



## PLANEJAMENTO EM SAÚDE

*Simone Cristina da Costa Ferreira*  
*Letícia Batista da Silva*  
*Gladys Miyashiro Miyashiro*

Planejar é uma forma de intervir sobre a realidade de maneira contínua. É um processo que expressa um modelo de gestão, incorpora instrumentos e metodologias que influenciam a tomada de decisão nos processos de trabalho e orienta a programação de ações.

Este texto aborda origem, conceitos, métodos e instrumentos de planejamento e destaca o planejamento estratégico situacional como âncora para o planejamento em saúde, em especial para a rede de atenção básica, cenário privilegiado de inserção do técnico de vigilância em saúde (TVS).

## 1. Planejamento: origens, conceitos e métodos

Planejar pressupõe pensar antes de agir. Como atividade cotidiana de cada pessoa, de grupos e de instituições, o planejamento tem como propósito cumprir objetivos predefinidos. Na origem, planejamento, como método administrativo vinculado à concepção da administração científica, técnica e formal, foi adotado como ato de controle dos processos de trabalho com vistas ao desenvolvimento econômico. Configura-se, assim, como ato de controle da sociedade, e não como algo compartilhado com a sociedade. No campo da indústria, por exemplo, a ideia era ordenar todas as fases que envolviam a produção, de modo a maximizar o tempo de trabalho e os meios de produção, objetivando a competição de mercado.

A orientação metodológica de planejamento normativo é difundida como forma de alcançar o desenvolvimento econômico. Na década de 1940, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) da Organização das Nações Unidas (ONU) ratifica o planejamento de escopo normativo como instrumento de desenvolvimento econômico e estabelece parâmetros e metas para os países dessas regiões.

O paradigma normativo do planejamento – enfoque sistêmico – vincula a relação custo-benefício como pré-requisito para a programação eficiente de recursos. O conceito de eficiência está alicerçado em instrumentos de normatização e em controle das ações da produção de bens e serviços, em todos os campos de trabalho, inclusive nos da saúde. Na lógica normativa, o êxito do planejamento está no cumprimento estrito dos atos e das atividades definidas, desconsiderando variáveis políticas e sociais intervenientes.

Na década de 1960, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) assessorava países da América Latina objetivando desenvolver um método para aplicar ao planejamento da área da saúde que associasse elementos econômicos e sociais. Nesse contexto, foi proposta a metodologia de planejamento em saúde criada pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (Cendes) da Universidade Central da Venezuela (Método Cendes-

-Opas) que embora tenha representado avanços, mostrou-se frágil na abordagem das relações de poder, das políticas institucionais e da regulação das ações por parte do Estado, dado o alto grau de privatização dos serviços de saúde, nos países da América Latina e do Caribe.



### Método Cendes/Opas

A Opas instituiu um grupo de trabalho para apresentar proposta de instrumentos de planejamento em saúde que possibilitassem maximizar ações e minimizar custos.

O grupo foi composto por Mario Testa e Jorge Ahumada – ambos do Cendes – e por Alfredo Guzmán, da Escola de Saúde Pública da Venezuela, entre outros.

Conhecido como Método Cendes/Opas a proposta foi apresentada em 1965.

O Método Cendes-Opas é eminentemente descritivo e tem como pressuposto que o ator social (pessoa, organização ou grupo) ao qual é atribuída a função de planejar não tenha qualquer vínculo com a situação-foco do planejamento. Essa condição propicia que o planejador proponha medidas e intervenções à revelia dos conflitos, dos interesses e dos projetos da dinâmica social. A característica normativa desse Método produz análises parciais da realidade e, conseqüentemente, impõe limites ao alcance dos objetivos e das metas do planejamento.

A partir de críticas ao método normativo de planejamento no campo da saúde e da evolução do método Cendes/Opas, no final dos anos 1970, é reconhecido o papel do contexto político para o planejamento, o que destaca o enfoque estratégico.

No enfoque estratégico, quem planeja (ator social) desenvolve o processo de planejamento em articulação com outros atores sociais que disputam e concorrem por seus projetos, dentro do mesmo cenário social e político, foco do planejamento. Essa premissa se opõe aos pressupostos do enfoque normativo (Quadro 1).

**Quadro 1** – Enfoques normativo e estratégico: diferenças.

Enfoque Normativo	Enfoque Estratégico
<b>Pressupostos</b>	
Planejar é um processo em etapas pré-determinadas. Há independência entre o sujeito (que tem o monopólio do plano) e o objeto do plano.	Planejar é um ato contínuo, e suas fases se interpenetram. Quem planeja atua na realidade foco do planejamento. Não há independência entre o <i>sujeito</i> e o <i>objeto</i> .
<b>Diagnóstico</b>	
Diagnóstico distanciado dos interesses, dos projetos e dos conflitos do cenário-foco do planejamento.	As fases e as etapas (diagnóstico, execução e avaliação) são indissociáveis.
<b>Objeto</b>	
Problemas circunscritos aos aspectos técnicos do cenário ou da situação foco do planejamento.	Problemas relacionados e associados aos processos e aos atores políticos e sociais do cenário ou à situação foco do planejamento.
<b>Realidade Social</b>	
Estática, determinada (mesmas causas produzem os mesmos efeitos e fatos).	Dinâmica, complexa e incerta.
<b>Realização do Plano</b>	
Elaborado por agente (pessoa, órgão) que não pertence ao cenário-foco.	Elaborado com participação dos diferentes atores sociais do cenário-foco do planejamento.

