

**Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes:
o caso do município de Campo Bom (RS).
Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada**

Strategic health planning based on determinants:
case of the municipality of Campo Bom, Rio Grande do Sul State.
A methodological proposal for the decentralized management

Martín Maximino León González ¹

Abstract *With the purpose to analyze the health strategic planning model based on determinants experienced in the municipality of Campo Bom, Rio Grande do Sul State, it was conducted an observational, qualitative study, of documental analysis as well as an evaluation of new process technologies in local health administration. This study contains an analysis of the methodological coherency and applicability of this model, based on the revision of the elaborated plans. The plans presented at Campo Bom case shows the possibility of integration and applicability at local level, of a health strategic planning model oriented to the new health concepts considering elements of different theoretical developments that enables the response to the most common local needs and situations. It was identified evolutionary stages of health planning and analyzed integrative elements of the model and limitations of its application, pointing to the need of support the deepening on the study and the development of the field.*

Key words *Health Planning, Health Determinants, Health Management, Municipal Health Systems, Municipal Health Plans*

Resumo *Com o objetivo de analisar o modelo de planejamento estratégico em saúde com base em determinantes, utilizado na experiência do município de Campo Bom, realizou-se estudo observacional, qualitativo, de análise documental e avaliação de novas tecnologias de processo na gestão local de saúde. O estudo contém uma análise de coerência metodológica e de aplicabilidade do modelo, a partir da revisão dos planos municipal e locais. Nele, apresenta-se o caso de Campo Bom, no qual foi possível integrar e aplicar, em nível local, um modelo estratégico de planejamento em saúde orientado às novas conceituações da saúde, considerando elementos dos diferentes desenvolvimentos teóricos, sendo viável responder às necessidades e situações locais prevalentes. Identificam-se etapas evolutivas do planejamento em saúde e analisam-se elementos integradores do modelo e limitações na sua aplicação, salientando-se a necessidade de apoiar o aprofundamento do estudo e o desenvolvimento do campo.*

Palavras-chave *Planejamento em Saúde, Determinantes em Saúde, Gestão em Saúde, Sistemas Municipais de Saúde, Planos Municipais de Saúde*

¹Secretaria da Saúde, Centro Administrativo, Prefeitura Municipal de Campo Bom. Av. Independência 800, Centro. 93700-000 Campo Bom RS. maximinoleon@gmail.com

Introdução

No Brasil, define-se na Constituição, a partir da reforma sanitária, que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal [...]”¹.

A Lei nº 8.088, que regula as ações e serviços de saúde no território nacional estabelece, no seu artigo 3º, que: ***A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*** [...]”².

Nesse contexto, com a implantação do Sistema Único de Saúde, que pretende fazer realidade o direito à saúde, através da descentralização, do atendimento integral e da participação social, foram considerados como requisitos indispensáveis a elaboração de planos municipais e relatórios de gestão para facilitar o controle social^{2,3}.

Frente a esse desafio, a difusão científica dos últimos anos limita-se a documentar experiências de aplicação do planejamento estratégico situacional (PES) e/ou do método altadir de planejamento popular (MAPP), os dois da escola matusiana, além de ter-se publicado diretrizes para os gestores municipais, que privilegiam essas metodologias⁴⁻⁷.

Em Campo Bom, município calçadista, de porte intermediário, de origem alemã, pertencente à grande Porto Alegre, a fim de responder às mudanças do contexto e às necessidades da população, a prefeitura tem se empenhado no aprimoramento das suas estruturas. Em saúde, nos últimos anos, considerando as condições locais, tem-se realizado uma empreitada focada a pôr ao alcance da sociedade as conquistas da reforma sanitária.

Com essa finalidade, entre outras ações, na Secretaria Municipal de Saúde, formularam-se a análise da situação do município e o plano municipal de saúde 2002-2004, tomando como referência o modelo estratégico de planejamento em saúde com base em determinantes, delineado para esses efeitos.

Derivados do plano municipal, foram elaborados planos operativos para cada uma das doze unidades da rede, seis básicas com Programa Saúde da Família (PSF), três com modelo tradicional e três centros especializados.

A partir deste estudo, objetiva-se a análise teórico-metodológica e aplicativa desta experiência de planejamento, que integra, no nível municipal, um modelo baseado na evolução do desenvolvimento teórico e nas atuais concepções da saúde, que responda às necessidades e situações prevalentes.

O planejamento da saúde, durante sua evolução, acompanhou as mudanças do entorno e do contexto, perseguindo adaptar o quefazer da saúde aos novos desafios⁸.

Nesse devir, passou por várias etapas, nas que se desenvolveram propostas metodológicas, com maior ou menor penetração, umas vindas da teoria administrativa (TGA) e outras da área da saúde, umas da região e outras de fora dela, mas que hoje constituem um rico acervo, com elementos conceituais, metodológicos e instrumentais, suscetíveis de articular-se.

Até os anos cinquenta, o planejamento da saúde não ultrapassaria os limites da administração da saúde pública⁹ que, ainda que basicamente tratava da organização institucional¹⁰, deixava transparecer princípios clássicos da teoria administrativa¹¹. Já Fayol enunciava, como princípios dos programas de ação, unidade, continuidade, flexibilidade e diretiva, para o longo prazo¹².

