

Capítulo 2

Planificação em saúde na América Latina: uma construção histórico-social

Washington Luiz Abreu de Jesus
Marluce Maria Araújo Assis
Chaider Gonçalves Andrade
Sisse Figueredo de Santana

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

JESUS, WLA., *et al.* Planificação em saúde na América Latina: uma construção histórico-social. In: JESUS, WLA., and ASSIS, MMA., orgs. *Desafios do planejamento na construção do SUS* [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 29-59. ISBN 978-85-232-1176-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



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/).

CAPÍTULO 2

Planificação em saúde na América Latina: uma construção histórico-social

Washington Luiz Abreu de Jesus

Marluce Maria Araújo Assis

Chaider Gonçalves Andrade

Sisse Figueredo de Santana

[...] o planejamento é entendido enquanto instrumento para o desenvolvimento, e desenvolvimento significa crescimento do produto nacional, aceleração do ritmo deste crescimento. Desenvolvimento significa industrialização, modernização, e a racionalidade do cálculo econômico e do planejamento que as acompanha [...].

Giovanella, 1991.

INTRODUÇÃO

Da economia à política, do desenvolvimento econômico com base no livre mercado ao controle estatal da economia, do autoritarismo à democracia, a inserção do planejamento na América Latina se dá a partir da necessidade de uma maior intervenção do Estado em setores da sociedade para garantir o desenvolvimento econômico e, por conseguinte, os direitos sociais. (GIOVANELLA, 1991)

O planejamento na América Latina se desenvolve sob a ótica desenvolvimentista, uma alternativa ao isolamento imposto pela depressão econômica e pela Segunda Guerra Mundial, onde os países passaram a lutar por uma nova estratégia de desenvolvimento nacional (FRIEDEN, 2008), incentivados pela criação de alguns organismos internacionais, a exemplo



da Organização Mundial de Saúde – OMS¹ e as agências internacionais especializadas, como a Organização das Nações Unidas – ONU e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (MATTOS, 2001)

Na década de 1960, mais especificamente em 1965, foi desenvolvida, por um conjunto de autores latino-americanos², a Publicação Científica nº 111 da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) com o título *Programação em Saúde, problemas conceituais e metodológicos*. Esse documento tinha como propósito a aplicação de princípios e métodos de planificação econômica para uma área social como a saúde e surgiu num momento favorável, que se caracterizava pela concomitância histórica do movimento da Aliança para o Progresso da América Latina, um instante de fomento do Banco Mundial para viabilizar os mercados latino-americanos, haja vista o estabelecimento do modelo econômico capitalista. (TESTA, 2004)

Como produto principal, desenvolveu-se o Método CENDES/OPS, construído pelo Centro de Estudos para o Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que propunha a utilização ótima de recursos e instrumentos disponíveis por cada governo através de um processo de definição de prioridades, pautado no diagnóstico exaustivo, na análise de custos e de impacto econômico, de modo a racionalizar a utilização desses à adequada programação em saúde.

Teixeira (2001, 2010) afirma que o método CENDES/OPS propunha a construção de indicadores para diagnóstico em saúde com o levantamento e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, num enfoque descritivo, marcado pelo viés da planificação econômica, operando o cálculo da eficiência, da definição de prioridades, da combinação de recursos e do estabelecimento do prognóstico como elemento importante na determinação dos elementos constitutivos do planejamento.

1 A OMS é a agência especializada das Nações Unidas para a saúde. Concebida para oferecer cooperação técnica entre os países-membros, ela se engaja em um grande número de iniciativas de enfrentamento de problemas de saúde, bem como de iniciativas voltadas ao aprimoramento dos sistemas de saúde. (MATTOS, 2001)

2 Jorge Ahumada, Alfredo Arreaza Guzmán, Hernán Duran, Mario Pizzi, Eduardo Sarué e Mario Testa.

A autora destaca que, apesar das limitações apontadas, os pressupostos do método continuam válidos até os dias atuais, ainda mais quando se trata da questão da programação da oferta de serviços, tendo como objetivo central a racionalização de recursos escassos. Tais pressupostos podem ser verificados nos critérios de priorização dos problemas de estado de saúde da população³, utilizados na formulação de planos de saúde, e parâmetros da Programação Pactuada e Integrada (PPI), proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Em 1975, o Centro Pan-americano de Planejamento em Saúde (CPPS) ancorado na crítica ao planejamento normativo estabelecido pelo método CENDES/OPS, propõe a valorização dos aspectos políticos e a incorporação de aspectos sociais no conteúdo da planificação em saúde. É lançado o documento intitulado *Formulación de políticas de salud*, que apresenta um esquema processual para a formulação de políticas de saúde a partir de uma “imagem-objetivo” construída com a identificação dos problemas de saúde da população e culminando com a formalização dessas políticas por meio de normas, decretos, leis, etc. O destaque é que a proposta do CPPS avança na construção de um olhar sobre o sistema de saúde, compreendido como unidade complexa, organizada em níveis [técnico-operacional, técnico-normativo e político-administrativo] e expresso pelos componentes do sistema (gestão, financiamento, organização dos serviços, infraestrutura de recursos humanos, físicos e materiais). (TEIXEIRA, 2010)

Como produtos das reflexões críticas sobre a planificação na década de 1980, surgem três vertentes principais que conformam o Planejamento Estratégico aplicado à Saúde: o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus (economista chileno), o Pensamento Estratégico, de Mário Testa (sanitarista argentino) e o Enfoque Estratégico da Planificação em Saúde, desenvolvido na Escola de Medellín – Colômbia.

A primeira caracteriza-se pela discussão sobre os atores sociais em situação de governo, suas relações, a identificação de problemas e sua tipificação, o estudo do cenário em momentos de planejamento – explicativo, normativo, estratégico e o tático-operacional. Essa proposta está alicerça-

3 Magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos.



da nas teorias da ação e da produção social, pois identifica que o “sujeito” do planejamento é partícipe de todo o processo e como tal deve compreender o espaço de produção social no qual está inserido e exercendo o seu fazer cotidianamente. (MATUS, 1993)

A segunda é caracterizada pela discussão acerca do poder enquanto relação de dominação e enquanto ideologia transformadora de uma sociedade. Apresenta uma tipologia para o poder, (sub)categorizando-o em poder técnico, político e administrativo, explicitando que seus recursos e circunstâncias conjunturais, temporais e sociais determinam a lógica e estratégia da programação no setor de saúde. (TESTA, 1995)

A terceira, por sua vez, tenta trazer para a discussão do planejamento em saúde o conceito de necessidades sociais através do critério das condições de vida, num arranjo sistêmico resultante da concepção funcionalista dos seus idealizadores. Em termos operacionais, essa perspectiva abrange a definição de subgrupos populacionais segundo critérios de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde e de resolubilidade, isto é, do perfil de oferta dos serviços segundo a composição tecnológica. (GIOVANELLA, 1991)

A CONSTRUÇÃO TEÓRICA DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

[...] as construções arbitrárias são mais ou menos rapidamente eliminadas pela competição histórica, ainda que por vezes consigam gozar de certa popularidade; ao passo que as construções que correspondem às exigências de um período histórico complexo e orgânico terminam sempre se impondo e prevalecendo, mesmo se atravessam muitas fases intermediárias nas quais a sua afirmação ocorre apenas em combinações mais ou menos bizarras e heteróclitas [...]. (GRAMSCI, 1991)

Discorrer sobre a construção teórica do Planejamento em Saúde na América Latina é um movimento que está assentado nos pilares da contradição e da historicidade. Revela uma transição de um momento puramente econômico para um momento ético-político de desenvolvimento dialético, de passagem do objetivo para o subjetivo, da necessidade para a liberdade, como diria Gramsci (1991). Para demonstrar a coerência histórica desse

processo, nos inspiramos nas três obras fundamentais⁴ que demarcam as bases conceituais principais do Planejamento Estratégico aplicado à Saúde, precursoras teórico-metodológicas latino-americanas do Planejamento em Saúde no Brasil.