**Fonte:** Autoras.

Na América Latina, as principais teorias do enfoque estratégico são:

- o pensamento estratégico de Mario Testa; e,
- o planejamento situacional de Carlos Matus.



## Mario Testa

Médico argentino que trabalhou a temática de planejamento e a estrutura de poder no setor saúde. A partir da crítica ao método normativo, construiu o escopo do enfoque estratégico.

## Carlos Matus

Economista e Ministro da Economia do Chile no governo de Salvador Allende (1970 a 1973) desenvolveu as bases para o planejamento estratégico situacional.

A produção de Mario Testa destaca a necessidade de incorporar elementos referentes às relações de poder e práticas ideológicas, na análise de problemas e planejamento de saúde. Apesar de não configurar um método, os paradigmas do pensamento de Mario Testa são fundamentais para o desenvolvimento do método de planejamento estratégico em saúde. São aspectos e características do pensamento estratégico de Mario Testa:

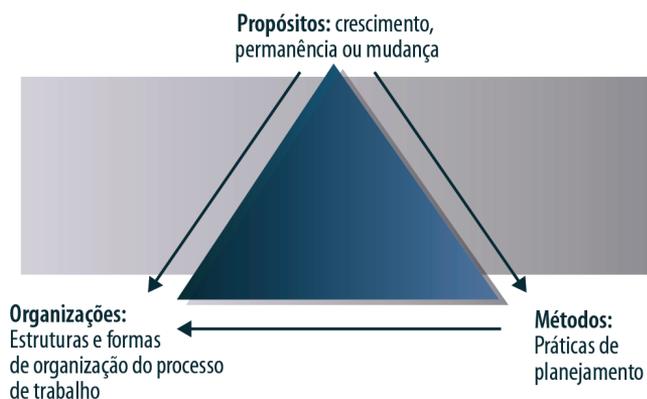
- a política como proposta de distribuição de poder e, a estratégia como forma de implementação de política;
- o poder administrativo corresponde às atividades e aos processos que implicam o manejo e a aplicação de recursos;
- o poder técnico e o poder político são distintos:
  - poder técnico – uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor da saúde;
  - poder político – defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor da saúde, considerando instituições públicas e privadas.

De acordo com Testa:

- objetivos ou propósitos determinam o método que, por sua vez, está vinculado à forma como as instituições se organizam para alcançar tais objetivos ou propósitos.
- objetivos ou propósitos, métodos e organização estabelecem entre si relações determinantes e condicionantes que devem ser analisadas ao se decidir por um método de planejamento.

O autor sistematizou um diagrama – conhecido como *Postulado de coerência* – que representa as relações estabelecidas entre propósitos, métodos e organização (Figura 1).

**Figura 1** – Postulado de Coerência de Mario Testa



**Fonte:** Testa, 1992.

O método de planejamento situacional de Carlos Matus surge no final dos anos 1970. Diferente de Mario Testa o ponto de partida de Matus é o conceito de situação. O enfoque situacional considera um conjunto de problemas – primeiro identificados, depois descritos e analisados – à luz da perspectiva de determinado ator ou atores sociais.

Por estar ancorado em teoria e métodos gerais de planejamento, o enfoque situacional pode ser utilizado em diferentes realidades históricas e sociais. Considerando os fundamentos de Matus, planejar é ato complexo que



diferentes atores sociais envolvidos no processo de trabalho em saúde, nas diferentes instâncias, sem prejuízo às variáveis econômicas.



## Poder

Conceito que envolve recursos e a própria ação.

Poder é uma categoria relacional, ou seja, é medido em relação ao outro e pode ser quantificado quando se considera a possibilidade de produzir determinado resultado. Pode ser acumulado ou perdido e tem várias dimensões, por exemplo: um governo nacional tem poder econômico, militar, político, dos meios de comunicação e tantos outros que, juntos, dão a dimensão de poder do ator social.

No Brasil, a partir do final da década de 1980, o planejamento no campo da saúde, no âmbito do SUS, tem como âncora o escopo do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

## 2. Planejamento Estratégico Situacional

O PES utiliza as articulações entre o presente e o futuro e entre o necessário e o possível. Planejar é um processo contínuo e, ainda que existam momentos distintos do planejamento, não há separação rígida entre as etapas, que se interpenetram. Nesse método de planejamento, o diagnóstico, a execução e a avaliação são indissociáveis.

