidade e contingente populacional, colocando de forma mais flexível a questão do corte no nível assistencial para delimitação de uma região de saúde, não definindo uma lista de serviços como as duas edições da NOAS, mas informa que este ponto de corte “deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado” (FORTUNA, 2011).

O PDR caracteriza-se, portanto, como instrumento de planejamento da gestão regionalizada do SUS e ordena o processo de regionalização da assistência à saúde em cada estado, a qual é baseada em prioridades coerentes com as necessidades de saúde da população e a garantia de acesso do cidadão em todos os níveis de atenção, dando ênfase também a racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2009a; 2009b; STEPHAN-SOUZA *et al.* 2010).

Assim, a partir de um planejamento regional, pretende-se garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos, fundamentando-se na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais (DOURADO; ELIAS, 2011).

Deste modo, os PDR's devem garantir, em cada região (conjunto de municípios de um estado), o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante os pactos entre

gestores na garantia das referências intermunicipais, representando, assim, o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado, em consonância com os recursos disponíveis que devem ser alocados conforme a PPI, e com previsões de necessidades de novos recursos expressas no PDI.

- **A Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI)**

A PPI é definida como “Programação Pactuada e Integrada da Assistência” e consiste num instrumento de alocação de recursos com vistas a contribuir para a construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde. No âmbito do Pacto pela Saúde a PPI avança em relação ao que se tem nas NOAS no tocante à maior transparência dos fluxos, definindo que os limites financeiros para a assistência da média complexidade serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população própria, somado à parcela relativa ao atendimento da população referenciada, a partir de critérios e parâmetros pactuados (BRASIL, 2006a).

- **Plano Diretor de Investimento (PDI)**

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuados no processo de plano regional e estadual. No âmbito regional este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. O referido plano deve contemplar também as necessidades da área da Vigilância em Saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009).

O PDI considera as prioridades identificadas no PDR, com vistas à ampliação das ações e serviços de saúde existentes, de modo a conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde (BRASIL, 2009). Assim, o ente federado apresenta no seu PDI o planejamento e a forma de desembolso dos recursos referentes às ações pactuadas na PPI, de forma a garantir a oferta das ações e serviços acordados (BRASIL, 2009).

- **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)**

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), definido como acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de

responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Assim, o COAP avança na gestão da política de saúde ao estabelecer metas e compromissos, incentivos e sanções, visando produzir resultados para o Sistema de Saúde. Seu objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com o fim de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011).

Por fim, considera-se que os processos e mecanismos para operacionalização do planejamento em saúde compõem um projeto político-institucional ao incorporar o direito à saúde e a participação social em cada etapa da formulação de estratégias e mecanismos de enfrentamento dos problemas de saúde da população/sociedade. No entanto, considera-se mesmo com toda essa instrumentalidade, aqui apresentada, não é possível ainda um planejamento em saúde classificado como exitoso, dado que dia a dia são noticiados e vivenciados os problemas que dificultam o atendimento de eficaz e resolutivo no âmbito do SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe importantes aproximações e reflexões quanto as diferentes concepções do planejamento em saúde no âmbito do SUS, bem como evidenciou claramente que a finalidade desse planejamento no setor se diferencia das organizações em gerais, pois reconhece que objetivo maior é de se produzir saúde, fundamentalmente pela garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção e serviços de saúde.

Constatou-se que esse acesso é compreendido em seus diferentes sentidos e significados, para além do simples atendimento mediante um guia de solicitação ou autorização, mas sim numa perspectiva polissêmica que o considera o dispositivo planejamento mediante aspectos técnicos, organizacionais em que se planeja o acesso mediante a complexidade hierárquica do problemas de atenção e saúde e ainda considera a necessidade se pensar economicamente, politicamente e simbolicamente essa organização do acesso.

No setor saúde reconhece-se que operacionalização do planejamento avança à medida que esse não é processado apenas por um único sujeito (técnico dirigente), um único método. A instrumentalidade técnica também compõem o planejamento numa perspectiva comunicativa, que considera a necessidade de pensar estrategicamente e situacionalmente. Nesse sentido, há um momento do desenho do “deve ser de forma instrumentalizada, como constatou a literatura analisada. Mas na prática a operacionalização dos processo é condicionada pela demanda, pelos problemas que emergem do cotidiano dos serviços, sem um delineamento muito claro de onde se quer chegar e do que realmente se concretizou no ato de fazer, o que dificulta os processos avaliativos, pois muitas vezes os processo de planejamento são apenas firmadas em atos documentais como requisito necessário para que municípios e estados possam receber os repasses do Governo Federal.