Nascido em 1931 no Chile, formado em Economia pela Universidade do Chile em 1955, Carlos Matus foi assessor do Ministro da Fazenda nesse país e Ministro da Economia do Governo de Salvador Allende, no período de 1965 a 1970. Preso político com o Golpe de Estado, intensificou suas críticas ao planejamento tradicional e concebeu o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Matus construiu a Fundação Altadir em 1988 na Venezuela, país onde viveu durante anos em exílio depois de saída da prisão em 1975 e foi autor de importantes obras, como *Planificación de situaciones, Política, planificación y gobierno, Adeus Senhor Presidente* e *Estratégias Políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi*, entre outras, além de ter assessorado equipes de governo na área de planejamento, difundindo as ideias do PES em diversos países da América Latina.

Segundo Rivera (1992), na década de 1970, as críticas de Carlos Matus ao planejamento tradicional de governo, tomando como base a análise da planificação econômico-social, fundamentam-se no fato dele ter vivenciado o momento de implementação do processo de planificação desenvolvido pela CEPAL⁵. Critica o caráter eminentemente tecnicista do método CENDES/OPS, cuja concepção cartesiana, como fora idealizada, distanciava o governo da realidade estrutural da sociedade e produzia um enfadonho processo de planificação, praticamente impossível de ser operacionalizado dada a sua complexidade.

Para Matus (1993), o planejamento seria um processo técnico-político resultante do jogo de atores em interação, conflito, cooperação e através de alianças, constituindo-se num processo aberto e dialógico. Não é nada mais que tentar submeter o curso encadeado dos acontecimentos

4 Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus (economista chileno); Pensamento Estratégico, de Mário Testa (sanitarista argentino) e Enfoque Estratégico da Planificação em Saúde, desenvolvido na Escola de Medellín – Colômbia.

5 Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Social da América Latina



cotidianos a um movimento coordenado de produção social mediado pelos conflitos inerentes ao processo de relações intersujeitos. Necessário se faz, então, promover a reconciliação do técnico com o político, o que, segundo sua concepção, não se contemplou no método cepalino.

Partindo das concepções e elementos de um governo em ação, o autor apresenta a proposta do PES trazendo para o campo do planejamento a dimensão política, o que se configurou na denominação de “estratégia”. Este termo, segundo ele, se apresenta com múltiplos significados, podendo ser encarado como algo que é ao mesmo tempo importante e vulnerável. Adjetivos que expressam a ambiguidade do termo utilizado por Matus (1993) para definir sua proposta de planejamento. Trata-se de um modo de ganhar o jogo bem-estruturado, de ganhar o jogo dialético. E, como se trata de um jogo, está sujeito a vulnerabilidades. Um movimento, um encontro e uma luta na busca de objetivos. Um conjunto de ações táticas encadeadas em operações com vistas a alcançar a situação-objetivo, isto é, um fim.

Matus (1993) também parte do princípio que o planejamento é um método desenvolvido num cenário de governo⁶, no qual os atores sociais⁷ interagem e fazem parte da realidade a ser planejada. Nesse cenário de operacionalização do planejamento é que se assenta sobre o que ele denominou “Triângulo de Governo”. O autor apresenta-nos então os elementos fundamentais da arte de governar, que exige do governante constante articulação entre seus vértices: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade.

“Projeto de Governo” é o conteúdo propositivo dos projetos que a ação de um ator social se propõe realizar para alcançar seus objetivos. A “capacidade de governo” é definida por ele como o acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator social individual, coletivo, institucional ou organizacional para conduzir um processo social a objetivos declarados. Por sua vez, a “governabilidade” é definida como a relação entre as variáveis que o ator controla e aquelas que ele não controla no processo de governo. (MATUS, 1993)

6 Conjunto de condições, circunstâncias, contexto no qual se desenvolve um plano.

7 Forças sociais e personalidades que controlam os centros de poder, podendo assumir dimensões individuais, coletivas e institucionais ou organizacionais.

O equilíbrio entre o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade fazem parte de um conjunto de estratégias que caracterizariam o bom governo, que se utiliza destas para conhecer as aspirações do povo, exercendo seu poder em conformidade com leis e regras pré-estabelecidas, com justiça e concórdia, acomodando interesses em favor do bem comum. (MATUS, 1993)

Estabelecer o equilíbrio no jogo deve ser uma estratégia do governante, pois sem o devido equilíbrio não é possível conduzir processos políticos. O PES tem o objetivo de municiar os atores sociais em situação de governo para o enfrentamento da realidade estabelecida através de ações estratégicas delineadas a partir do reconhecimento da referida realidade, num cálculo interativo sobre o espaço real das possibilidades de ação criativa.

O ponto de partida para um planejamento eficaz, portanto, é a identificação precisa dos problemas a partir da interação dos atores sociais, enfrentando a sua realidade, diagnosticando as situações-problema e estabelecendo cálculos interativos com vistas à descoberta dos espaços reais de possibilidades de ação criativa no cenário no qual atua.

O PES representa uma tentativa de se instituir uma nova abordagem no contexto da planificação. O método proposto por Matus (1993) parte de uma análise pormenorizada da estrutura social da sociedade, identificando seus problemas e hierarquizando-os, de modo a se obter um conjunto de fluxogramas analíticos, com os quais é possível se fazer o diagnóstico situacional, se identificar nós críticos, se traçar estratégias e ações, calcular riscos e operacionalizar soluções.

Apesar de seu caráter estratégico, o que podemos verificar no PES é uma reprodução da complexidade operacional, o que não difere da proposta cepalina por ele criticada, apesar do avanço da incorporação do componente político, representado pelo governo-sujeito, isto é, pelos atores sociais institucionalizados.

Mário Testa, médico sanitário argentino, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, trabalhou inicialmente como médico assistencialista e depois se dedicou a estudar os problemas do desenvolvimento no CENDES, onde ajudou a construir o Método



CENDES/OPS. Foi funcionário da Organização Pan-americana da Saúde – OPAS, nos Estados Unidos, e do CPPS, no Chile.

Regressando à Argentina em 1971, se tornou interventor e depois Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires. Em 1976 saiu novamente do país, com o Golpe Militar, retornando somente após a redemocratização. Suas principais obras foram *Pensar en salud*, *Pensamiento estratégico y lógica de programación*, *Estrategia y programación e Saber en salud*.

