

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP
Departamento de Administração e Planejamento de Saúde - DAPS
Mestrado em Saúde Pública – Sub-área de concentração Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Dissertação de Mestrado

**A PROSPECTIVA ESTRATÉGICA E O PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO ORIENTANDO PROJETOS DE SAÚDE:
*Uma Articulação Possível***

Wagner de Jesus Martins

Orientadora: **Prof^ª Dr^ª Virginia Alonso Hortale**

2º Orientadora: **Prof^ª Dr^ª Elizabeth Artmann**

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP - FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

Março - 2003
Rio de Janeiro - RJ

FICHA CATALOGRÁFICA

Martins, Wagner de Jesus

xxxx A PROSPECTIVA ESTRATÉGICA E O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
ORIENTANDO PROJETOS DE SAÚDE:

Uma Articulação Possível /
Wagner de Jesus Martins

Rio de Janeiro, RJ: [s.n.], 2003.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Virginia Alonso Hortale

2º Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Artmann

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública

DAPS - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde.

1. Planejamento. 2. Cenário. 3. Prospectiva.

4. Gestão. 5. Descentralização

I. Virginia Alonso Hortale. II. Escola Nacional de Saúde Pública.

Departamento de Administração e Planejamento. III.

A Prospectiva Estratégica e o Planejamento Estratégico Orientando Projetos de
Saúde:

Uma Articulação Possível

**A PROSPECTIVA ESTRATÉGICA E O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
ORIENTANDO PROJETOS DE SAÚDE:
Uma Articulação Possível**

**por
Wagner de Jesus Martins**

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP - FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA.

Subárea: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Aprovada em / / por:

- **Prof^a Dr^a Virginia Alonso Hortale (DAPS/ENSP)**

- **Prof^a Dr^a Elizabeth Artmann (DAPS/ENSP)**
- **Prof^o. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera (DAPS/ENSP)**
- **Prof^o. Dr. Ruben Mattos (IMS/UERJ)**
- **Prof^o. Dr. José Noronha (IMS/UERJ)**
- **Prof^o. Dr. Miguel Murat (DAPS/ENSP)**

Agradecimentos:

À minha **mãe**, mulher que sempre se orientou por uma visão de futuro;

Às minhas **filhas** Alana, Anaís e Amanda, que me levam permanentemente ao futuro;

À minha **companheira** e amiga Raquel que, apesar dos desencontros do presente, está

sempre voando ao futuro;

À Lúcia Polônio, grande **amiga** e confidente, a quem sempre pude levar as angústias do

presente para conseguir avançar para o futuro;

Ao meu **camarada** Luis Mergulhão, analista do passado, questionador do presente e

construtor do futuro;

Ao Valcler, **liderança** integradora que possibilitou essa viagem ao futuro;

Aos meus **colegas** da SES que, juntos, construíram as transformações que ficarão no futuro;

Ao meu **mestre** Javier Uribe, que me estimulou com seu pensar futurista;

Às minhas **orientadoras**, Virgínia e Beth, condutoras dos passos que me levarão a um

futuro desejado.

A ciência

“Todos os que pretendem predizer ou prever o futuro são impostores, pois o futuro não está escrito em parte alguma, está por fazer”.

(Michel Godet)

A crença

O Amanhã

(João Sérgio G)

A cigana leu o meu destino

Eu sonhei

Bola de cristal, jogo de búzios, cartomante.

Eu sempre perguntei

O que será o amanhã

Como vai ser o meu destino

Já desfolhei o mal-me-quer

Primeiro amor de um menino

E vai chegando o amanhecer

Leio a mensagem zodiacal

E o realejo diz

Que eu serei feliz

Sempre feliz

Como será o amanhã

Responda quem puder

O que irá me acontecer

O meu destino será como Deus quiser.

RESUMO

Este trabalho discute a articulação dos enfoques situacional e prospectivo de planejamento estratégico, durante a experiência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro que, no período de 1999 a 2002, promoveu a regionalização do Sistema Único de Saúde e a implantação da Norma Operacional Assistência à Saúde. Demonstra como a utilização do planejamento estratégico, além de possibilitar o envolvimento dos gestores e técnicos das 92 Secretarias Municipais de Saúde, também possibilitou a efetiva participação do Ministério da Saúde e de representantes do controle social em espaços complementares aos consagrados na estrutura de gestão do Sistema de Saúde, como a Comissão Integestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde formulando, de forma ascendente, projetos e estratégias.