O PES considera todos os atores envolvidos e completa seu círculo quando executado, monitorado e avaliado. É baseado na análise situacional para a qual alguns conceitos são estruturantes:

- **Ator social** – quem declara o problema e se dispõe a enfrentá-lo atuando na realidade individualmente (um profissional de saúde, um secretário de saúde, um prefeito) ou coletivamente (equipe de

trabalho, associação de moradores, sindicato, outros). Para tanto, é fundamental ter controle sobre recursos relevantes, base organizativa minimamente estável e um projeto para intervir nessa realidade;

- **Situação** – explicitação do contexto onde atores sociais estão em articulação. É espaço socialmente produzido, onde quem planeja desempenha determinados papéis e intervém na situação (a perspectiva de quem planeja é apenas uma das possíveis leituras da situação). A explicação situacional é ação dialogada e proposital entre atores sociais tendo as múltiplas dimensões da realidade (política, econômica, ideológica, cultural e ecológica) como referência.
- **Problema** – discrepância entre situação real e situação ideal (ou pretendida). Determinada situação configura como “problema” quando um ator social (ou vários) a define como inaceitável e passível de ser transformada, portanto, se para uma situação não há solução, não configura “problema”. Há duas categorias de problema: bem-estruturado e quase-estruturado (mal estruturado) (Quadro 2).

**Quadro 2** – Planejamento Estratégico Situacional (PES): classificação de problema

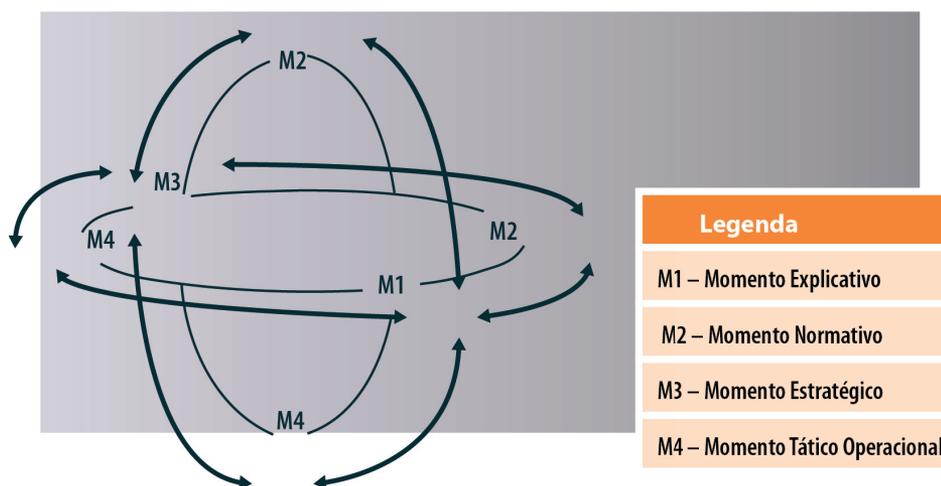
Problema bem-estruturado	Problema quase-estruturado (ou mal estruturado)
Fatores e relações entre eles conhecidos e precisos	Fatores não definidos e nem apresentados com precisão
Explicado por regras claras permite identificar e selecionar soluções	Explicação imprecisa, dificuldade de identificar e selecionar soluções. Situações problemáticas de incerteza
Alternativas de solução conhecidas e aceitas	Critérios para escolher solução não conhecidos (abordado somente com intervenções baseadas em probabilidade)
Escolha de uma única alternativa para solução	Múltiplas possibilidades de solução

Fonte: Autoras.

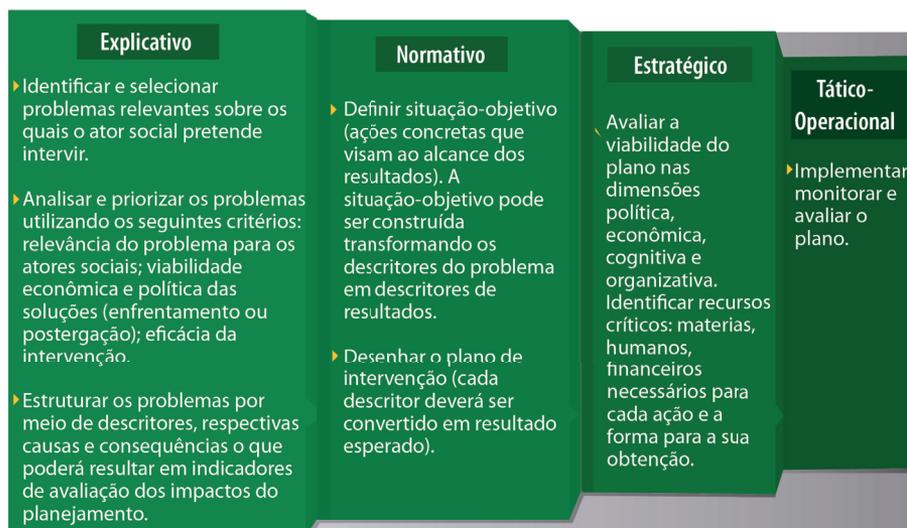
O processamento de problema supõe quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. A ideia de momentos trazida pelo método de PES tem por objetivo superar a lógica de etapas fixas e isoladas, característica do planejamento normativo e incrementalista.