Ele procura trazer uma discussão mais teórico-conceitual acerca do processo de planejamento, destacando o caso da saúde em vários momentos: política, estratégia, poder, sujeitos, cenário, programação, demanda, oferta, instrumentos, atividades, organização, mercado, diagnóstico, indicadores e tempo. Os quais, de certa forma, podem ser identificados como categorias de análise que o autor procura desenvolver para subsidiar a discussão acerca do planejamento aplicado ao setor de saúde.

Com o “Pensamento Estratégico”, Testa (1995) busca construir uma análise sobre o planejamento, tomando como base uma avaliação do poder e sua relação com os diversos sujeitos nos diferentes momentos do diagnóstico situacional.

De fato, o autor expressa sua preocupação com o planejamento no que se refere à necessidade de se observar os elementos políticos, científicos e históricos da sociedade, sem perder de vista a dimensão econômica. Desenvolve seu trabalho num contexto de crítica ao Método CENDES/OPS, devido ao fato de ter participado da sua elaboração. Pôde perceber, com o passar dos anos, sua “falácia” enquanto método para a resolução dos problemas sociais, especificamente os da saúde.

O pensamento estratégico é um pensamento sobre as formas de uso do “poder”, compreendido a partir da diferenciação entre a sua política de distribuição e a sua estratégia de implementação. Um dos pontos fundamentais refere-se à definição de atores sociais como sujeitos de uma ação e objetos do próprio pensamento estratégico, identificando para isso a constituição desses atores, num processo dinâmico de transformação histórica.

O poder é uma categoria que contém uma ação, manifestando-se de forma opaca na sociedade, representando o imperativo da força e da

violência legitimados. O Estado, segundo Testa (1995), é mediador das relações de poder na sociedade, caracterizado pela existência de espaços de decisão, isto é, locais onde se organizam os recursos para a mediação dos conflitos e contradições institucionalizadas no contexto das expressões políticas das relações sociais.

Para Testa (1995) o espaço de atuação do poder é o Estado, se considerada a história dos países na atualidade. Neste contexto os sujeitos do poder atuam no Estado, seja na condição de participante ativo ou passivo, enquanto componente efetivo do Estado ou enquanto componente da sociedade organizada. O exame dos espaços de atuação dos sujeitos revela, segundo ele, que a correta operacionalização do planejamento depende prioritariamente das relações de poder que se estabelecem nos espaços institucionais.

O poder instituído somente se consolida em situações de “equilíbrio”. Planejar para Testa significa construir relações de “equilíbrio” no universo do poder, sendo necessário, portanto, identificar o poder enquanto categoria de análise social, para conformar as suas diferentes facetas e formas de organização, nos espaços institucionais e sociais em que atuam os diversos sujeitos.

Testa (1995) apresenta as formas organizativas do poder como resultado das relações internas, do saber e da prática dos sujeitos, dos conhecimentos empíricos e científicos, das práticas hegemônicas, da dominação e da significação social das diferentes formas de poder, que são: o “poder político”, estabelecido no movimento de equilíbrio de interesses da sociedade e sua conjuntura; o “poder técnico”, estabelecido no modelo teórico interativo dos diversos tipos de conhecimento a serviço da sociedade; e do “poder administrativo”, que se utiliza de recursos como a gestão, a organização e a normalização para se instituir.

O poder, portanto, segundo reflexões de Testa (1995), é categoria organizativa da sociedade, e se materializa na construção de um corpo instrumental, elemento do planejamento que chama de diagnóstico, o qual, por sua vez, no campo da saúde, deve atender aos propósitos de crescimento, mudança e legitimação. Estes diagnósticos (administrativo, estratégico e ideológico) refletem o estado de saúde da população e suas tendências, a organização dos serviços e do setor de saúde.



O “diagnóstico administrativo” é caracterizado pela lógica da programação para o crescimento dos serviços de saúde e da produtividade. Utiliza-se da análise do estado de saúde e da epidemiologia para estabelecer os critérios de gravidade, de urgência e de emergência nas diferentes situações. Baseia-se na eficácia, na eficiência e na efetividade. O “diagnóstico estratégico” é caracterizado com o propósito de estabelecer as mudanças. Alicerça-se na lógica da programação e no pensamento estratégico, tendo como mote principal a busca do equilíbrio dinâmico entre o sujeito/ator social e a sociedade. O “diagnóstico ideológico” é caracterizado pela busca da legitimidade das propostas em saúde, a partir da concordância entre uma ideologia dominante ou hegemônica e uma ideologia alternativa, pautando-se na consciência sanitária, nos âmbitos individual, corporativo e de classe, e nas dimensões biológica, sanitária, ecológica e social.

Nesse contexto, Testa (1995) trabalha também a consciência sanitária como elemento importante na construção das ideologias dominante e dominada, utilizando-se destas subcategorias para identificar as relações existentes entre os sujeitos/atores sociais e quantificar as dimensões nos diferentes âmbitos, estabelecendo as respostas sociais e, por conseguinte, consciência social.

No final da década de 1980, mais especificamente no ano de 1987, é desenvolvido, à luz da Declaração de Alma Ata (1978), o documento *Saúde para todos no ano 2000: implicações para a planificação e administração dos sistemas de saúde*, de autoria de J. J. Barrenechea e Uribe E. T. e outros, voltado para a orientação política de construção da promoção da saúde, com enfoque sobre a educação e ações voltadas para a consolidação da Atenção Primária em Saúde – o Enfoque Estratégico (Proposta de Medellín). (GIOVANELLA, 1991)

O planejamento, na perspectiva do “enfoque estratégico” é um processo complexo que influencia na mudança a partir de uma determinada força social. Pensar o futuro é uma ação que exige o conhecimento de uma teoria política. Há consciência da existência de interesses conflitivos no processo. Seus autores admitem a “complexidade” do sistema como parte integrante do âmbito social. Também admitem a fragmentação e a existência de variáveis que estão fora do controle dos atores envolvidos no

processo de planejar. Concebem que o tratamento do futuro é um jogo de incertezas, no final existem forças contrárias e demandam constante processo de negociação. (GIOVANELLA, 1991)

RECONSTITUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO

O debate acerca do planejamento em saúde no Brasil é contemporâneo ao debate da redemocratização do país, à constituição do SUS e ao desenvolvimento da área da Saúde Coletiva. Em que pesem os estudos desenvolvidos na década de 1970, efetivamente, só a partir da década de 1980 é que o tema passa a ter a devida importância no que se refere à construção de um referencial.

Ora, urgia a necessidade de preparar o país para um novo momento político, abrindo possibilidades para construir as bases teórico-metodológicas para sustentar aquele novo momento. A discussão desenvolvida pelos teóricos internacionais serviu de subsídio para o desenvolvimento das primeiras produções brasileiras, cujo objetivo era trabalhar com elementos que possibilitassem a implementação das políticas de saúde com base nos fundamentos doutrinários da Constituição Federal de 1988. O que antes era privilégio de um número reduzido de sujeitos, escondidos no aparato burocrático do Estado, agora seria uma possibilidade ao alcance daquele que se dispusesse a colaborar com o ideal libertário da Reforma Sanitária na busca de um sistema de saúde mais digno e equânime para a população.