O Sistema Único de Saúde é apresentado como uma macroorganização composta por diferentes organizações que atuam com elevado grau de autonomia. A partir dessa concepção, discute-se a necessidade de implementação de uma dinâmica de gestão democrática, com mecanismos que visam ampliar a participação social no processo decisório. Evidencia-se que a utilização do planejamento estratégico que conjugue situação atual com análise de contexto futuro poderá desenvolver, nos atores sociais, um modo de pensar que considere as inter-relações sistêmicas, facilitando a aprendizagem organizacional, estimulando o pensamento estratégico e, também, contribuindo para melhorar a comunicação organizacional.

Palavras Chaves: **Planejamento, Cenário, Prospectiva, Gestão, Descentralização**

ABSTRACT

This work argues the articulation between the situational and prospective approaches of strategic planning, during the 1999-2002 experience of the State Secretary of Health in Rio de Janeiro, which set up the regionalization of the Unified Health System and the Operational Norm of Health Care. It shows how strategic planning, besides enabling managers' involvement and technicians from 92 municipalities, also enabled the effective participation of the Ministry of Health as well as of representatives from stakeholders in complementary spaces of the Unified Health System's administrative structure, formulating projects and strategies in an ascendant way.

The Unified Health System is presented as a macro-organization formed by different autonomous organizations. Under this conception, it is argued the need for implementing a democratic management dynamic with mechanisms to enlarge social participation in the decision-making process. A strategic planning that conjugates the current situation with an analysis of the future context will be able to develop, among social actors, a way of thinking that takes into account systemic interrelations, facilitating organizational learning, stimulating strategic thought and contributing to improve organizational communication.

Key words: Planning, Scenery, Prospective, Management, Decentralization.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
I - INTRODUÇÃO	2
ANTECEDENTES DA EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	4
CAMINHOS DA PESQUISA	7
II - METODOLOGIA	11
III- REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE CONFIGURANDO O SISTEMA	14
REGIONALIZAÇÃO DISCUSSÃO CONCEITUAL	14
A DELIMITAÇÃO REGIONAL	17
ASPECTOS FORMAIS DA REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	19
A DESCENTRALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	26
O MODELO DO PASSADO	27
O MODELO DO PRESENTE.....	27
IV - A INTEGRAÇÃO REGIONAL NO SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS	33
A CONSTITUIÇÃO DE UM NOVO TERRITÓRIO/ESPAÇO	33
REDEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO	36
A Organização na Perspectiva Política	40
O PODER NA ATUALIDADE: A GESTÃO PARTICIPATIVA E PLANEJADA.....	40
O PODER NA ORGANIZAÇÃO	45
UMA MACROORGANIZAÇÃO CONCEITUALMENTE	47
O SUS ESTRUTURADO COMO UMA MACROORGANIZAÇÃO	48
A RELAÇÃO DE INTERESSES E OS CONFLITOS NA CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.	49
V- PROCESSO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	53
PLANEJAMENTO COMUNICATIVO NO SUS DO RIO DE JANEIRO.....	53
DEFINIÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE.....	54
CONFERÊNCIA DE SAÚDE.....	55
ELABORAÇÃO DO PLANO PLURIANUAL - PPA.....	56
CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA GERENTES DE PROJETO.....	56
SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO DE PROJETOS	57
DEFINIÇÃO DE METAS SES	58
PLANO REGIONAL DA BAIXADA	58
CONFIGURANDO A ALTA COMPLEXIDADE	60
PROJETOS PRIORITÁRIOS PARA INTERVENÇÃO	61
SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO PARA REGIONALIZAÇÃO	62
SEMINÁRIO ESTADUAL DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE	64
II SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO PARA REGIONALIZAÇÃO.....	65
CICLO DE OFICINAS REGIONAIS PARA PLANEJAMENTO EM SAÚDE - NOAS/SUS	67
CURSO DE ATUALIZAÇÃO DE GESTORES DO SUS	68
RESULTADOS ALCANÇADOS	69
A POLÍTICA ESTADUAL E A SUA RELAÇÃO COM A NACIONAL	70
UM MÉTODO DE PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA PARA O PENSAMENTO SISTÊMICO	71
A SITUAÇÃO COMO ORIENTADORA DA AÇÃO	72
A PROSPECÇÃO REORIENTANDO AS AÇÕES	74