Nos anos sessenta, a administração por objetivos e/ou resultados outorgava preeminência ao planejamento. O movimento da qualidade, nascido da reconstrução no pós-guerra, e o interesse pela análise do meio ambiente empresarial trariam como consequência a estruturação da escola contingencial da administração e nascimento do planejamento estratégico.

Com contribuições, como as de Ansoff¹³, vão se definir os elementos do ambiente de tarefa (próximo à empresa) e do ambiente geral (contextual), estruturando-se o modelo básico para a formação da estratégia (SWOT em inglês: ***strengths*** forças; ***weaknesses*** fraquezas; ***opportunities*** oportunidades; e ***threats*** ameaças) e o modelo inicial de planejamento estratégico^{11,14}.

Esta concepção, ainda mecânica, formal e estática de planejar em longo prazo, propriedade das altas cúpulas empresariais e dos planejadores, viria a se converter, em vinte anos, num modelo mais flexível e participativo em ***The New Corporate Strategy***¹⁵, que seus seguidores fariam evoluir no intuito de acompanhar os desafios organizacionais frente a um ambiente em vertiginosa evolução.

Coincidindo com esses fatos, na Carta de Punta del Este, em 1961, decidiu-se incorporar os setores sociais, incluindo a saúde, no planejamento do desenvolvimento^{16,17}. O anterior possibilitou o acesso dos países latino-americanos ao financiamento da denominada “aliança para o progresso”.

À Organização Pan-americana da Saúde correspondeu a função de assessorar os países e elaborar e promover procedimentos de planejamento da saúde. Recomendação que foi ratificada na Primeira Reunião Especial de Ministros de Saúde das Améri-

cas, em 1963, que aprovou o primeiro plano decenal de saúde⁹, ano em que se iniciou a capacitação de funcionários nacionais no primeiro método próprio.

O método, denominado OPS/CENDES, originado no Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central de Venezuela (CENDES) e com os auspícios da OPS/OMS, preconizava que: “programar é uma atitude mais que um método” e se fundamentava no critério de eficiência¹⁸. Era considerado um método sistemático¹⁹, integrado por etapas sequenciais: o diagnóstico, a determinação de alternativas factíveis na área local programática e a formulação dos planos regionais e nacional.

Pretendia-se formular uma proposta às autoridades políticas, com base no estabelecimento de prioridades, que incluía a determinação de magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos danos na população, seguida de uma análise de custos da prevenção (em óbitos evitados). Incluía a avaliação operativa de cobertura, composição de instrumentos, concentração, rendimento e utilização de recursos, através da instrumentalização¹⁸.

Devido à necessidade de investigação e a uma procura maior do ensino na matéria, foi criado em 1968 o Centro Pan-americano de Planejamento em Saúde¹⁹. A partir dele, estudaram-se alguns problemas aplicativos do método e desenvolveu-se o marco teórico da formulação de políticas, que incluía formulação de estratégias, construção da imagem objetivo e análise do jogo de forças, entre os poderes formais e informais, nos níveis nacional e extranacional²⁰.

A fim de alcançar a meta social tendente à saúde para todos no ano 2000, a OMS preparou, com base em experiências de diversas regiões, um processo de programação sanitária por países, PSP^{21,22}.

Mais tarde, já no ano de 1980, formalizou-se essa orientação metodológica da Organização Mundial da Saúde a partir das denominadas Normas Fundamentais do Processo de Gestão para o Desenvolvimento Nacional da Saúde (PG/OMS), nas que se identificaram as seguintes etapas: a) a formulação das políticas nacionais de saúde; b) a programação geral; c) a preparação do orçamento por programas; d) o plano geral de ação; e) a programação detalhada; f) a execução; g) a avaliação; h) a reprogramação; e i) a informação, que alimenta todo o processo²³⁻²⁶.

Naquele tempo, Testa, em 1981, apresentou três tipos de diagnósticos: o administrativo, o estratégico e o ideológico. Mais tarde, em 1986, analisou formas de poder e acumulação, junto ao problema dos tempos técnicos e políticos²⁷.

Paralelamente, o economista chileno Carlos Matus desenvolveu um enfoque orientado à plani-

ficação de situações^{28,29}, que aportou, entre outros, os seguintes elementos estratégicos: a aceitação à interação do poder político e técnico; a flexibilidade dos cursos de ação; a existência de trajetórias alternativas; e o caráter interativo da planificação.

O autor analisou também o fenômeno de acumulação do poder e da governabilidade; classificou os problemas detectados em estruturados, semi e quase estruturados e formulou o conceito de “momento” para superar a idéia de sequência das etapas. Incluiu como momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional.

Enquadrado na meta de Saúde para Todos no Ano 2000, surgiu, nesses anos, o enfoque estratégico da Organização Pan-americana da Saúde (OPS/SPT), que teve sua origem em 1982, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Antioquia, Colômbia^{8,30}, incluindo elementos da administração geral, do PES^{28,29} e do enfoque de risco³¹.

Nele, identificaram-se os seguintes momentos: formulação da política de saúde, análise da situação inicial, proposição de uma situação-objetivo, formulação da opção estratégica preliminar, análise da factibilidade e viabilidade (construção), negociação por níveis, construção da opção estratégica selecionada, elaboração dos planos (longo, médio e curto prazos), programação local, execução, monitoria estratégica e de rotinas e avaliação *ex-post*.