No escopo do PES, “momento” é a instância repetitiva pela qual passa um processo encadeado e contínuo que não tem princípio nem fim bem definidos (Matus, 1993, p.57). Cada problema do plano – e o plano em seu conjunto – é desenvolvido em quatro diferentes momentos em cadeia contínua, em qualquer ordem, e cada momento compreende os demais. O plano é um compromisso compartilhado por diferentes atores, objetivando intervir na situação-problema (Figura 3 e Quadro 3).

**Figura 3** – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional



Fonte: Matus, 1993, Tomo II.

**Quadro 3** – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional

**Fonte:** Autoras.

### 3. Instrumentos de planejamento

Existe um conjunto de técnicas utilizadas com o objetivo de analisar, de definir, de mensurar e de construir soluções para problemas. Os instrumentos podem auxiliar na análise de situação de saúde e na resolução de questões administrativas e organizacionais. Em geral, são aplicados de forma combinada, com a intenção de auxiliar a tomada de decisão e a busca de soluções para problemas.

Para apoiar a gestão, os instrumentos destinam-se a:

- auxiliar a tomada de decisão baseada em informação;
- estimular o trabalho em equipe e a sinergia entre as equipes de trabalho;
- valorizar o saber dos trabalhadores;

- direcionar o trabalho, com foco na busca e eliminação de problemas.

Os instrumentos mais utilizados nos processos de identificação até a solução de problemas são: *brainstorming* (tempestade de ideias); técnicas de priorização (GUT); diagrama de causa-efeito (Diagrama de Ishikawa); fluxograma e matriz 5W2H.

- **Brainstorming** (tempestade de ideias) – técnica de grupo para levantamento de ideias sobre uma questão ou um tema. Pode ser utilizada em várias etapas do planejamento, em especial, no levantamento de problemas e suas causas. Pressupõe a participação voluntária de atores sociais e tem por objetivo levantar, detalhar e compartilhar opiniões sobre o tema de maneira rápida e descontraída, seguindo algumas orientações:

- constituir grupo de trabalho (5 a 15 pessoas) com coordenador e duração pré-definida;
- possibilitar que cada tema seja objeto das considerações dos participantes por, pelo menos, em duas oportunidades seguidas (rodada de discussão);
- incentivar a participação de todos os integrantes do grupo;
- agregar (registrar) todas as ideias que forem expressas;
- permitir a expressão livre de ideias (sem crítica, censura ou julgamento);
- facultar análise, síntese e seleção de ideias ao final de cada rodada de discussão.

- **Técnica de priorização** (Gravidade, Urgência e Tendência – GUT) – trabalho em grupo, por meio da construção de consensos, é utilizada para priorizar problemas a partir de sua classificação conforme os seguintes critérios:

- Gravidade – impacto do problema para pessoas, organizações, tarefas, processos e resultados, caso não haja intervenção;
- Urgência – prazo para resolver determinado problema, considerando o tempo para surgimento de possíveis resultados indesejáveis (quanto maior a urgência, menor o tempo necessário para resolver o problema);
- Tendência – avaliação (estimativa) das possibilidades de crescimento, redução ou desaparecimento do problema na ausência de ação.

Essa técnica é desenvolvida em etapas:

- etapa 1 – listar os problemas;
- etapa 2 – classificar os problemas segundo critérios atribuindo a cada um valor de 1 a 3 (Quadro 5):
  - a. de gravidade – sem gravidade = 1; grave = 2 e extremamente grave = 3;
  - b. de urgência – pode esperar = 1; mais rápido possível = 2; ação imediata = 3;
  - c. de tendência – não mudar = 1; piorar = 2; piorar rapidamente = 3.

**Quadro 5** – Critérios e Valores para a Classificação de Problemas

Valor	Critérios		
	Gravidade	Urgência	Tendência
1	Sem gravidade	Pode esperar	Não mudar
2	Grave	Mais rápido possível	Piorar
3	Extremamente grave	Ação imediata	Piorar rapidamente

**Fonte:** Adaptado de SEBRAE, 2005.

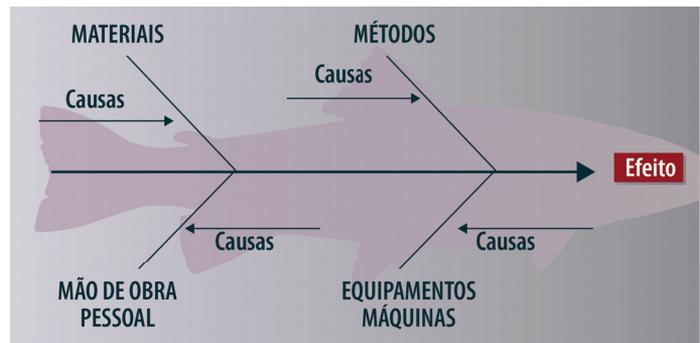
- etapa 3 – multiplicar os valores atribuídos a cada um dos critérios (G x U x T) classificando os problemas segundo ordem decrescente do resultado (Quadro 6).

