

Parte I - Concepções teóricas para o planejamento em enfermagem

5 - Planejamento em saúde na América Latina

Ricardo Matos Santana
Ângela Tamiko Sato Tahara

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTANA, R.M., and TAHARA, Â.T.S. Planejamento em saúde na América Latina. In: *Planejamento em Enfermagem: aplicação do processo de enfermagem na prática administrativa* [online]. Ilhéus: Editus, 2008, pp. 26-32. ISBN: 978-85-7455-529-4.
<https://doi.org/10.7476/9788574555294.0006>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

5

Planejamento em saúde na América Latina

5.1. A CEPAL e a introdução da idéia do planejamento na América Latina

A CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina) pode ser apontada como o núcleo inicial de difusão da ideologia de planificação na América Latina, e seus esforços preliminares

[...] centraram-se na elaboração de uma 'teoria do desenvolvimento' e na 'formação de uma consciência' e amplos grupos de intelectuais do continente. Este movimento planejador foi se apresentando progressivamente como um 'instrumento da formação de consciência' e com um 'instrumento de ação', mesmo não dispondo de um método previamente elaborado (PAIM, 1983, p. 68).

Paim (1983) afirma que o discurso planejador alcançou a plenitude nas recomendações da Carta de Punta del Este, que afirmava a necessidade de se impulsionar respostas, alentando a formulação de planos de desenvolvimento. Assim, a planificação social proposta por esta carta favoreceu o desenvolvimento do *discurso planejador*, a elaboração de técnicas e a formação de intelectuais que deram coerência a este discurso e procuraram legitimá-lo através da abordagem científica para a intervenção na realidade social (PAIM, 1983).

Rivera (1992) afirma que o pensamento cepalino pode ser desdobrado em dois momentos: o momento economicista, correspondente à década de 50, que enfatizava o objetivo do crescimento econômico como sustentáculo do desenvolvimento; e o movimento sócio-político, da década de 60, onde o desenvolvimento deixava de ser visto como um processo dependente apenas do crescimento econômico e passou a ser olhado como um processo global, que inclui as estruturas políticas e sociais.

Conforme Paim (1983), o desenvolvimento do planejamento de saúde na América Latina pode ser dividido, didaticamente, em quatro momentos. São eles:

1. Elaboração
2. Difusão e autocrítica
3. Revisão
4. Reatualização

No que se refere ao primeiro momento, o da **elaboração**, há o reconhecimento da técnica CENDES/OPS (Centro Nacional de Desenvolvimento/Organização Pan-americana de Saúde, da Universidade Central da Venezuela), como um marco do desenvolvimento do planejamento da saúde na América Latina. Essa técnica buscava na micro-economia os procedimentos para a melhor utilização dos recursos em saúde e privilegiava a programação local de modo que os planos regionais e estaduais constituíssem o somatório dos planos locais, até chegarem a um Plano Nacional de Saúde.

A técnica CENDES/OPS pode ser entendida como uma inovação conceitual e metodológica que contribuiria para a preparação dos planos nacionais de saúde, já que o setor saúde não tinha um método que assegurasse a compatibilidade do planejamento de saúde com o planejamento em outros setores, predominantemente econômico (PAIM, 1983).

Esta técnica, segundo Mattos (1993), foi organizada por uma seqüência de etapas predefinidas, com tarefas precisas e limites cronológicos delimitados, compreendendo quatro etapas (Figura 4):

1. Descrição e explicação da situação (diagnóstico).
2. Elaboração da programação propriamente dita (planejamento).
3. Implementação da programação.
4. Avaliação.

Atualmente, o método CENDES/OPS, pelo seu mecanismo e baixa praticidade, sofre uma alta rejeição e pode ser considerado um enfoque normativo da programação do setor saúde (MATTOS, 1993).