A priorização obedeceu à identificação de grupos humanos em estado de postergação (marginalização) e, no interior dos mesmos, à definição de grupos em risco e vulneráveis, para propor a análise da rede.

Nos anos seguintes, com base nos enunciados contidos no Relatório Lalonde, de 1974³², nos postulados da Carta de Ottawa³³ e nos avanços do Instituto Canadense para Pesquisa Avançada, dentro do enfoque “saúde da população”, definiram-se determinantes, como “cadeia de variáveis que podem, numa orientação positiva, atuar como fatores de proteção e a partir de sua interação negativa com o homem, converter-se em fatores de risco”^{34,35}.

Neste enfoque, identificaram-se como determinantes, os seguintes: renda e posição social; redes de apoio social; educação; emprego e condições de trabalho; entorno físico; características biológicas e dotação genética; hábitos pessoais e aptidões de adaptação; gênero; e serviços de saúde.

Num entendimento de participação social e colaboração intersetorial, agruparam-se esses determinantes em cinco: ambiente socioeconômico, entorno físico, hábitos pessoais de saúde, capacidade individual e aptidão de adaptação e serviços de saúde (Figura 1).

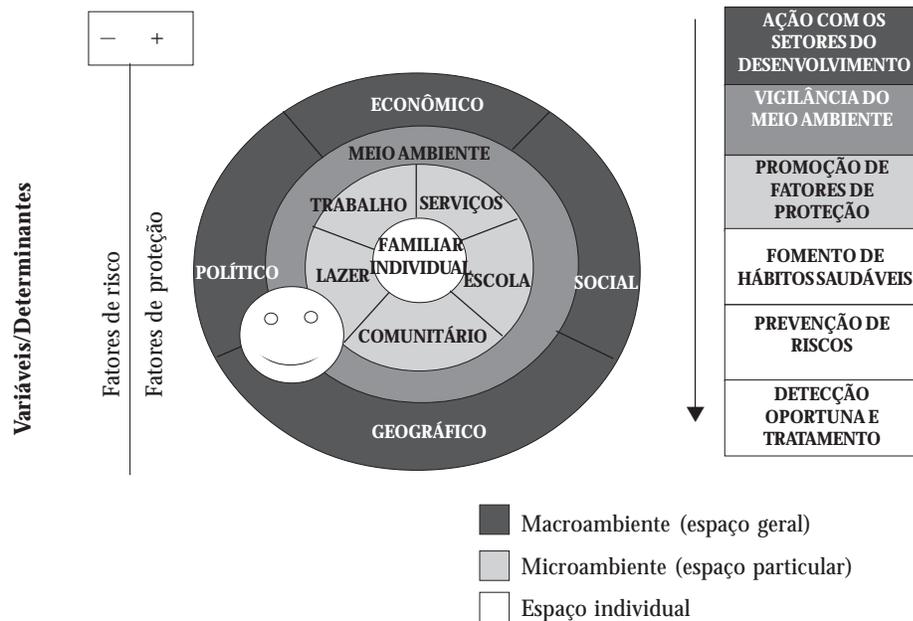


Figura 1. Modelo explicativo e de atenção à saúde baseado em determinantes.

*Nota: adaptação do modelo de determinantes para seu uso no planejamento embasado em perfis de risco.

Nos anos noventa, países como Reino Unido e Canadá^{36,37} realizaram esforços de planejamento em saúde, com base em participação social, pesquisa de determinantes e evidências científicas, segundo grupos populacionais em situações de risco.

Os países da Europa formularam, em combinação com a OMS-Europa, o documento **Social Determinants of Health. The Solid Facts**, definindo determinantes e políticas de ação para o longo prazo, que orientam os planos nacionais vigentes³⁸.

Países como estes, desde então, utilizam este enfoque para orientar suas políticas e planos de saúde.

Contribuições adicionais foram o movimento de qualidade da atenção médica³⁹ e o denominado planejamento local participativo⁴⁰, que incluiu o MAPP, derivado da planificação de situações, junto com a análise SWOT e o marco lógico para a gerência de projetos^{41,42}.

Métodos

Definiu-se como objeto de estudo o modelo estratégico de planejamento em saúde com base em determinantes, proposto para o trabalho em Campo Bom, que retoma o conceito de “momento”,

numa visão interativa. Sustenta-se em princípios de permanência, participação, flexibilidade, adaptabilidade e integralidade. Inclui os seguintes quatro momentos: analítico, assertivo, transaccional e operacional/conjuntural, como segue:

O primeiro é responsabilidade dos atores institucionais, prioritariamente técnicos. Caracteriza determinantes, fatores de risco e riscos para a saúde nos espaços geral (variáveis geopolíticas, socioeconômicas, epidemiológicas e da resposta social organizada em saúde) e particular (variáveis do entorno social e familiar, tais como estratificação social, estrutura familiar, grau de instrução, emprego, renda, hábitos individuais e familiares, acesso a serviços e problemas de saúde). Baseado no anterior, avaliam-se a resposta social em saúde no nível geral e as ações e serviços de saúde no nível particular, que inclui uma análise de demanda (utilização) e satisfação. Esta avaliação pode incluir a coerência da resposta com as necessidades, a suficiência dessas ações e serviços com a problemática estudada, a adequação tecnológica e a pertinência destes com respeito aos padrões socioculturais, além de conferir-se eficiência e qualidade. O anterior permite a definição de perfis de risco e intervenção, possibilitando sua estratificação socioeconômica e a identificação específica de fatores de

risco e proteção, áreas e grupos expostos e vulneráveis. Transita-se, neste primeiro momento, do espaço geral aos espaços particular e individual, para analisar a resposta em saúde.