**Quadro 6** – Priorização de problemas conforme classificação.

Problemas	Critérios/valor			Resultados	
	G Gravidade	U Urgência	T Tendência	Pontuação	Classificação
Problema 1	2	1	2	4	3º
Problema 2	3	3	2	18	1º
Problema 3	2	3	2	12	2º

Fonte: Adaptado de SEBRAE, 2005.

- **Diagrama de Ishikawa** (Diagrama de causa-efeito ou espinha de peixe) – em formato de “espinha de peixe” é usado para levantar as causas prováveis de um problema. As vantagens são agrupar e direcionar as causas prováveis de determinado problema por categorias: mão-de-obra, material, método, máquina (Figura 4):
  - mão de obra – refere-se a pessoas (atitudes, capacidade, treinamento, experiência, comportamento, comunicação, habilidade, visão e força);
  - material – refere-se à matéria prima, insumos e produtos ainda não processados (qualidade, quantidade, disponibilidade, fornecedor, tamanho, peso, dimensão, cor, tempo de validade e limpeza);
  - método – refere-se ao fazer e ao que interfere na ação (processos, regras, políticas, funções);
  - máquina – refere-se à instalação (construção) e aos recursos de capital (instrumentos) utilizados para a realização do trabalho.

**Figura 4** – Diagrama de Ishikawa (Causa-efeito ou Espinha de peixe)

**Fonte:** Adaptado de SEBRAE, 2005.

Para aplicar esse instrumento, é necessário:

- discutir o assunto a ser analisado (pode ser utilizada técnica de *brainstorming*);
- identificar o problema (denominado "efeito", como indicado à direita do diagrama);
- levantar e registrar as possíveis causas do problema (efeito) por categoria (mão de obra, equipamentos-máquinas, materiais e métodos); e,
- analisar o diagrama – identificação, por meio do conjunto de informações, das causas mais frequentes do problema (efeito).

#### • Fluxograma

Utilizado para auxiliar o planejamento de gestão de processos. É um resumo ilustrativo das operações, evidenciando todas as etapas e todos os fluxos. Apresenta sequência lógica de atividades e de decisões e facilita a identificação de entradas e saídas de processos, de clientes, de fornecedores e respectivos pontos críticos. Aplicado para instituir, descrever e analisar processos, o fluxograma é composto de duas fases: confecção e análise.

Na confecção são organizados três módulos: início (entrada), processo e fim (saída). A análise permite identificar problemas ou pontos críticos que necessitam de melhoria. O fluxograma (fluxograma descritor) é, graficamente, desenhado por meio de símbolos representativos das etapas do processo (Quadro 7):

- elipse – entrada e saída do processo;
- retângulo – intervenção-ação sobre o processo;
- losango – tomada de decisão para continuidade ou não do processo;
- seta – conector que representa o sentido e a sequência do processo.

**Quadro 7** – Fluxograma: símbolos e representações

Elipse	Retângulo	Losango
 Entrada e saída	 Etapa do processo	 Tomada de decisão
Início e fim do processo (limites do processo)	Intervenção e quem a executa	Prosseguimento ou interrupção do processo (se SIM ou NÃO) com base em condicionantes explicitados
<b>Seta</b>  Indica o sentido e a sequência do processo		

**Fonte:** Adaptado de SEBRAE, 2005.

Para a confecção do fluxograma, é necessário:

- selecionar o processo a ser analisado;
- identificar as pessoas que participam do processo selecionado;
- organizar um grupo de trabalho para elaborar o fluxograma;
- descrever atividades, produtos e serviços inerentes ao processo selecionado (detalhar o processo);
- identificar responsáveis pela realização de cada atividade, produto e serviço descrito.

À fase de confecção do fluxograma segue a análise para identificar necessidades de mudanças, de correções ou alterações no processo considerado. Para essa fase é imprescindível incorporar pessoas (trabalhadores) inseridas no processo, objeto do fluxograma elaborado. Essa estratégia amplia o potencial de ajuste e compreensão das atividades e possíveis reajustes do processo na perspectiva de atender demandas e necessidades.

- **Matriz 5W2H**

Indicada para gestão de serviços de saúde e para implantação de projeto, a matriz 5W2H possibilita a definição de planos de ação. O detalhamento das ações necessárias para alcançar os objetivos do plano é feito utilizando a ordem de questões da matriz 5W2H: *what* (o quê); *who* (quem); *when* (quando); *where* (onde); *why* (porquê); *how* (como); *how much* (quanto custa). Essa matriz funciona como mapeamento de atividades e de ações associadas a questões disparadoras para facilitar a definição do plano (Quadro 8).

**Quadro 8** – Matriz 5W2H: ações e questões disparadoras para elaboração de Plano de Ação

5W2H	Questões Disparadoras
<i>WHAT</i> (o quê?)	O que deve ser feito para alcançar o objetivo?
<i>WHO</i> (quem?)	Quem é o responsável pela execução da ação?
<i>WHERE</i> (onde?)	Onde será realizada a atividade (o lugar)?
<i>WHY</i> (por quê?)	Por que a atividade é necessária?
<i>WHEN</i> (quando?)	Em que tempo será feita a atividade (prazo para a execução)?
<i>HOW</i> (como?)	Como a atividade será realizada?
<i>HOW MUCH</i> (quanto custa?)	Quanto custa executar a atividade? Quais os recursos necessários?