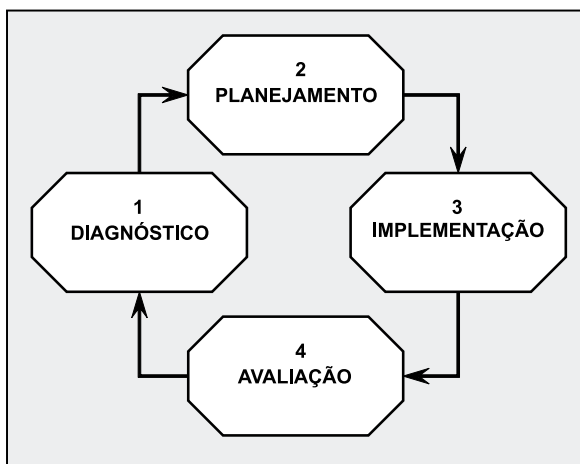


Figura 4 – O Método CENDES/OPS.

Quanto ao segundo momento, o da **difusão** e autocrítica, este se caracteriza por uma espécie de autocrítica do planejamento social e da saúde, tendo como um dos principais motivos

estimuladores desta autocrítica, os planos nacionais de saúde que foram *documentos que nunca se implementaram*, uma vez que os organismos globais de planejamento não utilizaram as Unidades de Planejamento dos Ministérios da Saúde como órgãos de planejamento setorial, nem viabilizaram a sua coordenação. Tal situação provocou, no setor saúde, a perda da gravitação e utilidade como instrumento de estratégia política. Apesar disso, o movimento pelo planejamento de saúde se desenvolveu com a incorporação de técnicas de programação do setor público por alguns países, sendo que, no caso da saúde, a técnica CENDES/OPS disseminou e legitimou o discurso do planejamento apesar da sua inefetividade (PAIM, 1983).

No terceiro momento, o de **revisão**, as deficiências metodológicas passaram a ser supridas através do desenvolvimento de métodos para objetos não cobertos pela CENDES/OPS, tais como inversões físicas, recursos humanos, informação, decisão e controle. Procedeu-se uma revisão do marco conceitual, com ênfase nos aspectos organizacionais (sistêmicos) e políticos, assemelhando as modernas técnicas de gestão, desenvolvendo as noções de eficiência, eficácia e efetividade, reconhecendo também a importância de variáveis políticas, em vez de técnicas, na alocação de recursos (PAIM, 1983).

A **reatualização**, quarto momento, tem como marco o aparecimento do texto "Formulacion de las políticas de Salud" elaborado por técnicos do CPPS (Programa Pan-americano de Planificação de Saúde), indicando um deslocamento do micro-econômico para o político, e servindo como um guia para a formulação de políticas, ainda que reconhecida a possibilidade de um risco tecnocrático. Constituiu-se numa proposta complementar à técnica CENDES/OPS, como uma resposta racionalizadora para a crise do setor saúde (PAIM, 1983).

5.2 A consolidação do enfoque estratégico (tipos de planejamento estratégico)

Como observa Rivera (1992), na América Latina, o denominado enfoque estratégico de planificação ganha força a partir de 1975, principalmente na década de 80, em função da crítica à planificação normativa e da configuração do enfoque estratégico de planificação.

Com base neste enfoque e na nova configuração de planejamento, podemos extrair três vertentes que contrapõem o modelo dominante de planejamento normativo em saúde (LANA; GOMES, 1996):

- **Enfoque Estratégico da Programação em Saúde**, formulação feita pela Escola de Saúde Pública de Medellín, em 1975;
- **Pensamento Estratégico**, elaborado por Mário Testa, sanitário argentino, em 1981;
- **Planejamento Estratégico Situacional**, elaborado por Carlos Matus, economista chileno, em 1982.

A tendência de **Enfoque Estratégico da Programação em Saúde** (da Escola de Medellín) foi apoiada pelo documento "Formulación de las políticas de Salud" que, como referido anteriormente, representou um novo paradigma para explicar o setor saúde. O documento pretendia colaborar com conceitos e orientações sobre a formulação de políticas de saúde e concebia o sistema de saúde a partir de três componentes: o político, o técnico-político e o nível tático-operacional (LANA; GOMES, 1996).