. Num segundo momento, o assertivo, se prevê a participação ampla dos atores sociais, tendo como primeiro objetivo a definição da missão e visão institucionais. Realiza-se a análise de pontos fortes e fraquezas do sistema, assim como das oportunidades e ameaças do contexto. Com base no anterior, projeta-se uma situação objetivo, em médio prazo, com a participação dos envolvidos, podendo identificar e hierarquizar problemas referentes aos obstáculos detectados, para transitar da situação atual à situação objetivo. A partir deste momento, o grupo participa da avaliação e da construção de alternativas estratégicas, a fim de manter retroalimentado o sistema, com decisões de consenso e as que se derivarão da negociação com outros atores.

. O terceiro momento, o transacional, também é de plena participação, matizado por uma constante negociação, a partir da qual se fixam e desenvolvem os planos, contemplados como opções estratégicas, que ainda sendo concebidos em médio e curto prazos, são redefinidos no diário devir, de acordo às conjunturas que aparecem na execução. Neste momento, se definem políticas, objetivos, metas, benefícios esperados, estratégias, projetos estratégicos e projetos dinamizadores. Elabora-se o planejamento local e se estabelece a regulamentação de projetos, programas substantivos e de apoio administrativo, moldando a gestão ao planejamento. Mede-se factibilidade e se constrói, permanentemente, viabilidade, para estabelecer e reorientar situações objetivo e planos.

. Por último, o momento operacional/conjuntural favorece a instrumentalização dos planos, segundo áreas e locais de atuação e sua permanente adaptação a novas situações. Disponibiliza dados para a tomada de decisões para qualquer um dos momentos do processo e monitora, avalia, investiga e redireciona planos, processos de trabalho e condutas gerenciais, em todo tempo e circunstância.

Unidades de observação: documentos originais das metodologias revisadas e plano municipal de saúde e planos das unidades da rede, classificados abaixo, segundo proposta de enfoque de programação⁴³:

- . Plano Municipal de Saúde Campo Bom, 2002 - 2004, baseado em necessidades;
- . Planos de seis Unidades Básicas de Saúde, com modelo PSF, baseado em necessidades;
- . Planos de três Unidades Básicas de Saúde com modelo tradicional, baseado na oferta; e

- . Planos de três centros de saúde especializados: saúde mental, materno infantil e de especialidades, orientados pela procura.

O estudo foi definido como observacional, qualitativo, de análise documental e de avaliação de novas tecnologias de processo, na gestão da saúde local e, especificamente, na área do planejamento em saúde.

Na definição de variáveis, a análise do modelo incluiu como indicadores:

- . Congruência: convergência harmônica entre os elementos metodológicos e instrumentais resgatados da evolução teórica para o modelo de base; e

- . Aplicabilidade: possibilidade de utilização dos diferentes elementos do modelo de base, o modelo estratégico de planejamento com base em determinantes, nos planos elaborados no contexto municipal de Campo Bom (unidades de observação).

Foi feita a revisão dos documentos originais e, no caso da coerência metodológica, sistematizou-se a informação na ordem dos componentes do modelo. Para a avaliação da aplicabilidade do modelo, a ordem seguida foi a contida nos planos.

Elaboraram-se matrizes, segundo componentes, identificando procedência metodológica e justificativa, no primeiro caso e elementos de aplicabilidade, por tipo de unidade, no segundo (Quadros 1 e 2). Ilustrou-se, este último, com enunciados do plano municipal (Quadro 3).

Resultados

Coerência metodológica do modelo

Ao analisar o modelo estratégico com base em determinantes, delineado para a experiência de Campo Bom, identificaram-se diversos elementos conceituais, metodológicos e instrumentais dos desenvolvimentos metodológicos revisados, que visaram à sua adaptação à situação local prevalente.

Observam-se, na estruturação do modelo, dois eixos, um metodológico, de planejamento estratégico, que inclusive o estrutura em momentos e o dota de princípio básicos, e outro, de enfoque, da teoria de determinantes, que orienta a análise e apóia a definição de modelos de atuação. Estes eixos conferem-lhe orientação a necessidades e flexibilidade, interatividade, adaptabilidade, além de outros atributos estratégicos.

O momento analítico, estruturado com base na teoria dos determinantes, considera elementos do pensamento estratégico e recebe aportes do método OPS/SPT para orientar a concepção de perfis de risco com uma visão situacional.

Quadro 1. Análise de coerência metodológica do modelo estratégico de planejamento com base em determinantes.