A resposta da academia a essa necessidade social foi edificada, principalmente em alguns *locus* de produção acadêmica, a exemplo da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que adotaram a perspectiva do Planejamento Estratégico aplicado à Saúde, com destaque à trilogia matusiana⁸, como matrizes conceituais e

8 Termo utilizado por Artmann (1993), representando o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o Planejamento por Projeto Orientado por Objetivos (ZOO) e o Método Altadir de Planificação Popular (MAP)



realizaram trabalhos de construção de novos modelos operacionais para o planejamento de saúde.

Nessa perspectiva, os trabalhos científicos⁹ desenvolvidos por Rivera (1992, 1996, 2003, 2010); Rivera e Artmann (1999); Artmann (1993); Artmann e Azevedo (1997); Artmann e Rivera (2003); Paim (1981, 1989, 1993, 2002, 2003, 2006); Teixeira (1993, 1994, 1996, 1997, 1998, 1999, 2001, 2003, 2009, 2010); Schraiber (1993); Schraiber e outros (1999); Mendes (1999); Chorny (1993, 1996); Merhy (1987, 1993, 1995, 1997, 1999, 2004); G. Campos (1992, 1994, 2000); Cecílio (1991, 1997); Gallo (1995); R. Campos (2000, 2001, 2003); Vilas Bôas (2006); dentre outros, sujeitos importantes na discussão do planejamento no campo da Saúde Coletiva, vem influenciando toda a construção teórico-metodológica da área a partir do final da década de 1980 até os dias atuais.

O planejamento assume, então, uma nova conformação, sendo necessariamente um instrumento, ou tecnologia, ou dispositivo capaz de promover mudanças histórico-estruturais no ambiente social, através da instituição de processos de promoção da qualidade de vida de sujeitos e coletivos. (CAMPOS, R., 2001; VILAS BOAS, 2006)

Rivera (1996) busca estudar o planejamento em saúde, tomando como eixo orientador os trabalhos de Carlos Matus e Mário Testa, e de modo crítico e reflexivo discorre sobre a trajetória histórica da planificação na América Latina, que vai desde o enfoque normativo ao enfoque estratégico e analisa a lógica dos marcos doutrinários desta tendência, polemizando inclusive sobre esta polaridade.

O **enfoque normativo**, segundo o autor, supõe que objeto e sujeito são independentes, sendo que o último é posto de fora ou acima da realidade; orienta-se pela verdade objetiva e fundamenta-se no diagnóstico; dá-se através de modelos analíticos de causalidade baseada na realidade objetiva, apontando um único caminho para resolução dos problemas. O **enfoque estratégico**, por sua vez, coloca o sujeito dentro da realidade, coexistindo com outros atores; a realidade é processual e a resolução dos

9 Os autores selecionados refletem o “estado da arte” utilizado na produção do estudo que deu origem a este livro. Salientamos que se trata de um recorte que não tem a intenção de apresentar uma totalidade absoluta das formulações da área, já que se trata de uma área em constante transformação, movida pelo cotidiano e pelas iniciativas do sistema e dos serviços de saúde.

problemas pressupõe um cálculo estratégico interativo, isto é, que admite várias possibilidades de conduta. (RIVERA, 1992)

Rivera (1992) discute também os desdobramentos das propostas desenvolvidas por Mário Testa e Carlos Matus na América Latina com impacto sobre o Brasil. Analisa as proposições do documento *Saúde Para Todos no Ano 2000*, sobre a programação local de saúde, a formação dos distritos sanitários¹⁰ e o enfoque estratégico, lançando as bases conceituais que apontam para um modelo teórico de programação local e regional, em cujo espaço particular se encontram os grupos sociais e suas condições objetivas de vida. A proposta tem uma articulação com o desenvolvimento da proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), instituído no Brasil no final da década de oitenta enquanto modelo de reorganização da assistência à saúde no país, num processo de transição para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse trabalho, Rivera aproveita conceitos desenvolvidos por Chorny (1987) na definição dos requisitos da programação de sistemas locais regionais de saúde na lógica dos distritos sanitários. A programação se define como um espaço do planejamento, um momento tático do programa estratégico que conforma o plano, devendo comportar a participação efetiva da população. Um modelo de programação baseado nas necessidades de saúde, observando os fatores de risco (sociais, políticos, demográficos, epidemiológicos, etc.).

A produção de Rivera (1992, 1996, 2003), Rivera e Artmann (1999, 2010), por fim, traz uma abordagem a partir da perspectiva alinhada com os pensamentos de Jürgen Habermas (1989), mostrando o planejamento sob a ótica do agir comunicativo, que propõe um consenso entre as diferentes técnicas e modelos operacionais. Propõe um novo elemento no contexto da planificação – a comunicação, e discute a **Organização Comunicante** enquanto espaço de operacionalização do planejamento comunicativo, uma intensificação do momento explicativo do PES, transformado a partir de novos elementos como a escuta, a cultura, a liderança, a negociação, o diálogo e o resgate da subjetividade. Além do mais, oferecem diversas

10 Distrito Sanitário é a unidade mais periférica da administração sanitária, que detém responsabilidades e poder decisório ante a política local de saúde. (MENDES, 1999)



abordagens, tais quais: a incorporação de um enfoque de planejamento/gestão estratégica(o) de hospitais, as redes de conversação, tudo isso com a influência da escola da organização que aprende e da filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional.

Edmundo Gallo (1995), também alicerçado no contexto da ação comunicativa, desenvolve, no início da década de noventa, um trabalho que discute a dimensão da práxis enquanto articulação entre teoria e prática, atividade emancipadora do homem e da sociedade; como elemento importante do planejamento em saúde, cuja diferenciação histórica e racionalidade teleológica contribuem para a racionalização da ação estratégico-instrumental e para a transformação da sociedade.

Chorny (1993, 1996), com seus trabalhos desenvolvidos no início da década de noventa, discute as novas ideias do planejamento em saúde a partir de novas roupagens. Para ele, o propósito do planejamento em saúde, assim como o da gestão dos serviços, é a melhoria das condições de saúde das populações ou grupos aos quais os programas e serviços se dirigem. O principal objetivo do planejamento em saúde é a própria saúde, considerada na sua complexidade, tanto no que se refere a curto quanto em longo prazo, observando-se o presente e o futuro. Seus trabalhos subsidiaram o desenvolvimento de uma corrente que defende o “planejamento como um meio de intervenção em ambientes complexos”, identificada por R. Campos (2003).

Artmann (1993), Artmann e Azevedo (1997), Artmann e Rivera (2003) discutem o Planejamento Estratégico Situacional a partir de uma análise da trilogia matusiana, adotando uma abordagem comunicativa para desenvolver uma proposta de intervenção para o nível local de saúde. Trouxe, no bojo dessa discussão, questionamentos acerca da inexistência de uma reflexão mais aprofundada sobre a cultura enquanto componente de viabilidade de uma intervenção planejada para o nível local de saúde, contribuindo para a reconstituição do pensamento planejador no campo da Saúde Coletiva por discutir não somente a cultura, mas os aspectos microeconômicos enquanto componentes da complexidade organizacional e como elementos de um modelo de Planejamento e Gestão Estratégica na perspectiva comunicativa.