Identificou-se que o instrumento de planejamento tem potencialidades diversificadas, permitindo a elaboração de estratégias e metas para se alcançar objetivos, considerando os aspectos de uma dada realidade local de cada um de seus territórios e de cada uma das suas redes assistenciais de saúde no amplo espaço de atuação do SUS. Mas reconhece-se como grande entrave para boa utilização da instrumentalidade já existente, o fato de haver conflito de interesse ou então uma comunicação não efetiva dos atores sociais que cotidianamente se implicam para que o SUS se concretize em ato.

A literatura aborda que os diálogos a partir das redes de conversações existem, mas as dificuldades se devem a fato de que as redes de conversas ainda não conseguem aglutinar os diferentes discursos e entendimentos dos atores (gestores, trabalhadores de saúde e usuários), dificultando o estabelecimento e a manutenção de compromissos pactuados e presentes nos documentos. Contudo, destaca-se que todos esses limites podem ser superados ou ao menos amenizados pelo constante processo “aprender a aprender” e “aprender a fazer”, mediados pela ação comunicativa.

Voltando um pouco a finalidade do planejamento em saúde, os artigos analisados discutem a interface acesso e planejamento como espaço de limites e desafios, mas também de avanços, que se dão mediante o esforço dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do acesso, resistindo para que relação oferta/ demanda não seja de um todo regulada e adequada pela lógica do modelo econômico que ora privilegia os custos -benefícios em detrimento das reais necessidades de saúde da população.

Mas reconhece então que a (re)organização da rede de saúde ainda deve ser pauta de planejamento e desafio de gestão, uma vez que os equipamentos sociais de saúde existentes não permitem que os usuários sejam atendidos num eventual momento de suas necessidades de forma equânime, eficaz e efetiva, que de fato cause bons impacto sobre a saúde da população.

Entende-se os avanços como fruto da modesta conscientização política e social de um pequeno grupo de pessoas que resistem e reconhecem que os avanços precisam continuar rumo à consolidação do acesso em saúde. Considera-se, então, o desafio do planejamento como dispositivo para a consolidação do acesso está sobretudo na prática das diferentes concepções apresentadas, sobretudo na concepção comunicativa, na qual se reafirma e entende-se que o planejamento deve ser pensado a partir do cotidiano dos serviços de saúde, sempre permeando a ideia do dispositivo (aquilo que dispara) , possibilitando estratégias de construção de consciência sanitária e representações sociais.

O sentimento de (in)conclusão, de impotência diante da complexa realidade que envolve a complexidade do estudo toma conta dos pensamentos, querendo levar a construir uma “formula mágica” fundamentada na razão técnica instrumental, mas a própria racionalidade nos faz “pensar estrategicamente” e perceber que não há outro caminho a não ser construir coletivamente uma consciência política a partir do processo histórico de

mudanças possibilitadas pela ação comunicativa dos diferentes sujeitos em suas dadas realidades sociais e culturais, possibilitando, assim, uma representação social (societal) do modelo de atenção em saúde em que o direito ao acesso seja consolidado e que se esse sistema é de fato de todos ele precisa ser então pensado por muitos.

Espera-se que este breve estudo contribua com o processo de implicação e de conscientização social necessários para o entendimento do planejamento em suas múltiplas concepções, sobretudo como um dispositivo potencializador de transformações das políticas da saúde. Considerando não apenas os aspectos técnico-instrumentais do primeiro momento do agir estratégico, mas possa reconhecer o planejamento comunicativo, em suas limitações, como meio aglutinador dos diferentes marcos teórico aqui apontados.

Por fim, as considerações aqui construídas não pretenderam sobremaneira, finalizar o estudo ora realizado. Pretendem sim, que seja o início de uma caminhada em que, depois de lido, discutido e analisado as principais correntes do planejamento em saúde com vista a consolidação do acesso, possa-se despertar curiosidade e a identificação de lacunas que no âmbito da ciência administrativa e da Saúde Coletiva possa se produzir mais conhecimento e estratégias que aponte caminhos mais específicos para superação dos entraves da consolidação do acesso ao Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], vol. 15, n.1,p.161-170 , 2010.

_____. W. L. **Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006. Feira de Santana, Bahia, 2006.235p.

ANSOFF, Igor; Mcdonnell, Edward. J. **Implantando a Administração Estratégica.** São Paulo: Atlas, 1993.

ATHANÁZIO, M.M. **Processo de Planejamento Estratégico em Universidade Pública: O caso da UFPA** (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós- graduação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2010.

BRASIL. LEI 8080 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.** Disponível em <http://www.senado.gov.br/legislacao>>. Acesso: 20.10.2013.

_____. LEI 8080 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.** Disponível em <http://www.senado.gov.br/legislacao>>. Acesso: 20.10.2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - 2 ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 208 p.

_____. DECRETO-LEI N. 7.508/GM DE 28 DE JUNHO DE 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Suplemento. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão: regulamento.** Série Pactos pela Saúde, vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde. 2006a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS.** Brasília: 2006b.