Componente	Procedência metodológica*	Justificativa
Conceito de momento	PES, OPS/SPT	Interativo, flexível
Princípios	PG/OMS, PES, OPS/SPT, Determinantes	Estratégico, ágil, com base em necessidades
Momento analítico (análise de situação)	TGA, PES, OPS/SPT, Determinantes	Centrípeto, situacional, perfis, apóia SWOT
Espaço geral (contextual)	TGA, PES, Determinantes	Contextualizado
Perfil epidemiológico (de risco/proteção)	OPS/SPT, Determinantes	Perfis de determinantes, riscos, grupos e áreas
Resposta social saúde	OPS/CENDES, PG/OMS	Intersetorial, instituição
Entorno (necessidades e demanda. Estratos)	TGA, PES, OPS/SPT, Determinantes	Análise situacional, por grupos, riscos e fatores
Utilização e satisfação	PG/OMS, OPS/SPT	Congruente, viável
Avaliação rede	OPS/CENDES, PG/OMS	Atuação/ necessidades
Momento assertivo (consenso)	TGA, PES	Consenso participativo, compromisso social
Definição missão	TGA	Consenso, participativo
Projeção visão	TGA	Consenso, participativo
Análise SWOT	TGA	Análise contextualizada
Situação objetivo	PES, OPS/SPT	Projeção futura viável
Problemas	OPS/SPT, Determinantes	Hierarquização
Momento transacional (negociação)	PES, OPS/SPT	Previsões negociadas
Formulação políticas	OPS/CENDES, PES, PG./OMS	Legítimo
Supostos	ML	Cálculo de cenários
Hierarquia de objetivos	OPS/SPT, ML	Direção
Benefícios esperados	OPS/SPT, ML	Expectativa/resultado
Estratégias	OPS/SPT, PG./OMS	Compatível c/contexto
Projetos, programas	OPS/SPT, PG./OMS, ML, OPS/CENDES	Sistematizado
Recursos (factibilidade)	Todas	Fatível
Gestão	OPS/SPT, PES	Congruente
Construção viabilidade	OPS/SPT, PES	Compromisso Social
Momento operacional (conjuntural)	PES, OPS/SPT	Flexível, adaptável, conjuntural
Operação	PES, OPS/SPT	Flexível, adaptável
Informação	PES, OPS/SPT, PG./OMS	Retroalimentável
Monitoramento	OPS/SPT	Situacional, conjuntural
Avaliação	PES, OPS/SPT, PG./OMS	Flexível, adaptável
Pesquisa avaliativa	OPS/SPT	Adequado, Apropriado
Redirecionamento	PES, OPS/SPT	Flexível, adaptável

*Siglas: PES: Planejamento Estratégico Situacional; PG./OMS: Processo de Gestão para o Desenvolvimento Nacional da Saúde da OMS; OPS/SPT: Orientação estratégica da OPS sobre as implicações do Planejamento e a Administração para o alcance da meta de SPT2000; TGA: Teoria Geral da Administração; Determinantes; Enfoque de Determinantes; Qualidade: movimento da qualidade; OPS/CENDES: Problemas conceituais e metodológicos da Programação em Saúde; ML: Marco Lógico para a Gerência de Projetos; SWOT: Análise de pontos fortes e fracos da instituição e ameaças e oportunidades do contexto.

Quadro 2. Grau de aplicabilidade do modelo de planejamento estratégico em saúde com base em determinantes no caso Campo Bom, segundo nível ou tipo de unidade. Planos 2002-2004.

Elemento	PMS	UBPSF	UBMTO	UEP
Análise de situação:	S	S	D	L
Contextual (espaço geral)	S	S	N	S
Perfil epidemiológico (de risco/proteção)	S	S	N	L
Resposta social saúde	S	S	L	S
Particular/ Ind (necessidades e demanda. Estratos)	S	S	N	L
Utilização e satisfação	S	S	D	S
Avaliação rede	S	S	L	S
Direcionalidade (consenso):	S	S	N	L
Definição missão	S	S	L	S
Projeção visão	S	S	D	S
Análise SWOT	S	S	N	S
Situação objetivo	S	-	-	-
Problemas	S	S	L	S
Previsões (negociação):	S	S	N	S
Políticas públicas	S	-	-	-
Supostos	S	-	-	-
Hierarquia de objetivos	S	S	L	S
Benefícios esperados	S	S	L	S
Estratégias	S	S	L	S
Projetos, programas	S	S	L	S
Recursos (factibilidade)	S	S	L	S
Gestão	S	S	S	S
Indicadores avaliação	S	S	L	S

Síglas: S, aplicação suficiente; L, limitada; D, deficiente; e N, nula.

Níveis dos planos: PMS: Plano Municipal de Saúde; UBPSF: Unidades básicas de saúde com Programa de Saúde da Família; UBMTO: Unidades básicas de saúde com modelo tradicional, baseado em oferta de serviços; UEP: Unidades especializadas, baseadas na procura de serviços; SWOT: Análise de pontos fortes e fracos da organização e ameaças e oportunidades do contexto.

Na análise da resposta em saúde e dos serviços da rede, observa-se a influência do OPS/CENDES e dos indicadores de avaliação do PG/OMS.

Visto dessa maneira, a análise transita entre os diferentes espaços, de forma centrípeta, da causa ao efeito e à consequente resposta em saúde, particularizando as situações de risco/proteção e avaliando congruência.

No momento assertivo, a teoria geral da administração, criadora do enfoque estratégico, vai conduzir o exercício, complementada, na sua orientação à saúde, pelas contribuições do método OPS/SPT e da escola dos determinantes. Esta situação permite a participação social comprometida numa ação futura viável e hierarquizada.