Importa destacar que os autores se apoiam na aplicação do PES no processamento de problemas transversais. No combate ao paradigma flexneriano da clínica, desenvolvem sistemas de microrregionalização solidária, como célula de um sistema regionalizado pautado na construção de sistemas integrados de saúde. (RIVERA; ARTMANN, 2010)

Mendes (2010), quando discute a organização dos sistemas e serviços de saúde, analisando historicamente a conformação do sistema de saúde brasileiro, principalmente a partir da década de 1970, explicita os modelos assistenciais implementados nesse contexto e apresenta a proposta dos distritos sanitários enquanto “micro-espço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder, para construir viabilidade à situação-objetivo que se quer alcançar”. (MENDES, 2010)

Diversos autores tomaram como base a produção de Mendes para discorrer sobre o assunto e estabelecer marcos conceituais para definir os rumos da assistência à saúde, o que configurou o movimento de programação anterior à implementação do SUS e posterior à sua regulamentação, com a Lei Orgânica da Saúde. A lógica dos distritos sanitários adaptada à realidade brasileira e a discussão da trajetória dos projetos hegemônico e contra-hegemônico, foi absorvida pelos sujeitos do planejamento nas dimensões técnica, política e administrativa, culminando em diversas propostas operacionais.

Mais recentemente, Mendes (2010) traz outra discussão que agrega ao debate sobre os desafios do planejamento no SUS: a das **redes de atenção à saúde**. Segundo Mendes (2010), existe uma crise no país, tanto no setor público, tanto no privado, que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo de situações crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. E a solução para essa crise está na recomposição efetuada entre a situação de tripla carga de doenças com a resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as redes de atenção à saúde.

Schraiber, Duzzi e Sala (1999), triangulando com os conceitos da epidemiologia clássica e da administração, não apresentou modelo opera-



cional que rompesse com os paradigmas instituídos, propondo consensos entre as técnicas e os modelos operacionais existentes. No entanto, apresentou a **ação programática** como um dispositivo de organização tecnológica do trabalho dotado de caráter crítico e de flexibilidade técnica e política.

Ainda no final da década de oitenta e início da década de noventa, Schraiber estabeleceu a re-significação das bases conceituais da Ação Programática em Saúde enquanto modelo teórico para organização de serviços de assistência à saúde no Brasil. Desenvolveu, em conjunto com Mendes Gonçalves e Baptistella Nemes, as seis teses sobre a ação programática em saúde, evidenciando que o objeto do planejamento explicitado em sua proposta está centrado na Epidemiologia e na Saúde Pública enquanto ciências que norteiam a padronização e organização do trabalho na busca de um processo de construção (des) burocratizado, desenvolvido de forma coletiva, porém racional, trabalhando as questões relacionadas à escassez de recursos, à dimensão econômica e à ideologia política.

Paim (1981), no início da década de 1980, discute a crise do planejamento autoritário em saúde. Num resgate histórico minucioso, detalha a evolução do pensamento da planificação como instrumento de economia e política, datado da década de trinta, quando do desenvolvimento de uma política econômica nacionalista. Revela que a introdução do planejamento em saúde no setor governamental de saúde brasileiro data de 1974, pelo recém instituído Ministério da Saúde, e mostra sua ineficácia dado o autoritarismo com que fora implantado, centrado na racionalidade tecnocrática dos adeptos da modernização conservadora, e sua desarticulação com os trabalhadores de saúde e os setores populares.

Paim¹⁹⁻²⁰ desenvolveu, ao longo das décadas de 1980 e 1990, algumas reflexões resultantes do trabalho de implantação da proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) no processo da descentralização e da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na Bahia. O autor também propõe um redesenho da proposta “Saúde Para Todos no Ano 2000” (SPT-2000), um planejamento voltado para a prática, levando em consideração o processo de trabalho na ponta do sistema, isto é, nos serviços de saúde.

Esse autor, discutindo as bases da proposta tecno-assistencial da Vigilância da Saúde, apoia-se na epidemiologia e na discussão sobre as políticas públicas para dialogar sobre os modos de organizar os serviços para responder as necessidades de saúde da população. Mais recentemente vem buscando compreender a área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G) com reflexões sobre seu “estado da arte”, seguindo uma tendência dos últimos dez anos (PAIM, 2002, 2003; PAIM; TEIXEIRA, 2003)

Teixeira (1993, 1994) desenvolve suas ideias no cenário dos sistemas locais de saúde, buscando uma aproximação entre teoria e prática de fato exequível, isto é, buscou em seus trabalhos apresentar subsídios concretos para operacionalizar um modelo de planejamento compreensível aos sujeitos da prática social. Trabalha com a teoria dos distritos sanitários desenvolvida em conjunto com Mendes, Araújo e Cardoso, apresentando os conceitos-chave da proposta de distritalização em saúde para o Brasil e estabelecendo passos metodológicos para o planejamento e programação local desses *loci* – os espaços de concretização das ações de saúde.

Essa autora afirma ainda que os distritos sanitários são espaços de reorientação gerencial e operativa do sistema de saúde. O planejamento e programação local são vistos como um conjunto de processos sociais e históricos, instrumentos de transformação da práxis, entendida como prática social transformadora. Nesse contexto, a proposta do Planejamento e Programação para os Sistemas Locais de Saúde (PPLS) representa um dos marcos conceituais mais importantes do vínculo existente entre a teoria do planejamento e o distrito sanitário, conferindo veracidade à afirmação de que o plano de mudança precisa ser de fácil acesso aos sujeitos da prática social. (TEIXEIRA, 1994, 1996, 1997, 1999)

Merhy, Campos e Cecílio são sujeitos que desenvolveram seus trabalhos sobre os temas transversais da área em questão, trazendo à centralidade a discussão do sujeito, seja enquanto gestor, trabalhador ou usuário do sistema e dos serviços de saúde. A dimensão conceitual apresentada por esses autores, principalmente Merhy e Campos, resguardando-se suas particularidades, se caracteriza por discussões que vão desde o aprofundamento ideológico das questões relacionais ao sistema e aos serviços de



saúde – a micropolítica – até uma discussão macropolítica dos processos de gestão institucional e dos modelos tecno-assistenciais em saúde.

Diferentemente de Rivera, que também trabalha com a subjetividade, a discussão sobre o sujeito defendida por Merhy (1987, 1993, 1995, 1997, 1999) se dá na dimensão do trabalho vivo em ato¹¹, seja ele técnico, político, administrativo ou social. Portanto, o elemento central do planejamento em saúde não é apenas um método, um espaço ou *locus*, um contexto, um processo. É o sujeito/ator social inserido num dado contexto histórico e envolvido com o processo de transformação da sociedade a partir do valor do seu trabalho e seu reconhecimento a partir dele. De certa forma, o autor apresenta uma concordância com G. Campos (1992, 1994, 2000) no que se refere a isto, se considerarmos a produção selecionada nesta análise.

Merhy (1995) apresenta o planejamento como uma tecnologia a serviço da gestão, sendo um conjunto de instrumentos que possibilitam imprimir uma maior eficácia na busca da otimização dos sistemas e serviços de saúde. A gestão política torna o campo do planejamento um cenário de disputas determinado pelas intencionalidades dos diversos sujeitos sociais, que, no exercício do poder, e, dependendo de suas historicidades, impõem os instrumentos e determinam a racionalidade com que os projetos devem ser instituídos.