**Fonte:** Adaptado de SEBRAE, 2005.

## 4. Planejamento estratégico situacional em saúde, no âmbito local.

Os métodos e as técnicas que estão no escopo do PES possibilitam a solução de problemas e a melhoria de processos organizacionais. No campo da saúde, sua aplicação objetiva definir ações voltadas às necessidades de saúde da população, de modo a obter melhores resultados sanitários.

A partir da década de 1980, com o processo de descentralização, os municípios assumem a provisão de ações e de serviços de saúde. Considerando diferenças e desigualdades regionais dos territórios e das áreas de abrangências das unidades de saúde, a gestão municipal tem criado e adotado estratégias e instrumentos de parcerias (consórcios e pactos

locais, intermunicipais e inter-regionais) na perspectiva de ampliar a efetividade das políticas, dos programas e das ações de saúde.

No território, o planejamento vincula-se ao conjunto de instrumentos instituídos para o governo e para a política setorial. Os entes da federação (União, Estados e Municípios) possuem definidas suas competências, responsabilidades e seus níveis de decisão, que também determinam sua atuação e os recursos que controlam (elementos que delimitam e articulam a gestão dos sistemas de saúde). Para que a ação pública alcance eficiência, são necessários mecanismos de governança para gerenciar as relações político-administrativas.

O SUS adota o planejamento ascendente com maior participação e compartilhamento nos processos decisórios e protagonismo do nível local de gestão.

### **Sistema Nacional de Planejamento – Planeja-SUS**

Contínuo e transversal às três esferas de governo, articula e integra as ações desenvolvidas no SUS de forma ascendente e solidária. Compatibiliza o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO). Reúne o Plano Intersetorial de cunho orçamentário que inclui o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA); o Plano Setorial direcionado ao planejamento das ações de saúde; o Plano de Saúde que orienta a elaboração do planejamento e orçamento de governo; a Programação Anual de Saúde que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde; e o Relatório de Gestão (anual) no qual o gestor apresenta resultados alcançados com a Programação Anual de Saúde que orienta e redireciona o Plano de Saúde.

As ações planejadas e os recursos vinculados são referência para a verificação dos recursos mínimos definidos em lei e investidos em saúde.

Todos os programas, os projetos e todas as ações no SUS têm orçamento associado. As ações de vigilância em saúde são programadas com orçamento vinculado.



## Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS)

A PAVS integra o processo de planejamento instituído no SUS e deve subsidiar a elaboração da programação anual de saúde.

Foi publicada pela Portaria n. 3.008, de 1º de dezembro de 2009, que define elenco orientador para alcance de metas do Pacto pelo SUS e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, nas três esferas de governo.

A PAVS está organizada em três eixos:

- ações prioritárias, relacionadas aos indicadores ou às prioridades nacionais;
- ações prioritárias segundo critérios epidemiológicos; e
- ações para fortalecimento dos sistemas de vigilância em saúde e sanitária.

A parcela dos recursos para as ações de vigilância em saúde advém de repasses feitos pelo governo federal para os fundos estaduais e municipais de saúde e são de duas ordens: pisos fixos e variáveis. O piso fixo é definido com base num valor *per capita* diferenciado para cada unidade federada e calculado em função da situação epidemiológica e dificuldades para operacionalização das ações de vigilância em saúde. A parte variável é constituída por incentivos financeiros vinculados a determinado programa, por exemplo, para implantação e manutenção de ações

e de serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. Os governos – estadual e municipal – se comprometem com a manutenção do conjunto de ações para os quais os recursos se destinam:

- Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE);
- Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- Apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de "*Aedes aegypti*" provenientes dos diferentes estados do país;
- Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Finlacen);
- Vigilância Epidemiológica da Influenza;
- Ações do Projeto Vida no Trânsito;
- Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde.

O caráter dinâmico do processo de planejamento no SUS considera as ações, as metas e os recursos como elementos da Programação Anual de Saúde e do Plano de Saúde que requerem revisões periódicas. Anualmente, é elaborado Relatório de Gestão com indicações de eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

Compõem o relatório de gestão de cada esfera de governo: as diretrizes, ações e metas custeadas com recursos repassados pelo governo federal inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS); demonstrativos das ações, dos resultados alcançados e da aplicação dos recursos.

O planejamento em saúde visa melhorar o desempenho das políticas, das ações e dos serviços, sendo instrumento que auxilia no reconhecimento e na sistematização dos problemas do território bem como na construção coletiva de soluções para esses problemas.

O pressuposto da participação de diferentes atores sociais é o que possibilita ao PES definir estratégias e ações correspondentes às distintas situações, demandas, necessidades, na perspectiva da solução dos problemas descritos e priorizados e da complementariedade das intervenções.

Como o planejamento não é do planejador (o técnico que orienta metodologicamente), mas sim do sujeito que planeja (atores sociais), o processo de planejamento permite estabelecer, no território, a prática de compromisso e a de responsabilização que envolve equipes de saúde e população.