Somam-se os aportes dos métodos OPS/SPT, PES, marco lógico e PG/OMS, no momento transaccional, com participação, na formulação de políticas, do OPS/CENDES. Estes aportes apóiam a estruturação de planos legítimos, baseados em necessidades, negociados com atores sociais compromissados, num marco contextual de viabilidade futura, lógico e simples em sua formulação.

Finalmente, o momento operacional/ conjuntural vai ser orientado pelos métodos PES e OPS/SPT, que pugnam por flexibilidade e adaptabilidade, através de um exercício permanente de avaliação e pesquisa. Incluem-se aportes do método PG/OMS.

O modelo, assim concebido, vem responder a uma série de pressupostos, observados nesta delimitação política, geográfica e populacional.

Quadro 3. Resumo de enunciados, por componentes, do Plano Municipal de Saúde de Campo Bom, 2002-2004.

Elemento	Resumo de enunciados do PMS 2002-2004
Análise de situação	Município, jovem, metropolitano, intermediário, industrial (sapato), de imigrantes alemães, em transição social, econômica, demográfica e epidemiológica, com perfil de riscos ligado a estilos de vida e de trabalho. Serviços de saúde descentralizados, prioridade política, com heterogeneidade de modelos de atendimento, isolamento e centralização de ações coletivas, incipiente desenvolvimento do planejamento, regulação e controle. Problemas de cobertura e integralidade.
Definição missão	Proteger e melhorar saúde, garantindo acesso e participação dos diferentes grupos, com conhecimento dos determinantes e perfis de risco e um modelo de atenção congruente.
Projeção visão	Ser referência de sistema municipal, integral, participativo, equitativo e universal, com reordenamento da estrutura central reguladora e rede operando modelo de atenção integral e universal, enfocado a determinantes.
Análise SWOT	Prioridade e vontade política, intencionalidade de adequação; carência de infra-estrutura, divergência de modelos, problemas de apoio à gestão e recursos; resquícios na infra-estrutura social; crescimento industrial, participação social, população trabalhadora e política social explícita.
Situação objetivo	Posterior à análise prospectiva da evolução de variáveis contextuais, projeta-se reforma estrutural da SMS e instrumentação de um modelo congruente com necessidades, integral, participativo, equitativo e universal, com processos de gestão apropriados.
Identificação de problemas	Limitações técnico-administrativas, de instrumentos de participação social, viabilidade econômica, capacitação e treinamento, infra-estrutura e construção de viabilidade.
Objetivos (fim)	Contribuir para o desenvolvimento de Campo Bom, cuidando e melhorando a saúde e bem-estar, através do cuidado dos estilos de vida, entornos, ambiente e contexto socioeconômico e um sistema de saúde, com modelo coerente com as necessidades e princípios da reforma sanitária.
Estratégias	Participação para o bem-estar; Saúde e Desenvolvimento; Enfoque de Determinantes; Gestão Compartilhada; Modelo com Base em Evidências; Transdisciplinariedade; Satisfação de Clientes Interno e Externo; Universidade Promotora.
Projetos	1. Análise e Vigilância da Saúde; 2. Planejamento e Desenvolvimento da Saúde; 3. Promoção para a Proteção da Saúde; 4. Meio Ambiente e Saúde; Prevenção de Riscos e Atenção à Saúde; Administração Estratégica.

Aplicabilidade do modelo no caso Campo Bom

A experiência Campo Bom, implementada a partir do modelo de planejamento estratégico em saúde com base em determinantes, permitiu realizar a confecção de planos congruentes com a realidade, com aplicação dos elementos predefinidos, com as limitações próprias da natureza segundo tipo de unidade (Quadro 2).

No plano municipal e nos planos de unidades básicas com modelo PSF, foi possível integrar análises de situação, podendo delimitar perfis de risco,

identificando fatores de risco e proteção, grupos da população e áreas vulneráveis, que orientaram as previsões delineadas.

Detectaram-se, nas unidades de saúde com modelo tradicional, restrições de acesso ao conhecimento contextual e dos entornos físico e social da população-alvo e, portanto, dos riscos, fatores de risco e congruência dos serviços, situação que limitou a construção das propostas aos aspectos próprios da oferta, ainda que se incluíram orientações sobre o enfoque de determinantes.

Para a elaboração do plano municipal, observou-se ampla participação da estrutura e para os

planos das unidades básicas com modelo PSF, uma base de consenso. No caso das unidades especializadas, detectaram-se problemas sobre a consciência das necessidades e limitações de informação e participação.

Os resultados da aplicabilidade do modelo ficam ilustrados com um resumo dos enunciados do plano municipal de saúde, no qual podem ser observados a problemática de saúde municipal, resultado da análise de situação; as definições de missão e visão; a análise de pontos fortes, fraquezas, ameaças e oportunidades; a projeção da situação objetivo; a estruturação dos problemas detectados; os objetivos e estratégias definidos; e os projetos contemplados (Quadro 3).

Discussão

No início da TGA, quando Fayol apresenta *Administração Industrial e Geral*, em 1908, ao tratar da previsão, sob a máxima “prever é governar”, enuncia princípios para o que denominou plano de ação, tais como unidade, continuidade e flexibilidade, referindo que “uma simples diretiva convém às operações longínquas [...]” e que “[...] a administração não é um privilégio [...] do chefe [...], é uma função que se reparte entre a cabeça e os membros do corpo social”¹².

