

Capítulo 3

Planejamento em saúde no Brasil: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde

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

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

JESUS, WLA., *et al.* Planejamento em saúde no Brasil: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde. In: JESUS, WLA., and ASSIS, MMA., orgs. *Desafios do planejamento na construção do SUS* [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 61-77. 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 3

Planejamento em saúde no Brasil: configurações e tendências no sistema e nos serviços de saúde

Washington Luiz Abreu de Jesus

Marluce Maria Araújo Assis

Sisse Figueredo de Santana

Chaider Gonçalves Andrade

Todas as atividades humanas são condicionadas pelo fato de que os homens vivem juntos; mas a ação é a única que não pode sequer ser imaginada fora da sociedade dos homens [...]

Arendt, 1997.

INTRODUÇÃO

No período de efervescência política ocorrida no final da década de 1970 e ao longo do processo de redemocratização do país (década de 1980), se fez necessário construir as bases teórico-metodológicas para sustentar a área de Políticas, Planejamento e Gestão (PP&G) do campo da Saúde Coletiva. O ponto de partida já estava estabelecido e a discussão desenvolvida pelos teóricos internacionais serviram de subsídio para as primeiras produções brasileiras, cujo objetivo era trabalhar com elementos que possibilitassem a implementação das políticas de saúde com base nos preceitos da Constituição Federal de 1988.

O presente capítulo procura fazer uma releitura das diferentes configurações que tomam como base de análise a construção teórica do planejamento em saúde no Brasil, suas concepções, enfoques e desdobramentos sobre o trabalho na gestão, a exemplo do que foi feito por Merhy (1995, 1997), sem desconsiderar as origens concretas da planificação em Saúde na



América Latina, alicerçadas nas diversas perspectivas do enfoque estratégico. (GIOVANELLA, 1991) Para compor a análise procura-se evidenciar as produções mais significativas da área que contribuíram para a formulação de um olhar mais atual sobre essas configurações no cenário brasileiro, com vistas a nortear a conformação de diferentes tendências no contexto do SUS.

O planejamento em saúde no Brasil vem se dando, portanto, de modo articulado à discussão dos modelos assistenciais, representados pelas “Ações Programáticas em Saúde” (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000; SCHRAIBER et al., 1999), pelo “Planejamento Comunicativo” (ARTMANN; RIVERA, 1999; RIVERA, 1995, 2003, RIVERA; ARTMANN, 1999), pela “Vigilância da Saúde” (MENDES, 1999; PAIM, 2003; TEIXEIRA, 1999) e pela “Gestão Estratégica em Saúde”. (CAMPOS, G., 1992, 1994, 2000; CECÍLIO, 1997)

As “Ações Programáticas em Saúde” (SCHRAIBER, NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000; SCHRAIBER et al, 1999), concebidas a partir da construção coletiva do conhecimento do processo saúde-doença, subordinam as ações individuais e coletivas a um projeto programático, cujos modelos são tecnologicamente ordenados em serviços de saúde; o “Planejamento Comunicativo” (ARTMANN; RIVERA, 2006; RIVERA, 1995, 2003; RIVERA; ARTMANN, 1999;), cuja introdução do sujeito social dialógico e participativo na esfera do planejamento é imprescindível no trabalho cotidiano; a “Vigilância da Saúde” (MENDES, 1999; PAIM, 2003; TEIXEIRA, 1999), que incorpora em sua metodologia elementos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), partindo da identificação de riscos e necessidades de saúde em um dado território, de modo a confeccionar um planejamento pautado sobre os riscos potenciais à saúde; e a “Gestão Estratégica em Saúde” (CAMPOS, G., 1992, 1994, 2000; CECÍLIO, 1997), que incorpora elementos do PES, do Pensamento Estratégico e da Análise Institucional, sendo resultado do uso de tecnologias no processo de trabalho, numa articulação entre as diferentes arenas decisórias para a consolidação da natureza pública dos serviços de saúde, procurando interconectar o modo de organizar a gestão com as ferramentas do planejamento.

A adoção de qualquer uma dessas perspectivas depende da compreensão de modelo assistencial, bem como 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 também 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.