_____. SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS (PLANEJASUS). **Uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2009 e. 318 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BORGES, Djalma Freire; Araújo, Maria Arlete Duarte de. Uma experiência de planejamento estratégico em universidade: o caso do centro de Ciências Sociais Aplicadas da UFRN. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, FGV, 34 (4), 63-76.

CASTRO, A.M.G. Metodologia do planejamento estratégico. In: CASTRO, A.M.G; LIMA, S.V. **Centro De Gestão De Estudos Estratégicos**. Ministério da Ciência e tecnologia.2005.

CAMPOS, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p.723-731. 2000

_____. R. O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, vl.6 n.1 Rio de Janeiro 2001.

_____. R. O. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAPES. QUALIS WebQualis. Disponível em: <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/Index.faces>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Set 1997, vol.13, n.3, p.469-478. ISSN 0102-311X.

_____. L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: E. MERHY, E.E.; ONOKO CAMPOS, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997b. p. 161-168.

_____. L. C. O. É preciso politizar o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15,n.5,p.2276-2278, 2010.

CERTO, SAMUEL C; PETER, PAUL J. **Administração Estratégica**: planejamento e implantação da estratégia. São Paulo: Makron Book, 1993.

DIEHL, A. A. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas / Astor Antônio Diehl e Denise Carvalho Tatim. – São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. M. Regionalização e dinâmica política de federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p.204-211, 2011.

DRUMOND, M. **Epidemiologia e saúde pública**: reflexões sobre o uso da epidemiologia nos serviços do sistema único de saúde em nível municipal. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp.2001

FORTUNA, R.F. P. A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional (**Tese de Doutorado**). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – 2011. 207f.

FURTADO, J.P. **A avaliação como dispositivo**. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp.2001.

GALLO, E et al. **Planejamento Criativo** – Novos desafios em política de saúde.Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992.p.11-40.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Jan./Mar. 1991, vol.7, no.1, p.26-44. ISSN 0102-311X.

GIOVANELLA,L; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org) **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2010.

KOTLER, P; ARMSTRONG, G. **Princípios do Marketing**. 5 edição. Rio de Janeiro. Prentice Hall. 1993.

LÍGIA BAHIA. Afinidades comunicativas e as políticas de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15,n.5,p.2276-2278, 2010.

LIMA,J.C.; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.329-42, out./dez. 2009.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARCELINO, Gileno Fernandes (Org). **Gestão Estratégica da Universidade-** a construção da FACE/UNB. Brasília. Editora UNB, 2004.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P., GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem** [on line]; vol. 17, nº. 4, p. 758-64; 2008.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo; MERHY, Emerson Elias; e MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Razão e Planejamento: reflexões sobre Política, Estratégias e Liberdade**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro. Record. 2002.

MONTGOMERY, C.A; POTTER, M.E (Org); **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro. Elsevier,1998.

MUNDSTOCK.P. **Relação entre planejamento estratégico e desempenho superior**. (Dissertação de Mestrado). Escola de Administração. Programa de Pós-graduação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.

OLIVEIRA, Dijama de Pinho R de. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologias e práticas**. São Paulo. Atlas. 2007.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n.4, p.299-310, 1998.

_____. J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. IN: Campos, G.W. S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2008.

_____. J. S. Planejamento e gestão: para além da comunicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15,n.5,p.2279-2280, 2010.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: MATOS, Rubens Araújo de e PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

RIVERA, F. J.U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2ed. São Paulo: Cortez – Abrasco, 1992.

_____. F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social** – uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.3, p.357-372. 1996. ISSN 0102-311X.

_____. F. J. U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.1, p.73-80. 1997. ISSN 0102-311X.

_____. F. J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.355-365. 1999. ISSN 1413-8123.

_____. F. J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15,n.5,p.2279-2280, 2010.

SAMPAIO, J.J.C.; VASCONCELOS FILHO, E.V de. Política, Planejamento e Administração em Saúde: um desafio técnico, político e psicossocial. In: Carneiro, C.; RUIZ, E.M.; LANDIM, L.P.; SAMPAIO, J.J.C. (Org.). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá Ceará**. Fortaleza: EdUECE,2006.

SCHRAIBER, L. B.L et al.Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.221-242, 1999. ISSN 1413-8123.

STONER, JAMES A.; FREEMAN, R.E. **Administração**. Rio de Janeiro; Prentice Hall do Brasil.1995.

STARFIELD, B. O que é atenção primária? In: STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992. 262p. Tradução: Ananyr Porto.

SILVA, J.M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Feira de Santana, 2006. p.225.

STEPHAN-SOUZA, A. et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. S35-S45, 2010.

TEIXEIRA, C.F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, 1999, v.4,n.2,287-303.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2317-2326, 2010.

VILLAVICENCIO, J.R.; SABBADINI, F.S. Pesquisa de satisfação dos usuários de hospital de emergência. **Revista Eletrônica de Administração Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, jan./mar. 2007.