O modelo básico, segundo Rivera (1992), prevê sete etapas: formulação de uma imagem-objetivo; comparação entre a imagem-objetivo e a situação inicial; definição dos projetos preliminares; análise de factibilidade; análise de viabilidade; definição de uma estratégia; formalização e implementação.

Lana e Gomes (1996) apontam como grande mérito desse enfoque a contraposição, em 1975, à visão dominante do planejamento normativo, resgatando o caráter dinâmico, flexível, atrelado à conjuntura do planejamento e à importância do reconhecimento de que o planejamento envolve o enfrentamento e as confluências das forças sociais. Planejar passa a ser um ato político, cabendo ao planejador reconhecer-se neste papel, de técnico, com competência política.

A segunda vertente, a do **Pensamento Estratégico** (de Mario Testa), atribui a necessidade de mudanças no âmbito da política em geral, e tem uma visão de planejamento como instrumento capaz de auxiliar no cumprimento de uma única imagem-objetivo possível, a da acumulação e da desacumulação de poder. Esta proposta trabalha com três níveis de diagnósticos: o **administrativo**, o **estratégico** e o **ideológico** (RIVERA, 1992).

Segundo Testa (1992), o **Diagnóstico Administrativo** está voltado para a análise dos recursos, do acesso populacional aos serviços, da estrutura populacional e da enfermidade, nos termos elementares da planificação normativa associada ao propósito de aumentar a produtividade. Envolve as seguintes categorias básicas: o estado de saúde da população, a situação epidemiológica, os serviços de saúde, como uma resposta da sociedade aos problemas apresentados pelo estado de saúde e situação epidemiológica, e por fim, o estudo do setor saúde.

O **Diagnóstico Estratégico**, segundo este autor, está voltado para a análise das relações de poder, associada ao propósito de mudança. Aqui, se estudam as relações de poder, ao nível das categorias básicas: o estado de saúde da população, a situação epidemiológica, os serviços de saúde e o setor saúde.

O mesmo autor considera que o **Diagnóstico Ideológico** procura identificar os aspectos técnico-ideológicos que conduzem à legitimação do poder como propósito e que são utilizados para a interpretação dos dois primeiros níveis de diagnóstico e

para a imposição das idéias dominantes na sociedade. Este diagnóstico visa identificar quais os grupos sociais de sustentação e quais são os sistemas de idéias relacionados ao processo saúde/doença. Envolve uma síntese diagnóstica, dinâmica e estratégica, onde seriam formuladas as propostas.

Testa (1992) acrescenta que o pensamento estratégico em saúde admite três tipos de poder: **o administrativo, o político e o técnico.**

Entende como **poder técnico** a capacidade de gerar, aprovar, manipular informações de características distintas, com vários aspectos (médico, sanitário, administrativo etc.) e operando em múltiplos âmbitos, que são: a docência, a pesquisa, os serviços, a administração superior e a população.

O **poder administrativo**, conforme Testa, é a capacidade de apropriar-se dos recursos e alocá-los. Resume-se, quase totalmente, às diversas formas de financiamento.

Quanto ao **poder político**, Testa afirma que é a capacidade de mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam suas necessidades e interesses. A capacidade de desencadear uma mobilização vai depender de uma visão da realidade que é um saber gerado de maneiras diversas e agrupado em duas grandes categorias: conhecimento empírico e conhecimento científico. Esse tipo de poder cruza-se com os poderes técnico e administrativo nas formas de saber científico com prática de dominação, e de saber empírico com prática hegemônica.

Quanto ao **Planejamento Estratégico Situacional** (de Carlos Matus), Rivera (1992) enfatiza que esse modelo de planejamento trabalha dois conceitos básicos: o de situação, com base fenomenológica e o da teoria da produção social, de base marxista. O Planejamento Estratégico Situacional será abordado de forma mais ampla, e aprofundada, no próximo capítulo a ele dedicado.