Campos, Merhy e Nunes (1994) apresentam um “planejamento sem normas”, trazendo elementos para repensar o planejamento e a administração sob diferentes ângulos, não se detendo a oferecer soluções prontas ou estabelecidas tecnicamente, mas a sugerir formas de pensar e operar a saúde. Propõem, contudo, que o campo do planejamento e da administração seja balizado pela compreensão da história e da política, valorizando os conflitos existentes no jogo dos diferentes sujeitos sociais em ação. Planejar em saúde, então, é um processo construído a partir das necessidades socialmente apresentadas. O sujeito social deve ser dotado de instrumentos úteis à sua intervenção, ou seja, de armas para enfrentamento dos problemas historicamente constituídos.

11 O termo “trabalho vivo em ato” foi desenvolvido por Emerson Elias Merhy (1997) para denominar o trabalho em saúde, pela saúde e para a saúde.

As construções teóricas de G. Campos (1992, 2000), particularmente, levaram-no a desenvolver, em 2000, o “Método para Análise e Co-gestão de Coletivos”, cuja importância no campo do planejamento em saúde se dá pelo fato de estabelecer uma consistente discussão acerca da constituição dos sujeitos e dos coletivos numa sociedade democrática. Discute que o fortalecimento do sujeito somente é possível mediante uma democracia institucionalizada, ou seja, no momento em que as instituições/organizações se apresentem como espaços coletivos que produzam sujeitos com capacidade de análise e intervenção.

Além disso, G. Campos (2010), em sua discussão mais recente, nos trás a tensão entre a racionalidade gerencial dominante e o trabalho em saúde, valendo-se de conceitos da filosofia e da revisão de autores que estudaram o trabalho em saúde. Dessa forma, as práticas clínicas em saúde pública não funcionam mecanicamente e dependem de um sujeito mediador que reflita e tome decisões na maioria dos casos. Nesse sentido, o autor recomenda a adoção de modelo de gestão que possibilite e favoreça a combinação de autonomia profissional com responsabilidade sanitária.

Tomando a consideração de Matus (1993): “Quem planeja, governa”. Para governar, o sujeito deve estar fortalecido e com capacidade de analisar e intervir. A “co-produção de sujeitos e coletivos”, proposta por R. Campos (2000), ecoa a afirmativa de Matus na medida em que identifica o planejamento como sendo um espaço de construção, de produção de cidadania, saúde e democracia. É um espaço de construcionismo (RIVERA; ARTMANN, 1999), de construtivismo social, de libertação.

Na discussão de G. Campos (2000) aparecem elementos importantes para a teoria do planejamento no campo da saúde já desenvolvidos por outros autores, ainda que não tenha sido essa sua intenção. Esse autor faz uma re-significação dos conceitos e teorias, conferindo-lhes nova interpretação. Ou seria melhor dizer, uma ampliação epistemológica. Apresenta a re-significação do trabalho; o poder e sua relação com os sujeitos na co-produção de necessidades; os dilemas da autonomia; a re-significação da práxis; a produção social da subjetividade e a co-gestão.

Cecílio, em 1994, desenvolveu um modelo operacional conjugando elementos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e o Planejamento



Orientado por Objetivos (ZOPP) como produto de sua tese, e propôs uma redefinição do papel institucional de uma organização hospitalar pública, num processo de mudança orientado pelo instrumental do planejamento em saúde. Em 1997, o mesmo autor ampliou esse modelo, apresentando uma proposta tecnológica aplicável aos setores governamentais, identificando os atores responsáveis pelo plano, a situação desses atores na organização e desenhando estratégias operacionais para enfrentamento dos problemas, que, na pauta da gestão estratégica, definem a intitulada missão institucional. (CECÍLIO, 1997)

A contribuição de Cecílio, naquele momento histórico, preencheu uma lacuna importante da proposta unicampiana, trazendo a dimensão técnico-operativa dessa proposta para a pauta da discussão do planejamento, o que, até então, pelo menos diante daquilo que dispomos de material científico divulgado, não havia sido apresentado. Trazer uma tecnologia leve de planejamento aplicada ao setor governamental demonstra a preocupação do autor com o contexto macropolítico, explicitando a importância estratégica enquanto elemento gerencial para proporcionar mudanças.

AS DIFERENTES CORRENTES DO PLANEJAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: BUSCA DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA A GESTÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesta seção, procuraremos fazer uma releitura dos trabalhos já publicados no campo da Saúde Coletiva que tratam dos modelos operacionais do planejamento em Saúde no âmbito do SUS. Aproveitaremos os textos produzidos por Merhy (1995), Rivera e Artmann (1999, 2010), G. Campos (2000) e Teixeira (2003), que discutem os modelos assistenciais numa perspectiva crítico-reflexiva, apontando os elementos constituintes dos diferentes modelos de planejamento adotados nesses contextos.

Acreditamos que este momento nos remete a uma aproximação entre teoria e prática, um instante hermenêutico que nos possibilita compreender de que forma o planejamento em saúde se operacionaliza no cotidiano do sistema de saúde e testificar a relação histórica do tema com a realidade brasileira e com os sujeitos do planejamento no *lócus* do sistema.

Independente da vertente teórico-filosófica que os sustentem, os modelos aqui apresentados mostram a riqueza conceitual que o planejamento tem mostrado no curso do desenvolvimento e da consolidação do SUS no Brasil. Outrossim, o resgate desses trabalhos também nos possibilita verificar o aprofundamento prático da teoria do planejamento em saúde no país.

Merhy (1995), ao apresentar o planejamento como tecnologia para a gestão, discorreu inicialmente sobre os quatro caminhos para o planejamento em saúde no Brasil, alicerçados nos diferentes modelos tecno-assistenciais implementados no âmbito do SUS. Estas perspectivas apresentam como ponto comum o reconhecimento da existência de uma crise estrutural no setor de saúde e a necessidade de reforma nas práticas de saúde. Aparecem no cenário as várias relações de poder e o modo como este poder está distribuído nas diferentes propostas de modelos tecno-assistenciais que coexistem no Brasil. São eles: as Ações Programáticas em Saúde; o Agir Comunicativo em Saúde; a Vigilância da Saúde; e a Gestão Estratégica em Saúde – o modelo “Em Defesa da Vida”. Dessa forma, para o autor, o entendimento da máquina conceitual construída por um pensador específico ou por um coletivo definido é um caminho interessante para a compreensão de problemas em certas circunstâncias, e se faz sentido para quem está em situação de gestão, portanto pode ser um elenco para se construir alternativas de ação.

Merhy (1995) mostra que o planejamento na “Ação Programática em Saúde” se concebe a partir da construção coletiva do conhecimento do processo saúde-doença, objeto de modelos tecnologicamente ordenados em serviços de saúde, que subordinam as ações individuais e coletivas a um projeto programático. Para o “Planejamento Comunicativo”, é imprescindível a introdução do sujeito na esfera do planejamento. Surge a figura do ator social – sujeito – no processo de implementação de um modelo de planejamento.