DIFERENTES CONFIGURAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL

As configurações do planejamento produzidas e operadas no sistema e nos serviços de saúde podem ser sistematizadas em nove perspectivas, com pontos de convergências, divergências e complementaridades, expostos na sequência do texto. Essas perspectivas sintetizam, de modo bastante híbrido, o *modus operandi* dos processos de planificação aí estabelecidos. O seu mapeamento se deu a partir da leitura e sistematização de artigos científicos produzidos nos últimos vinte anos, disponíveis na base de dados do SciELO e também em capítulos de livros que tratam do planejamento em saúde, editados no período.

PLANEJAMENTO COMO TÉCNICA PARA 'INTERVIR' E 'AVALIAR' SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

O “planejamento como técnica” (CAMPOS, R., 2000) se sustenta na definição dos modelos de planejamento em saúde que estariam centrados numa dada instrumentalidade. A técnica para **intervir** é o poder em ato, ou seja, o poder da técnica incorporado pelo Estado para determinar os meios e os fins para o alcance de determinados objetivos. A técnica para **avaliar** é o julgamento do poder em ato, ou seja, a verificação da veracidade dos resultados de uma intervenção com base num modelo teórico pré-definido visando estabelecer padrões de qualidade.

No sistema de saúde, a intervenção e a avaliação assumem importantes papéis, pois permitem contribuir para garantir o acesso dos usuários às ações e serviços, por meio de métodos de diagnóstico territorial, identificação de determinantes epidemiológicos, definição de fluxos de atendimento, conformação de modelos de intervenção e de análise comparativa de



métodos, com vistas a identificar limites e possibilidades de aplicação dos mesmos nos níveis locais. Mesmo reconhecendo que as intervenções ainda carecem de maior articulação com as práticas avaliativas.

De fato o ato de intervir aponta para a interpolação da autoridade, para a utilização do poder e do controle com vistas a influir no decurso de algo. Também pode significar assistir, cooperar, o que nos leva a concluir que a capacidade de intervenção, neste sentido, estaria relacionada a uma capacidade de corresponsabilização na definição de determinada ação.

A avaliação de serviços de saúde é uma prática em construção no Brasil, consistindo em comparar um fato ou fenômeno com um modelo, um padrão ou um conjunto de valores, para definir até que ponto o observado se aproxima do modelo escolhido. Pode-se dizer que é parte inerente ao processo de planejamento e que o próprio diagnóstico é basicamente um processo de avaliação. Configura como um instrumento essencial para que se possa controlar a implementação de um plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto. (PAIM, 2005; CHORNY, 1993)

A avaliação pode produzir informação, tanto para a melhoria das intervenções em saúde, quanto para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito, se considerados os diferentes níveis de complexidade e responsabilidades do sistema e dos serviços de saúde. (VIEIRA-DASILVA, 2005; SANTOS; MERHY, 2006)

PLANEJAMENTO COMO PRÁTICA SOCIAL TRANSFORMADORA DE SUJEITOS E COLETIVOS

A ideia do planejamento enquanto prática social transformadora (MERHY, 1995) sustenta-se na capacidade de determinar novas relações sociais, alternativas à lógica capitalista do processo de regulação ordenada pelo mercado, uma tecnologia de gestão de sociedades. Estaria associada a uma práxis revolucionária, alicerçada nas teorias marxistas e teria como pano de fundo a ideia de que alguns grupos de interesse seriam sujeitos históricos transformadores pela sua ação crítico-revolucionária, sendo, portanto capazes de romper com as linhas de determinações e gerar novos processos sociais.

O fato de se identificar a prática do planejamento como uma práxis transformadora, demonstra o seu caráter social no cenário brasileiro, ainda que, na essência, não tenha se apartado de certa racionalidade instrumental. O sentido eminentemente teórico deixa de existir no momento em que os sujeitos e os coletivos organizados buscam o horizonte para estabelecer as estratégias de enfrentamento dos problemas socialmente determinados, transformando sua prática em movimentos de acumulação social, o que, por si só, revela o caráter de totalidade da ação transformadora do planejamento da saúde, pela saúde e para a saúde.

No Brasil, a discussão do planejamento como uma práxis transformadora toma corpo no momento em que a academia questiona o enfoque normativo tradicionalmente dado à planificação em saúde e propõe modelos alternativos, contra-hegemônicos, que incluem elementos socialmente determinados na pauta das discussões, buscando alternativas para a mudança no cotidiano das práticas.