Para planejar com base no território, é necessário organizar e utilizar um conjunto de instrumentos e sistematizar dados e informações, considerando cada um dos momentos do PES:

- **Momento Explicativo** – Seleção e análise dos problemas relevantes sobre os quais pretende intervir.
  - Levantamento de problemas – atividade desenvolvida a partir de pergunta disparadora, vinculada à situação específica, objeto da análise. Incorpora dados produzidos pelas equipes de saúde (registros dos eventos, identificação das situações de risco e vulnerabilidades socioambientais) para descrever a realidade e analisar as condições de vida e situação de saúde da população no território.
  - Explicação dos problemas – é a identificação de causas, nós críticos e descritores de problemas. Significa identificar aquilo que será alvo de intervenção, uma vez que identificar – e priorizar – problemas não é suficiente para subsidiar plano de ação: o que substantiva um plano é intervir e corrigir nas causas do problema. Problemas, alvo de intervenção no território, são aqueles que estão na área de governabilidade dos atores sociais. A efetividade do plano de intervenção nas causas do problema identificado será medida por meio de descritores.

- Priorização dos problemas – dos problemas identificados selecionar aqueles que os atores sociais que planejam definem como objeto do plano de intervenção. Para cada problema é necessário avaliar: a capacidade (governabilidade) dos atores sociais para intervir e, os recursos disponíveis e suficientes para uma ação efetiva. A priorização de problemas implica escolher o que deverá ser alvo da intervenção e o que não será (processo de inclusão e exclusão) porque o problema não priorizado não é eliminado da agenda. Nesse processo, recursos materiais, financeiros, referentes à pessoa e ao poder (governabilidade) são considerados finitos. Por essa razão, é necessário direcionar a atuação e ações dos atores sociais, envolvidos no processo de planejamento, para problemas de maior relevância (aquele em relação aos quais há capacidade real de intervenção).

A formulação do problema consiste na identificação clara da situação-problema, o que terá consequências em todas as etapas do planejamento. Alguns princípios orientam a formulação do problema:

- Não incluir a solução – *“abandono do acompanhamento de pré-natal”* e NÃO *“falta de controle do grupo de gestantes atendidas no pré-natal”*.
- Formular os problemas de forma a especificar/qualificar o problema – *“Demora na aprovação de processos de compra de materiais específicos”* e NÃO *“Processo de compras”*.
- Identificar problemas existentes no momento do planejamento e não aqueles que podem ocorrer – *“Abastecimento irregular de energia elétrica no posto de saúde”* e NÃO *“Poderá faltar luz”*.
- Especificar o problema e não indicar a falta de algo – *“Demora no atendimento de pacientes graves”* e NÃO *“Falta de classificação de risco no atendimento de urgência”*.

- O problema deve ser o mais preciso possível, e o plano é feito para alterar o problema. Se o problema é impreciso, o plano também o será – *“Agenda de pediatria suspensa dia de terça-feira”* e NÃO *“Agenda de ambulatório suspensa”*.
- **Momento normativo** – Desenho do plano de intervenção. Definição da situação-objetivo ou situação futura pretendida e as operações/ações concretas que visam resultados, tomando como referência as causas (nós críticos).
  - **Definição de objetivo** – é indicar aquilo que expressa a intenção de alterar os descritores do problema. O primeiro passo é definir a situação-objetivo (resultado pretendido, objetivo final). Na sequência, são definidos os objetivos considerando as causas do problema (nós críticos), na perspectiva do alcance do objetivo final definido. Os descritores dos nós críticos são parâmetros, também, para os descritores de resultados, ou seja, para as mudanças que poderão ser alcançadas com as intervenções planejadas. O descritor de resultado é uma medida positiva e servirá para avaliação do plano.
  - **Construção do plano de ação** – momento de definir ações para intervir e solucionar o problema. O plano deve apontar operações e unidades básicas do plano que incidam nas causas dos problemas. As operações devem ser detalhadas em agenda de trabalho, com definição de metas e recursos necessários para a execução. Os recursos são de diferentes ordens: econômica, organizativa, cognitiva, política. Em geral, para quem planeja na área da saúde, recursos econômicos estão entre aqueles à priori considerados “recursos críticos” (aqueles que o ator social não possui e para os quais deve definir operações para sua obtenção). Para cada operação e ação, é definido o responsável para monitorar e prestar contas da execução. A responsabilidade pela operação só pode ser assumida por alguém que

participa do planejamento e implica acompanhamento sistemático (monitoramento) e prestação de contas.

- **Momento estratégico** – Análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva.

A identificação de recursos críticos impõe a definição de estratégias a serem convertidas em operações para viabilizar a obtenção desses recursos, o que comporá um plano específico a ser agregado ao plano geral de ação. O que define as ações e as operações do plano de obtenção de recursos críticos é a análise da motivação e do valor desses recursos para os atores. Para cada recurso crítico, é necessário incluir ações, metas e responsável pela operação. A análise de viabilidade considera os vários atores sociais envolvidos na situação-problema, que podem ter diferentes propostas e projetos para intervir na realidade. Esse fato pode produzir conflito, visto que nem tudo é passível de negociação ou de cooperação. Em todas as três possibilidades (conflito, negociação e cooperação) é necessário definir um conjunto de estratégias para viabilizar a execução do plano.