Estes elementos, que mais tarde fundamentariam o pensamento estratégico, demorariam mais de oitenta anos em instrumentalizar-se a partir de múltiplas contribuições^{11,14}.

Em saúde, no contexto latino-americano, podem identificar-se três etapas do desenvolvimento do planejamento em saúde. A primeira, motivada pela Carta de Punta del Este e as concepções econômicas da época¹⁶, na qual a saúde se incorpora ao planejamento do desenvolvimento, criando-se um método próprio^{16,18}.

O método nasce com os escassos elementos estratégicos de seu tempo, aprimorando aspectos operativos de avaliação e programação, que se enriquecem com a discussão sobre formulação de políticas de saúde.

Uma segunda, originada na meta de Saúde para Todos no Ano 2000, que dá lugar a um empreendimento da OMS²⁴⁻²⁶ e outro regional⁸, que apoiados com os aportes de Testa²⁷ e Matus^{28,29}, vão trazer à saúde um arsenal metodológico atualizado, orientado ao cumprimento da meta e seus componentes. Isto colabora para mudar concepções em saúde e desenvolver o marco estratégico, que conferirá flexibilidade, adaptabilidade e interatividade ao planejamento sanitário.

E uma terceira, em que a Carta de Ottawa³³ e os avanços da teoria dos determinantes^{34,35} apoiarão iniciativas para planejar estrategicamente a saúde com novos aportes sobre a gênese e a abordagem da saúde³⁶⁻³⁸.

A partir dessa evolução, vem se conformar um rico acervo de conhecimentos na matéria, suscetível de ser organizado.

No caso Campo Bom, foi possível a construção e aplicação de um modelo, que sobre dois eixos, o estratégico e o da teoria dos determinantes, incluiu uma combinação harmoniosa e apropriada de elementos de vários desenvolvimentos teóricos, que juntos responderam às necessidades de uma situação particular, delimitando perfis de risco e intervenção.

No momento analítico do modelo, estudaram-se os espaços geral, particular e individual, seguindo o pensamento estratégico, para compatibilizar o quefazer em saúde, utilizando contribuições das várias metodologias em saúde; no assertivo, aproveitaram-se os ensinamentos da TGA para delinear a direcionalidade dos planos; e no transacional e operacional, desenvolvimentos estratégicos aplicados à saúde contribuíram para articular os elementos dos planos e para prever mecanismos de gestão e controle estratégicos.

A aplicabilidade, que se poderia questionar pelas limitações impostas pela natureza de algumas unidades⁴³, com enfoque de oferta ou de procura, conseguiu integrar orientações de promoção da saúde e projetar mudanças nos seus processos de trabalho.

A análise de situação realizada permitiu uma melhor compreensão da situação e identificação da missão e visão institucionais e um maior conhecimento dos pontos fortes e fraquezas das nossas instituições, sendo um aprendizado que orientou, junto com uma acertada definição das diretrizes de planejamento, a mudanças estruturais, favorecendo um trabalho promocional e preventivo, mais vinculado com os usuários, com os outros setores e com a comunidade em geral.

No entanto, a composição de elementos e o desenvolvimento deste tipo de propostas dependerão das condições políticas, econômicas, sociais ou de saúde do contexto que corresponda.

Assim, respondendo à hipotética interrogante sobre o possível futuro do Centro Pan-americano de Planejamento, posterior a seu fechamento⁴⁴, considera-se como imperativo o apoio a instâncias que aprofundem o estudo do campo, de maneira plural e integradora, desenvolvendo tecnologias inovadoras, apropriadas aos nossos contextos e entornos, em apoio aos gestores do sistema.

Agradecimentos

Agradece-se ao prefeito de Campo Bom, Giovanni Feltes, e às secretárias de saúde, Helena Valadão Thiesen e Suzana Ambros Pereira, pela oportunidade, decisão política e apoio para o desenvolvimento destes trabalhos.

Ao professor doutor Jorge Umberto Béria, coordenador do programa de pós-graduação em saúde coletiva da ULBRA, pela orientação na realização da minha dissertação de mestrado, a qual deu origem a este artigo.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
2. Brasil. Lei Federal No 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
3. Brasil. Lei Federal No. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único da Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
4. Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde. Análise comparada de duas experiências. *Cad Saude Publica* 1997; 13(4):723-740.
5. Campos RO. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em estudo de caso. *Cad Saude Publica* 2000; 16(4):1021-1030.
6. Campos RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. *Cad Saude Publica* 2000; 16(3):723-731.
7. Fundação Itaú Social, Ministério da Saúde, Instituto de Desenvolvimento da Saúde, Faculdade de Saúde Pública da USP. *Saúde e cidadania. Para gestores municipais de serviços de saúde*. São Paulo: Sonopress; 2001.
8. Barrenechea JJ, Trujillo, UE, Chorni A. *Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública Hector Abad Gómez; 1990.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Planificación de la salud en la América Latina*. Washington, D.C.; OPS; 1973. [Publicación científica n° 272]
10. Hanlon JJ. *Principles of Public Health Administration*. St. Louis: The C V Mosby Company; 1950.
11. Chiavenato I. *Administración de empresas. Una abordagem contingencial*. 3ª ed. São Paulo: Makron Books; 1995.
12. Taylor FW, Fayol H. *Principios de la administración científica / Administración Industrial y general*. México, DF: Herrero Hermanos, Sucs., S.A.; 1981.
13. Ansoff HI. *Corporate Strategy*. New York: Mc Graw-Hill; 1965.
14. Mintzberg H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. São Paulo: Artmed; 2004.
15. Ansoff HI. *The New Corporate Strategy*. New York: Wiley; 1998.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Plan decenal de salud para las Américas. Informe final de la III Reunión de ministros de salud de las Américas*. Santiago de Chile, 2-9 de octubre de 1972. Washington, D.C.: OPS; 1973. [Documento oficial n° 118].
17. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 1974. [Publicación científica n° 287].