Tomando o PES (MATUS, 1993) e o Pensamento Estratégico (TESTA, 1995, 2004) como ferramentas para a luta contra-hegemônica, os sujeitos, conduzindo processos de mudança da sua própria prática, se debruçam sobre os cenários do cotidiano para reconstruir o planejamento e, por fim, transformar a realidade – um enfrentamento histórico e uma utopia ainda perseguida.

A despeito disto, podemos identificar no balanço do estado da arte da área P&G, no campo da saúde coletiva brasileira, realizado por Paim e Teixeira (2006), que tal área expressa com clareza a dupla dimensão (saber e prática) do campo, haja vista que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em diferentes contextos históricos. Portanto, o produto dessa luta contra-hegemônica não nega as tecnologias e a racionalidade construídas no planejamento normativo. Propõe uma releitura desses elementos afim de que sejam aplicáveis nas diferentes realidades sociais.



PLANEJAMENTO COMO SUBSÍDIO PARA A GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARA AS MUDANÇAS

Planejar para a democracia é um exercício de aprendizagem que requer do sujeito capacidade para buscar subsídios para implementar seus propósitos de transformação. (CAMPOS, R., 2000) A gestão democrática deve contar com os subsídios do planejamento para se consolidar. Numa relação democrática o sujeito se torna um condutor de um processo de mudanças (TESTA, 2004) a ser implementado, sendo, portanto, o responsável pela direção a ser seguida para alcançá-las.

Condutor é, portanto, aquele que se coloca como gestor. Para alcançar os objetivos propostos no seu projeto, ele precisa antes de tudo identificar os limites e as possibilidades de implementá-lo, assim como avaliar de forma criteriosa as resistências, os nós críticos, as dificuldades e os possíveis entraves que se coloquem diante de sua proposta. Todavia, para vencer os obstáculos, cabe ao gestor lançar mão de estratégias que dêem conta de preparar o espaço para a batalha e programar ações que levem seu projeto a plena execução no contexto em que se encontra inserido, demonstrando, assim, capacidade de dirigir, gerenciar, administrar e controlar.

A tarefa colocada para uma perspectiva democrática de gestão não seria apenas a da pura e simples repressão de demandas. (CAMPOS, G., 1992) O planejamento e a organização dos serviços de saúde devem ser orientados para intervenções tecnicamente identificadas, porém devem também estar abertos às contingências da vida das pessoas, num processo dialógico de co-produção de necessidades e de construção da consciência sanitária. (CAMPOS, G., 2000) Ou seja, pensar no planejamento para a democracia, enquanto exercício de aprendizagem que requer do sujeito capacidade para buscar subsídios para implementar suas mudanças. Nesse sentido, o sujeito se torna um condutor no processo de mudanças, sendo, portanto, o responsável pela direção a ser seguida para alcançá-las.

Em síntese, o planejamento como um subsídio para a gestão democrática se traduz na compreensão da complexidade social e institucional, e no entendimento da cultura organizacional. É importante na intervenção sobre sujeitos e coletivos institucionalizados, na mediação das relações intersubjetivas e na reorientação das práticas no processo de trabalho para

gestão da ação com o intuito de organizar a atenção à saúde. (CAMPOS, R., 2000)

PLANEJAMENTO COMO PRÁTICA ESTRUTURADA PARA A ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A aproximação entre estratégia e arte de aplicar com eficácia os recursos, permite que se reflita sobre a possibilidade do “planejamento enquanto um conjunto de práticas estruturadas para organização de sistemas e serviços de saúde”. (VILASBÔAS, 2005; JESUS, 2006) A identificação do ato de planejar é uma arte em si mesmo, no sentido dado aqui ao planejamento como o conjunto de estratégias, que de fato possibilita organizar de modo eficaz os recursos disponíveis, sejam materiais ou não materiais, com vistas a uma imagem objetivo-concreta – a constituição de sistemas locais de saúde resolutivos.