Essas informações devem ser organizadas separadamente para análise das variáveis e verificação das possibilidades de obtenção dos recursos. Quando é possível aumentar os recursos que o ator controla, inclui-se, no plano, a ação necessária para esse fim.

O resultado da análise de viabilidade poderá indicar a inclusão de outras operações/ações no plano de ação.

- **Momento tático-operacional** – Implementação do plano, monitoramento e avaliação.

A implementação do plano de ação está associada à gestão, ao monitoramento e à avaliação. Este é um processo contínuo e necessita de um sistema de prestação de contas com prazos definidos para apresentar resultados e avaliar ações.

O monitoramento e a avaliação são processos atrelados, no mínimo, a duas variáveis: execução das ações e alteração da situação-problema a ser medida por meio de descritores pré-definidos. A não alteração da situação-problema indica operações insuficientes ou má formulação do plano de ação e a necessidade de reformulação, correção e ajustes considerando os diferentes momentos do planejamento.

As ações de vigilância em saúde seguem orientações de Estado no que tange aos recortes territoriais de planejamento e de gestão. O nível local (município, bairro, área, micro área), como lugar final das intervenções utiliza o PES para conhecer as condições de vida e a situação de saúde dos territórios, organizar e orientar os processos de trabalho de modo a intervir com eficácia e efetividade nos problemas e nas necessidades da população, alocar recursos e acompanhar resultados. Nesse sentido, é processo dinâmico e contínuo para a melhoria da qualidade, garantia do acesso e integralidade da atenção à saúde.

Planejar ações de vigilância em saúde é definir o conjunto de prioridades e estratégias de intervenção no território/área de abrangência da unidade de serviço, setor de atuação do TVS. O modelo lógico e os instrumentos do PES, utilizados pelas equipes de saúde das unidades básicas de serviços nas quais o TVS atua, são incorporados ao cotidiano do trabalho, como dispositivos mobilizadores de pessoas e de recursos (físicos, materiais, financeiros, conhecimentos, ideias, criações) na perspectiva do fortalecimento das ações de vigilância na rede de serviços do SUS.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.008, de 1º de dezembro de 2009. **Determina a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.** Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/arquivo/3053/legislacao](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3053/legislacao)> Acesso: em nov. 2016

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n. 101 de 04 de maio de 2000. **Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.** Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: nov.2016.

GIOVANELLA, L. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico do planejamento em saúde na América Latina.** Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 26-44, 1991.

\_\_\_\_\_. **Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa.** Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 129-153, 1990.

GONDIM, G. M. M., MONKEN, M. **Cidadania, Educação e Trabalho: a experiência do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 1, n.2, p. 35-39, 2003.

MATUS, C. **Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma.** Caracas: Fundación ALTADIR, 1997.

\_\_\_\_\_. **Política, Planejamento e Governo.** IPEA ed.3.Tomo1. Brasília. 1997, p. 60. 1997.

\_\_\_\_\_. **Política, Planejamento e Governo.** IPEA ed. 2 Tomo II. Brasília. 1993.

\_\_\_\_\_. **Política, planificação e governo.** Tomos I e II. Brasília: IPEA, 1993.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud.** Publicación Científica, n. 111, 1965.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento em Saúde na América Latina: Revisão Crítica.** In: Rivera, F. J. U.; Matus, C.; Testa, M. (Org.). Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico. São Paulo: Cortez, 1989, p. 13-55.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo.** In: Francisco Javier Uribe Rivera. (Org.). Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 17-35.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Manual de Ferramentas da Qualidade.** 2005. Disponível em: <[www.dequi.eel.usp.br/~barcza/FerramentasDaQualidadeSEBRAE.pdf](http://www.dequi.eel.usp.br/~barcza/FerramentasDaQualidadeSEBRAE.pdf)> Acesso em nov. 2016

TEIXEIRA, C. F.; JESUS, W.L.A. **Correntes de Pensamento em Planejamento de Saúde no Brasil.** In: Teixeira, C. F. (org.). *Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências.* Salvador: EDUFBA, 2010. p. 33-50.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida.** In: Teixeira, C. F.; Paim, J.S.; Vilasboas, A. L. (org.). *Promoção e Vigilância da Saúde.* Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 59-78.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento Municipal em Saúde.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A. L. **SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, Brasília – DF, v. VII, n.2, p. 7-28, 1998.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação.** Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC, 1995.

\_\_\_\_\_. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

\_\_\_\_\_. **Estrategia, Coherencia y Poder em las Propuestas de Salud.** Parte I. Cuadernos Médico Sociales. Rosario, 1987.

\_\_\_\_\_. **Estrategia, Coherencia y Poder em las Propuestas de Salud.** Parte II. Cuadernos Médico Sociales. Rosario, 1987.