18. Ahumada J, Testa M, Pizzi M, Sarué E, Guzmán AA, Durán H. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud.** Washington, D.C.: Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela/Organización Panamericana de la Salud; 1965. [Publicación científica n° 111].
19. Hilleboe HE, Barkhuus A, Thomas WC. **Métodos de planificación sanitaria nacional.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1973. [Cuad Salud Pública n° 46].
20. Organización Panamericana de la Salud/Centro Panamericano de Planificación de la Salud. **Formulación de Políticas de Salud.** Santiago: OPAS; 1975.
21. Organización Mundial de la Salud. **Orientaciones de trabajo para la programación sanitaria por países. Seminario interregional.** Drubrovnik (Yugoslavia), 11-17 de noviembre de 1979. Ginebra: OMS; 1979.
22. Organización Mundial de la Salud. **Aplicación de la programación sanitaria por países. Informe del seminario interregional.** Drubrovnik (Yugoslavia), 11-17 de noviembre de 1979. Ginebra: OMS; 1979.
23. Organización Mundial de la Salud. **Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000.** Ginebra: OMS; 1979.
24. Organización Mundial de la Salud. **Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales.** Ginebra: OMS; 1981.
25. Organización Mundial de la Salud. **Evaluación de los Programas de Salud. Normas Fundamentales.** Ginebra: OMS; 1981.
26. Organización Mundial de la Salud. **Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000.** Ginebra: OMS; 1981.
27. Testa M. **Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud.** Washington, D.C.: OPS/OMS; 1989.
28. Matus C. **Planificación de Situaciones.** México: Fondo de Cultura Económica; 1983.
29. Matus C. **Política, planificación y gobierno.** Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1987. [2do. Borrador].
30. Barrenechea JJ, Trujillo EU. **Notas sobre las implicaciones de la meta SPT/2000, la estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados, para la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud.** Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1981-1984. [Documento borrador].
31. Organización Panamericana de la Salud. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil.** Washington, D.C.: OPS; 1986. [Serie Paltex, para ejecutores de programas de salud, 7].
32. Spasoff RA, Hancock T. Canada: maintaining progress through health promotion. In: Tarimo E, Creese A. **Achieving health for all by the year 2000. Midway reports of country experiences.** Geneva: Division of Strengthening of Health Services, World Health Organization; 1990.
33. Organización Mundial de la Salud/Salud y Bienestar Social de Canadá/Asociación Canadiense de Salud Pública. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** Ottawa: CPHA; 1986.
34. Health Canada. **Estrategias para la salud de la población: invirtiendo en la salud de los canadienses.** Preparado por el Comité Consultivo Federal y Territorial sobre la Salud de la Población para el Minister of Supply and Services Canada, Ottawa, 1994. Traducido por la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2000.
35. Health Canada. **Hacia un futuro sano: segundo informe sobre la salud de la población canadiense.** Preparado con la colaboración del ACPH, Estadísticas Canada, Instituto Canadiense de Información Sanitaria y un equipo para el proyecto del Centro para la Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, Charlottetown, PEI, 1999. Traducido por la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2000.
36. Jacobson B, Smith A. and Whitehead M. **The nation's health. A strategy for the 1990s. A report from an independent multidisciplinary committee.** London: King's Fund Centre; 1994.
37. Gouvernement du Québec. **Priorités nationales de santé publique 1997-2002.** Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 1997.
38. World Health Organization. Regional office for Europe. **Social determinants of health. The solid factors.** Copenhagen: WHO; 1998.
39. Donabedian A. **La Calidad de la Atención Médica. Definición e Métodos de Evaluación.** México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
40. Organización Panamericana de la Salud. **Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe.** Washington, D.C.: OPS; 1999. [Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud n° 41].
41. COMIT (Sociedade Alemã para a cooperação técnica). **ZOPP: An Introduction to The Method.** Berlin: COMIT; 1995.
42. Organización Panamericana de la Salud. **Enfoque Lógico para la Gerencia de Proyectos en la Organización Panamericana de la Salud (OPS).** Washington, D.C.: OPS; 1993.
43. Rivera JU. **Planejamento e Programação em Saúde. Um Enfoque Estratégico.** São Paulo: Cortez/ABRASCO; 1989.
44. Barrancos D, Mendes EV. **Memoria de planificadores: otra historia de la planificación de la salud en América Latina y el Caribe.** Washington, D.C.: Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, OPS/OMS; 1992. [Serie de Informes Técnicos n° 9].

Artigo apresentado em 12/07/2006
 Aprovado em 29/06/2007