O planejamento da organização de sistemas e serviços de saúde com base num modelo de atenção que dê conta das necessidades sociais vem sendo travado, no cenário brasileiro, desde o final da década de 70 com o movimento da Reforma Sanitária, quando diversos sujeitos trabalharam para desenvolver propostas metodológicas que possibilitassem desenvolver sistemas locais de saúde, numa perspectiva intersetorial, capazes de responder aos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade na assistência. (PAIM, 2003; RIVERA, 2003)

Os Sistemas Locais de Saúde se constituem como um projeto dinamizador das estratégias do movimento “Saúde para Todos no ano 2000” (SPT-2000), iniciado no Brasil no final da década de oitenta com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), estendendo-se até a década de noventa, com a implementação da municipalização da saúde. É uma resposta do setor aos processos de democratização do Estado na busca da equidade, eficácia e eficiência das ações. Organizam-se teórico-metodologicamente na denominada “trilogia matusiana” – o PES, o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e o Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOPP) – aplicada numa base territorial denominada Distrito Sanitário. (MENDES, 1999; TEIXEIRA, 1999)



O planejamento e a programação local de saúde se constituem em processo social e histórico, como instrumento de transformação da prática gerencial nos distritos sanitários, além de *loci* de operacionalização das ações de saúde. Adota uma perspectiva situacional, cujo enfoque implica eleger como objeto privilegiado de intervenção os problemas de saúde da população. Seria o processo de reorientação do sistema de saúde de acordo com os princípios doutrinários supracitados para a transformação das relações entre oferta e demanda dos serviços, isto é, reorganização das práticas de saúde em seu conteúdo técnico-econômico e político, dirigindo-as à solução dos problemas. (ARTMANN; RIVERA, 2006)

A organização de sistemas locais de saúde, portanto, demanda um aparato tecnológico alicerçado no planejamento intersetorial desenvolvido num dado território para atender às necessidades sociais de uma dada população, num dado período, contribuindo para reorganizar as práticas, a partir do desenvolvimento de uma consciência sanitária nos diferentes sujeitos que compõem o território do cuidado em saúde.

Caracteriza-se por um *mix* teórico-metodológico, desenvolvido a partir dos conhecimentos acumulados nos espaços de construção do conhecimento e operacionalizado nos cenários municipais do sistema de saúde, cuja potencialidade do planejamento é para **organizar modelos de atenção**, estabelecendo nexos diferenciados no acesso dos usuários aos serviços de saúde; **identificar necessidades**, utilizando-se de instrumentos de aferição individuais e coletivos; **intervir sobre a realidade**, monitorando e minimizando riscos; e **sistematizar o diálogo entre os sujeitos sociais**, utilizando-se de métodos participativos de escuta e atuação na promoção da saúde.

PLANEJAMENTO COMO MÉTODO DE AÇÃO GOVERNAMENTAL PARA A TOMADA DE DECISÕES

A ideia de um “planejamento como instrumento/atividade de ação de governo para a produção de políticas” procura evidenciar uma tecnologia de gestão de políticas públicas setoriais, capazes de intervir no processo socioeconômico para direcionar o desenvolvimento social e para controlar parte da relação Estado/sociedade. (MERHY, 1995)

A perspectiva apresentada (CAMPOS, G., 2000; MERHY, 1995) demonstra similaridade ao processo de planificação econômica vivido pela América Latina a partir da década de 1960, quando da instituição do Método CENDES/OPS como modelo de planificação para os países em desenvolvimento. (RIVERA, 1995) Decerto que a concepção de instrumento/atividade, intrinsecamente conjugados, reforça a ideia de racionalidade conferida ao planejamento, restringindo-o a uma sucessão de etapas operacionais cujos cálculos subsidiam a tomada de decisão dos governantes.

O enfoque normativo se sobressai ao enfoque estratégico, pois o cálculo de governo toma como diretriz majoritária o indicador da economia e a organicidade do processo, que assumem um caráter sistêmico funcional, instrumentalizado pela técnica. Alicerça-se no princípio do equilíbrio e define que a racionalidade formal deve influenciar ou controlar a racionalidade material. (MATUS, 1993)

A lógica da tomada de decisões extrapola, na atualidade, a concepção de método puramente relacionado ao cálculo econômico. É necessário um cálculo estratégico que transcenda esta dimensão. Necessário se faz introduzir elementos da prática para completar e dar sentido à dimensão social do planejamento, enquanto um conjunto de métodos de auxílio ao gestor no momento da tomada de decisões.

A eficácia econômica não é independente da eficácia política, e os processos de governo são equilibrados por relações políticas e econômicas que se contrapõem às relações de forças e às acumulações. Importa que o cálculo político seja cálculo interativo, determinado, como num jogo, pela posição dos jogadores. (CHORNY, 1993) No caso, os sujeitos em situação de governo.