A “Vigilância da Saúde”, segundo o autor, incorpora em sua metodologia de planejamento elementos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), partindo da identificação de riscos e necessidades de saúde em um dado território, de modo a utilizar as informações obtidas para confeccionar um planejamento pautado no conhecimento técnico, cuja



ação é sobre os riscos potenciais à saúde. A “Gestão Estratégica” incorpora elementos do PES, do Pensamento Estratégico e da Análise Institucional, sendo apresentada como o resultado do uso de tecnologias a serviço dos sujeitos no processo de trabalho, numa articulação entre as diferentes arenas decisórias para a consolidação da natureza pública dos serviços de saúde. (MERHY, 1995)

Rivera e Artmann (1999) coadunam com as ideias de Merhy no que diz respeito às diferentes perspectivas de planejamento no âmbito dos modelos tecno-assistenciais do SUS. Quando analisa a corrente da “Vigilância da Saúde” destaca a busca de uma operacionalização prática dos conceitos do planejamento situacional dentro do contexto de um distrito sanitário, no sentido da eficiência e da eficácia sociais, equidade e democratização, ancorados no paradigma da promoção da saúde, numa visão mais sócio-ambiental do processo saúde-doença, o que de fato requer uma ação mais intersetorial.

Além disso, atualmente, Rivera e Artmann (2010) dialogam as contribuições de Mendes (2009) com essa corrente, no planejamento e montagem das redes de atenção à saúde. Dessa forma, Mendes (2009) nos traz a discussão do tema das redes de atenção à saúde, que é recente no Brasil, e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Porém, estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos toleráveis pelo SUS.

A corrente da “Ação Programática em Saúde”, na sua concepção, propõe a construção de um sistema de saúde programado pela Epidemiologia Social, alicerçada nas tecnologias de trabalho que integram as práticas médica e sanitária, num processo de programação.

Também traz considerações acerca da “Gestão Estratégica em Saúde”, apresentando o método de planejamento desenvolvido a partir da concepção da tecnologia leve, apresentada por Cecílio (1997), que dá ênfase à autonomia das unidades de produção e à necessidade de implantação de colegiados de gestão que democratizem a tomada de decisões na busca da organização de um sistema, e de relações entre os diversos tipos de produtores de saúde.

Importante destacar as formulações que vêm sendo produzidas, por Cecílio, com sua linha de investigação sobre organizações, educação permanente, gestão em saúde, entre outras; e as que vêm sendo construídas sobre a micropolítica do trabalho e cuidado em saúde, conduzidas por Merhy (2010) e seus colaboradores, na pós-graduação de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Tanto Merhy (1995, 2010) quanto Rivera e Artmann (1999, 2010), apesar de discordarem do mérito da existência efetiva de escolas de pensamento sobre a temática, em suas análises, trazem reflexões acerca das diferentes tecnologias inerentes ao planejamento no processo de gestão. Propõem uma análise operacional dessas tecnologias, considerando os saberes e práticas nas mais diversas dimensões da realidade social, na busca dos efeitos finais do ato de planejar e dos modelos tecno-assistenciais em questão.

R. Campos (2000) complementa as ideias apresentadas por Merhy (1995) e Rivera e Artmann (1999) ao analisar a produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde no Brasil nos anos noventa. Corrobora com as afirmações destes autores, porém aprofunda a análise da inserção dos sujeitos no processo, e faz também uma abordagem acerca da função teleológica do planejamento, questionando: os métodos dos “meios” são transformados em “fins” em si mesmos? Em nome dos métodos, os sujeitos são sacrificados? O que está na pauta do planejamento atual é o porquê fazer, o como fazer, o saber fazer ou o que fazer?

A autora ainda sinaliza para a necessidade do resgate da potencialidade comunicativa do planejamento, como subsídio para a gestão democrática e para o aprimoramento das tecnologias existentes, com vistas ao atendimento da complexidade dos sujeitos.

Discorre, também, sobre a corrente defendida por Rivera, o “Planejamento Comunicativo”, pontuando seus avanços ideológicos, porém sinalizando que a análise dos sujeitos nesta corrente acaba por se reproduzir à determinação matusiana: os sujeitos determinados e “possuídos”, e as personalidades como “acúmulos”. Isto representa a colonização dos sujeitos pelos meios para atingir determinados fins. R. Campos apresenta a “Gestão Estratégica em Saúde” com dois enfoques: primeiro o que está vinculado



à questão da instituição de um modelo de gestão, apreendido nas concepções de G. Campos (1992, 1994, 2000) e Merhy (1995), que apresentam o planejamento como técnica capaz de ser simplificada numa tecnologia leve, defendida por Cecílio (1997).

Em sua tese de doutoramento, R. Campos (2003) identifica o planejamento como um dispositivo¹² por meio do qual os sujeitos trabalham para manter a funcionalidade das organizações, com vistas a produzir novidades e desejos que proporcionem a garantia da qualidade de vida.

A abordagem hermenêutica proposta nesta produção tem o objetivo de proporcionar ao leitor a interpretação histórica do processo de construção do planejamento em saúde, vislumbrando o entendimento do mesmo não enquanto uma tecnologia pronta, mas como um dispositivo, uma práxis, compreendida a partir de sua própria historicidade. Trata-se de uma abordagem que procura aproximar o velho do novo, o saber do fazer, a técnica do ideal e da prudência.

Propõe responder se o planejamento pode se constituir como uma práxis libertadora; se ele subsidiaria um “saber-como” sem, contudo, esmagar a dimensão dos sujeitos e suas singularidades; e se seria possível buscar novas fontes de “saber-fazer” numa interface com outros campos disciplinares.

Teixeira (2003) procura fazer um contraponto com os autores supracitados, analisando os modelos de atenção do ponto de vista teórico-conceitual em relação às práticas que vêm sendo implementadas no âmbito do SUS, não se detendo a análises circunscritas ao objeto do planejamento. Nesse sentido, a autora discute os modelos assistenciais como “formas de organização das relações entre sujeitos mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas”.

A referida autora discute também como os modelos assistenciais assumem, no campo das concepções, três dimensões: uma gerencial, relativa ao processo de condução da reorganização das ações e serviços de

12 R. Campos (2003) utiliza este termo a partir de Baremlit (2002), justificando que este se ajusta funcionalmente ao poder. Um dispositivo é caracterizado enquanto simultâneo na sua formação, sempre a serviço da produção do desejo, da vida, do novo, etc.

saúde; outra organizativa, que trata da relação entre unidades de prestação de serviços, levando em conta a hierarquização da complexidade tecnológica no processo de produção do cuidado; e, por fim, uma dimensão operativa, que trata da relação entre o sujeito da prática e o seu objeto de trabalho mediado pelo saber e pela tecnologia.

Teixeira (2003) corrobora com as discussões sobre os modelos assistenciais e o planejamento travado por Merhy (1995), Rivera e Artmann (1999) e G. Campos (2000), apresentando os modelos assistenciais em defesa da vida, ações programáticas em saúde e vigilância da saúde; evidencia a promoção da saúde enquanto corpo doutrinário que origina o movimento de cidades saudáveis, discutindo suas principais características e sua relação com a prática no contexto do Sistema Único de Saúde.

O “modelo assistencial em defesa da vida”¹³ é apresentado pela autora como centrado no processo de trabalho, com vistas a reorganização das práticas, sendo uma proposta alicerçada numa discussão micropolítica, onde seus autores, segundo ela, descartam a necessidade de se definir uma “imagem-objetivo” de sistema de saúde, suas políticas e diretrizes, suas regras e normas gerais.