ANÁLISE SITUACIONAL.....	80
PLANEJAMENTO PASSO A PASSO	82
ANÁLISE PROSPECTIVA.....	88
POR QUE A PREOCUPAÇÃO COM A PERCEPÇÃO?.....	90
CENÁRIO PROSPECTIVO PÓS-IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	97
SOFTWARE: LIMITADO, PORÉM ÚTIL PARA AMPLIAR A COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL.	105
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

INSTRUMENTO 1: ANÁLISE DE PRIORIDADE _____	83
INSTRUMENTO 2: MATRIZ DE PLANIFICAÇÃO ESTRATÉGICA _____	84
INSTRUMENTO 3: INSTRUMENTO DE ANÁLISE PROSPECTIVA _____	92
FIGURA 1: CENÁRIO E EVENTOS FUTUROS _____	93
GRÁFICOS DE ANÁLISE DE PERCEPÇÃO _____	95
MAPA 1: PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO _____	938
FIGURA 2: JANELA PARA CADASTRO DE MACRO PROBLEMA _____	108
FIGURA 3: JANELA PARA PRIORIZAÇÃO DE MACRO PROBLEMA _____	108
FIGURA 4: JANELA PARA DEFINIÇÃO DE VETOR DE DESCRIÇÃO DE PROBLEMA _____	109
FIGURA 5: JANELA PARA CADASTRO DE PROGRAMAS _____	109
FIGURA 6: JANELA PARA PLANO DE AÇÃO REGIONAL _____	110
figura 7: JANELA PARA PLANO DE AÇÃO MUNICIPAL _____	111
FIGURA 8: JANELA PARA CADASTRO DE ANÁLISE PROSPECTIVA _____	111
FIGURA 9: JANELA PARA ANÁLISE PROSPECTIVA _____	112

ABREVIATURAS e SIGLAS

- AIS – Ações Integradas de Saúde
- BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
- BIRD – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
- CES – Conselho Estadual de Saúde
- CF – Constituição Federal
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIMS – Comissões Intersetoriais Municipais de Saúde
- CIPLAN – Comissão Institucional de Planejamento
- CONASP – Conselho Nacional Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
- CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde
- CIT – Comissões Intergestores Tripartite
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- COSEMS – Conselhos de Secretários Municipais de Saúde
- CTRS – Comissão de Terapia Renal Substitutiva
- ERJ – Estado do Rio de Janeiro
- GASE – Gestão Avançada do Sistema Estadual
- GPAB – Gestão de Plena de Atenção Básica
- GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
- GPSE – Gestão Plena do Sistema Municipal
- GPSM – Gestão de Plena do Sistema Municipal
- IMS/UERJ – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INCA – Instituto Nacional do Câncer
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Social
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- MS – Ministério da Saúde
- NESC/UFRJ – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro
- NIDE – Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico
- NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLUS – Plano de Localização de Unidades de Saúde
POI – Programação e Orçamento Integrado
PPA – Plano Plurianual
PSF – Programa de Saúde da Família
REFORSUS – Projeto de Reorganização do Sistema Único de Saúde
SECPLAN – Secretaria de Planejamento do Estado
SMS – Secretarias Municipais de Saúde
SES-RJ – Secretária de Estado de Saúde
SAPE – Sistema de Acompanhamento de Plano do Estado
SILOS – Sistema Local de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SPD – Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento
TFGM – Teto Financeiro Global do Município
UNIGRANRIO – Universidade do Grande Rio
VRC – Vetor de Recursos Críticos
VDP – Vetores de Descrição do Problema
ZOPP – Em Alemão – Planejamento Orientado Por Objetivos

APRESENTAÇÃO

Este trabalho pretende contribuir para a discussão do desenvolvimento de uma metodologia de planejamento estratégico que, ao reunir elementos dos enfoques situacional e prospectivo, busque gerar condições para a construção de visão de futuro que sirva como amálgama para a implementação de projetos de mudança organizacional.