As decisões políticas subsidiam o ato do planejamento e vice-versa, configuram-se em ações para o futuro e expressam valor de uso para o planejamento. As decisões técnicas e administrativas configuram-se num conjunto sistemático de regras e procedimentos baseados na racionalidade instrumental, cujas finalidades apontam para a eficiência e eficácia da relação teoria-método-técnica. (CAMPOS, G, 1992, 1994; CECÍLIO, 1997; MENDES, 1999; PAIM, 2003; TEIXEIRA, 1999)



PLANEJAMENTO COMO INSTRUMENTO E ATIVIDADE DO PROCESSO DE GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES

A perspectiva analítica de “planejamento como instrumento/atividade do processo de gestão das organizações” (MERHY, 1994) significa uma tecnologia de controle da ação organizacional calcada na perspectiva sistêmico-funcional. Esta concepção de planejamento aponta para a capacidade técnica de intervir e a administrativa de operacionalizar. Fundamenta-se na Teoria Geral da Administração (TGA), que opera sobre a organização do processo de trabalho visando à construção de procedimentos eficazes que otimizem os meios de trabalho na busca de uma maior produtividade¹. O planejamento, nesse sentido, tem-se associado ao conjunto dos procedimentos administrativos como práticas reguladoras da gestão das organizações.

O planejamento seria instrumento, pois é o recurso tecnológico através do qual as organizações chegariam ao que se convencionou chamar de imagem-objetivo. Seria também atividade, já que, se intrinsecamente relacionado ao conhecimento dos sujeitos, possibilitaria estabelecer estratégias diferenciadas de enfrentamento das adversidades que porventura surjam.

Teria a função de propiciar um processo de mudanças através de cálculos interativos para alcançar eficácia e eficiência; também, para intervir nessas organizações com vistas a organizar os processos de trabalho e, no caso da saúde, estruturar mecanismos de acesso e acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde; e, por fim, a partir do controle administrativo, analisar o desempenho e a qualidade da produção do cuidado em saúde.

PLANEJAMENTO COMO MEIO DE INTERVENÇÃO EM AMBIENTES COMPLEXOS

A complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade, isto é, se revela quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há entre eles interdependência, interatividade e inter reatividade. (TESTA, 1995)

O entendimento explicitado nessa consideração é de que o complexo se aproxima daquilo que poderíamos denominar totalidade intersubjetiva, ou seja, o todo, composto por parte, individualmente, porém capaz de manter uma relação que lhes permita constituir-se enquanto um todo indivisível, único.

No âmbito dos serviços de saúde, o planejamento se dá, nessa perspectiva, como meio de intervenção e de avaliação sobre os processos de trabalho que se desenvolvem nesses serviços e como meio de intervenção sobre os sujeitos e coletivos nessas organizações, consideradas como “complexas”. Tal concepção emerge como uma teoria para reorganizar o trabalho numa parceria sinérgica, cujos limites e possibilidades se expressam continuamente por meio do diálogo e da negociação, tendo em conta a necessidade de uma combinação de diferentes racionalidades, desde a instrumental até a comunicativa, na medida em que seja possível operar com ela. (CAMPOS, R., 2000; TESTA, 2004)

PLANEJAMENTO COMO MEIO DE AÇÃO COMUNICATIVA

O “planejamento como meio de ação comunicativa” parte da crítica ao modelo puramente estratégico, mapeando seus limites e estabelecendo um novo entendimento acerca do seu caráter. Apresenta o planejamento como uma “ferramenta” organizacional que faz parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, valorizando a condução da ação, cujas possibilidades são interpretadas como mediadas/subordinadas à cultura das organizações. (CAMPOS, G., 1994)

O *locus* do planejamento nessa perspectiva é o serviço de saúde, que assume postura diferenciada na relação com seus colaboradores, estabelecendo o **diálogo**, a **liderança**, a **negociação** e a **problematização coletiva** como caminhos para os processos gerenciais. Uma organização cujos princípios apontam para a desconcentração de poder e delegação de competências que, na medida do possível, proporcione uma gestão criativa por operações e por objetivos. (NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000; RIVERA, 1995; SCHRAIBER; SCHRAIBER et al., 1999) Também considera o processo



de gestão como oportunidade para construir o aprendizado institucional, tal qual explicitado na perspectiva do *learning organization*. (RIVERA, 2001)