O “modelo assistencial das ações programáticas”¹⁴ apresenta a programação como tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho com a implementação de programas especiais de atenção à saúde. Alicerça-se no marxismo estruturalista, no enfoque epidemiológico e na dimensão ética do cuidado; e enfatiza o aperfeiçoamento das práticas pela incorporação crítica dos saberes, dos conhecimentos e das tecnologias disponíveis para a delimitação de objetos de intervenção referidos às necessidades de grupos populacionais específicos. (TEIXEIRA, 2003)

13 Proposta tecno-assistencial desenvolvida pelos teóricos do Lapa-Unicamp que tem como pilares o acolhimento, o vínculo, a responsabilização (contrato) e a autonomia dos sujeitos no processo de definição do cuidado. Uma estratégia de reorganização das práticas a partir da discussão micropolítica e da valorização da subjetividade com base nas ideias do marxismo, da psicanálise e da análise institucional.

14 Proposta tecno-assistencial desenvolvida pelos teóricos da Universidade de São Paulo (USP), também denominada Ação Programática em Saúde.



O “modelo assistencial da vigilância da saúde”¹⁵ é apresentado como sendo um modelo de enfoque sistêmico, embasado pela discussão da reforma sanitária, calcado na ação epidemiológica, na concepção de planejamento estratégico e sediado em territórios específicos, os distritos sanitários, recortados e superpostos como um mosaico que permite a identificação de problemas e necessidades de saúde e das possibilidades de oferta de serviços e intervenções sobre as condições de vida da população. É um modelo que propõe uma articulação das práticas micropolíticas às práticas macropolíticas com vistas a dar conta do princípio da integridade, tanto numa perspectiva vertical, de organização hierárquica dos serviços de saúde, quanto numa perspectiva horizontal, de organização das ações de promoção, prevenção, proteção, assistência e recuperação da saúde. (TEIXEIRA, 2003)

A Promoção da Saúde é apresentada por Teixeira (2003) como uma combinação de estratégias que envolvem Estado, comunidade, indivíduos e parcerias interinstitucionais para trabalhar propostas de responsabilização mútua nos problemas e soluções relacionados ao processo saúde-doença-cuidado. Sob a compreensão da promoção da saúde, a autora defende que as propostas de reconstituições do processo de trabalho até aqui apresentadas coadunam com a proposta do movimento “cidades saudáveis”¹⁶, cujas propostas operacionais apontam para o planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas para a melhoria das condições de vida e saúde das populações, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.

O planejamento, no “labirinto” das discussões tecnológicas travadas até aqui, aproveitando o termo apresentado por R. Campos (2003), se conforma numa confluência de diferentes caminhos, idealizados no intuito de possibilitar transformações sociais a partir da operacionalização de tecnologias desenvolvidas para o trabalho em saúde. Os modelos tecno-

15 Proposta tecno-assistencial desenvolvida entre o final dos anos oitenta e início dos anos noventa, contando com o apoio da OPAS e da Cooperação Italiana em Saúde, tendo como bases organizacionais o modelo Dawson da Inglaterra e o modelo italiano de organização assistencial, que propunham a organização de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado no âmbito de territórios denominados distritos sanitários.

16 Proposta tecno-política de organização da ação governamental de modo intersetorial com vistas a garantir melhoria nas condições de vida e saúde da população nas cidades.

-assistenciais são o pano de fundo das aspirações tecnológicas do campo do planejamento, ainda que, de fato, a razão instrumental conflite com a prática transformadora que esses modelos preconizam. São espaços de operacionalização de propostas teórico-metodológicas que desafiam o *status quo* e se instituem como alternativas de organização dos serviços de saúde para a coletividade.

Adotar uma ou outra perspectiva depende da compreensão de modelo assistencial, da compreensão do planejamento e da história da saúde pública brasileira. Depende também do entendimento do papel dos sujeitos sociais e da sua prática, seja no âmbito da gestão, da ação operacional, ou da participação comunitária. Por fim, depende da compreensão do planejamento e de sua conformação nos diferentes espaços coletivos, e de qual a verdadeira missão do planejamento na elaboração de respostas às necessidades de mudança evidenciadas na relação tecnologia-sujeito-práxis.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. *O Planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. 1993. 280 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

_____; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico do planejamento no nível local de saúde: análise de duas experiências. *Cad. de Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.723-740, 1997.

_____; RIVERA, F. J. U. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 479-499, 2003.

BAREMBLIT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5. ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guatarri, 2002.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-44, 2010.

_____; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. *Planejamento sem normas*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.



CAMPOS, R. T. O. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cad. de Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.723-731, 2000.

_____. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001.

_____. *Reforma da reforma: repensando à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CECÍLIO, L. C. O. A construção de uma cultura institucional de planejamento: a contribuição do município. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 31, p. 67-72, 1991.

_____. (Org.). *Inventando a mudança na Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHORNY, A. H. *Gerencia estrategica de servicios de salud*. Rosario, Argentina: Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.

_____. Planificación en salud: viejas ideas em nuevos ropajes. *Cuadiernos Medico Sociales*, Argentina, v. 73, p. 23-44, 1993.

_____. *Subsídios para a implantação do SUDS no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria do Estado de Saúde, 1987. (Documento para discussão).

FRIEDEN, J. A. *O capitalismo global: história econômica e política do Século XX – tradução Vivian Mannheimer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

GALLO, E. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do Enfoque Estratégico do Planejamento de Saúde na América Latina. *Cad. de Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. 9. ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Tradução de Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos noventa: um panorama geral da oferta de idéias. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro., v. 6, n. 2, p. 377-89, 2001.

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

MENDES, E. V. *As redes de atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____. *O capitalismo e a Saúde Pública*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1987.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. et al. (Org.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.

_____. Debatedores. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2275-84, 2010.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 117-148.

_____. *A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lemos Editorial, 1997. p. 71-112.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Co-optec, 2002. p. 407-34.

_____. Crise do planejamento autoritário em saúde. *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, Salvador, n. 4, p. 52-61, 1981.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PAIM, J.S. Gestão do SUDS na Bahia. *Cad. de Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 365-375, 1989.

PAIM, JS. A reorganização das praticas em de saúde em Distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das praticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. p.187-220.

_____; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 40, p. 73-8, 2006. Número especial.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ci Saúde Col.*, v. 4, n. 2, p. 355-65, 1999.



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

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-74, 2010.

RIVERA, F. J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

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

SCHRAIBER, L.B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2 p. 221-42, 1999.

TEIXEIRA, C. F *Planejamento e programação da vigilância da saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 1997. 16 p. Mimeografado.

TEIXEIRA, C. F. A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, E. V. (Org.). *Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPS, 1994. p. 43-59. (Serie Desenvolvimento dos serviços de saúde, n. 13).

TEIXEIRA, C. F. *Epidemiologia e planejamento em saúde: contribuição ao estudo da prática epidemiológica no Brasil. 1990-1995*. 1996, 273 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

_____. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001

_____. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003

_____. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das praticas sanitárias do SUS*. São Paulo: Abrasco; Rio de Janeiro: Hucitec, 1999. p. 231-265.

_____. *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010.

_____. *O processo de formulação da política de saúde da população negra em Salvador*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2009. Relatório CNPq.

_____; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, n. 7, 1998.

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

_____. *Pensar en salud*. 3. ed. Buenos Aires: Lugar, 2004.

VILASBÔAS, A. L. Q. *Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. 2006. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