As linhas de investigação para consolidar essa proposta se assentam na análise da cultura enquanto componente de viabilidade do projeto; no desenvolvimento das habilidades de liderança e de negociação; na discussão teórica sobre a relação entre a gestão pela escuta e os métodos racionalistas de gestão; na aplicação sistemática da perspectiva enquanto recurso do cálculo estratégico; nas possibilidades de diálogo entre o PES e os enfoques da administração estratégica e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo o *mix* público/privado; e o resgate da subjetividade no campo da gestão, em processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão. (RIVERA, 1996, 2003; RIVERA; ARTMANN, 1999, 2006)

PLANEJAMENTO COMO MEDIAÇÃO ENTRE A INSTRUMENTALIDADE E A SUBJETIVIDADE

R. Campos (2003) desenvolve a ideia de que a ação racional é inseparável dos momentos singulares e subjetivos dos grupos. Ou seja, ela nunca está desvinculada do posicionamento subjetivo dos que planejam e executam. Assim, apesar das limitações do planejamento como tecnologia, ele pode muito bem, nos grupos, vir a ser um dispositivo. Defende o planejamento como uma atividade teleológica: ação racional dirigida para fins, e que essa função está diretamente ligada ao valor de uso do planejamento como prática social. Dessa forma, o planejamento se configura como uma atividade com valor de uso, em que sua função de operar nos meios é central para o logro de sua competência técnica.

Portanto, para Cecílio (2010) está cada vez mais claro um importante desafio teórico e político para alcançar uma melhor compreensão do singular funcionamento das organizações de saúde, em particular o quanto elas têm uma vida própria, uma “micropolítica” marcada pelo autogoverno dos seus trabalhadores. Dessa forma, Cecílio e R. Campos reconhecem a importância de temas como a subjetividade e as relações que atravessam e produzem as organizações.

G. Campos (2000) parte da crítica a Taylor e defende um novo método para co-governar organizações de saúde, considerando-se tantos os objetivos primários destas instituições, quanto outros secundários, ligados à função de assegurar a sobrevivência e realização profissional de seus trabalhadores. Nessa perspectiva, R. Campos (2003) corrobora com G. Campos (2000) a partir do momento em que assume duas finalidades para as organizações de saúde: a defesa da vida e a eficácia e, por outro, a promoção de uma forma de subjetivação grupal que permita a realização pessoal dos trabalhadores.

Para R. Campos (2000) é função do planejamento fazer mediação entre o objetivo do trabalho em saúde (as finalidades) e o reconhecimento-intervenção sobre a subjetividade dos grupos que estão em ação. Assim sendo, concebe a ideia do planejamento como mediação. Portanto, compreendemos o planejamento como um modo de prover a eficácia em seus processos com uma finalidade: a saúde, reconhecendo a intervenção da subjetividade dos grupos em ação: os trabalhadores de saúde.

A TÍTULO DE CONSIDERAÇÕES FINAIS – TENDÊNCIAS DO PLANEJAMENTO NO SUS

Considerando o planejamento enquanto “enfoque estratégico situacional”, observa-se uma tendência teórico-metodológica das perspectivas contra-hegemônicas de planejamento desenvolvidas na América Latina e incorporadas no Brasil, a partir da década de oitenta. Nesse sentido, o PES desenvolvido por Matus; o Pensamento Estratégico, desenvolvido por Testa; a proposta de Medellín, desenvolvida pela Universidade Central da Venezuela; e a Gestão Estratégica Hospitalar (*Demarque Stratégique*), desenvolvida por Crémadez e Grateau (França). (CAMPOS, R., 2000)

As características do enfoque estratégico situacional podem ser identificadas como um conjunto de tendências historicamente consolidadas, baseadas no conhecimento técnico, político e administrativo; centradas na atuação dos atores sociais em situação; estabelecidas em momentos operacionais, onde o diagnóstico é um momento de reconhecimento da realidade; aplicam-se no contexto macropolítico e no contexto das organizações complexas; adotam os conceitos de estratégia e tática; e estabe-



lecem o conhecimento da realidade como ponto de partida para o pensar estratégico.

O “enfoque analítico institucional”, como um novo modelo de abordagem para o planejamento em saúde, se mostra a partir dos saberes da dialética, da psicanálise e da pedagogia. (CAMPOS, G., 1992, 1994; CAMPOS, R., 2000; CECÍLIO, 1997) É uma tendência atual em constante construção; centrada nos saberes não estruturados e na atuação dos sujeitos da práxis; estabelecida em fluxogramas analisadores, onde o diagnóstico é um produto do processo técnico-político, pedagógico e analítico; aplica-se no contexto micropolítico e no contexto das organizações complexas; adota os conceitos de dispositivo, legitimação, mudança institucional; e estabelece o conhecimento do cotidiano como ponto de partida para a intervenção.

O “enfoque comunicativo” (RIVERA, 1995; RIVERA; ARTMANN, 1999) apresenta-se também como uma tendência atual baseada na teoria da ação comunicativa; centrado na atuação dos sujeitos em negociação; estabelecido em instantes de diálogo, onde o diagnóstico é um momento de aprendizagem sobre a realidade; aplica-se no contexto micropolítico e no contexto das organizações complexas; adota os conceitos de liderança e negociação; e estabelece o paradigma da organização que aprende como ponto de partida para mudança institucional.

Por fim, identifica-se o “enfoque participativo”, um novo elemento conceitual, alicerçado no paradigma da participação que pode ser incorporado na prática do SUS (ASSIS; PEREIRA; MISHIMA, 1997; GANDIN, 2001; LIMA; FAVERET; GRABOIS, 2006) como uma tendência (uma escola) dentro do campo de propostas de ferramentas para intervir sobre a realidade, transformando-a e construindo-a numa direção estabelecida em conjunto por todos os que participam de uma organização, instituição, grupo ou movimento. Trata-se de um enfoque que inclui a distribuição do poder e a possibilidade de decidir na construção não apenas do “como” ou do “com que” e “com quem” fazer, mas também, do “o quê”, do “para quê” ou “para quem” fazer.

Essa ‘nova’ tendência de planejamento se estabelece no contexto do Sistema Único de Saúde (JESUS, 2006) como uma alternativa, inclusive aos enfoques estratégico, analítico institucional e comunicativo, pois carrega

em si elementos que vão desde a concepção estratégica até a análise dos sujeitos enquanto históricos e definidores do processo de transformação social.

As quatro tendências apresentadas remetem à “discussão do sujeito da transformação no planejamento”, que se estabeleceram como propostas alternativas no processo de gestão nos diferentes níveis do SUS e nas organizações de saúde. Enfoques que resgatam o ponto de partida da construção do SUS – a questão do planejamento enquanto uma possibilidade a ser construída como ferramenta balizadora da reforma do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E.; RIVERA, J. F. U. Humanização no atendimento em saúde e a gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 205-231.

ASSIS, M. M. A; PEREIRA, M. J. B; MISHIMA, S. M. Planejamento em saúde: uma possibilidade de ação participativa. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 55-60, 1997.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 10-175.

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

_____. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 14-85.

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.

CECÍLIO, L. C. O. É preciso politizar o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2276-2280, 2010.

_____. (Org.). *Inventando a mudança na Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.15-198.

CHORNY, A. H. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Medico Sociales*, Buenos Aires, v. 73, p. 23-44, 1993.

GANDIN, D. A posição do Planejamento Participativo entre as ferramentas de intervenção na realidade. *Currículo sem Fronteiras*, v. 1, n.1, p. 81-95, 2001. Disponível



em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol1iss1articles/gandin.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

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.

JESUS, W.L.A. *Ressignificação 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. Feira de Santana, Bahia, 2006. 236 p.

LIMA, J. C.; FAVERET, A. C.; GRABOIS, V. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p. 631-41, 2006.

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

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; CAMPOS, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Lemos Editorial; Buenos Aires: Hucitec, 1997. p.71-112.

_____. 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: Abrasco, 1995. p. 117-148.

PAIM J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p 9-10.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ci. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-67, 2003.

_____; 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. *Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 190-213.

_____. *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela escuta*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 150- 390.

_____. Planejamento estratégico situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. *Cad. FUNDAP*, São Paulo, v.19, p. 25-46, 1996.

_____. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1992: 7-89.

_____. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Ci. Saúde Col.* Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 209-219, 2001.

_____; ARTMANN, E. A liderança como intersubjetividade linguística. *Interf- Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu. v. 10, n. 20, p. 411-426, 2006.

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

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. *Interf- Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

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.

SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B; MENDES-GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto – Programas e ações na Unidade Básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 22- 323.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento em saúde. *Ci Saúde Col.*, Rio de Janeiro, n. 4, p. 287-303, 1999.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

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

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-40.