Sua elaboração foi fruto da ação prática e da reflexão teórica durante o processo de implantação da regionalização da assistência à saúde no Estado do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2002, atravessando, nesses quatro anos, duas gestões na Secretária de Estado de Saúde – SES-RJ.

O trabalho se divide em cinco partes. Na *primeira parte*, encontra-se uma introdução onde são apresentadas as motivações para esse tão instigante caminho, que é o da utilização de metodologias de planejamento estratégico como motivador humano para mudanças nas organizações utilizando o enfoque prospectivo. Na *segunda parte*, está o roteiro metodológico, o qual possibilitou percorrer os caminhos da pesquisa bebendo na fonte da ação, ou seja, uma articulação teoria - prática que gerou este produto, além de outros que poderão ser úteis no cotidiano organizacional. A *terceira parte* discute os pressupostos teóricos que orientaram os estudos realizados. Nesta, discute-se a evolução do conceito de regionalização e as iniciativas que ocorreram no sistema de saúde brasileiro que, de certa forma, contribuíram para a regionalização da assistência à saúde. A perspectiva foi de articular os conceitos de território/espço ao de descentralização para encontrar, na trajetória de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS os elementos que pudessem relacionar sua estrutura organizacional ao modelo conceitual de macroorganização formulado por Carlos Matus. Discute-se também a introdução de instrumentos de gestão consubstanciados por uma perspectiva política de poder e de relacionamento organizacionais. Na *quarta parte*, descreve-se a experiência realizada pela SES-RJ ao implementar a estratégia de integração regional, discutindo-se os aspectos objetivos e subjetivos gerados no processo de mudança que foi desencadeado. Além disso, apresentam-se os instrumentos que facilitaram sua propagação nas diferentes instâncias do SUS do Estado. Por fim, na *quinta parte*, a título de conclusão, indica-se a utilização do

enfoque como uma possibilidade para o aprofundamento da integração organizacional do SUS e da participação direta dos diferentes atores sociais na tomada de decisão sobre as políticas de saúde do país.

I – INTRODUÇÃO

A saúde como direito de todos e dever do Estado passou a ser um princípio constitucional a partir de 1988, associado a outros três princípios fundamentais que orientam as ações e os serviços de saúde públicos, conveniados e contratados no Brasil. São eles: a integralidade, a descentralização e a participação social (CF, Art. 198). Estes elementos constitucionais orientam a composição de uma rede assistencial descentralizada e hierarquizada.

Objetivando disciplinar o processo de descentralização e consolidar o exercício da função de gestor da atenção à saúde pelo poder público municipal, são estabelecidas as Normas Operacionais Básicas - NOB/93 e NOB/96.

A primeira, reconhecendo a complexidade do processo de descentralização, define mecanismos que possibilitem ao planejamento assumir um caráter integrado e pactuado nos diferentes níveis de governo.

A segunda avança na definição de responsabilidades que cada uma das esferas de governo deve assumir na gestão do sistema. Ambas apontam para a necessária reestruturação do modelo assistencial, que se assenta sobre uma atenção baseada na intervenção aos agravos à saúde.

Dessa forma, ao poder público estadual, enquanto promotor da harmonização, da integração e da modernização do sistema municipal, cabe assumir de forma sistemática a tarefa de desenvolver estratégias que possibilitem ao gestor municipal tomar para si a gestão e a execução dos serviços e das ações de saúde à população de seu município.

O Ministério da Saúde - MS, com a implantação no ano de 2001 da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (Portaria nº 95 do MS de 26/01/2001), resolve reorganizar o SUS, através da regionalização da assistência, e introduzir critérios para a

habilitação dos municípios que, em função de suas capacidades técnica e gerencial poderão assumir determinada condição de gestão.

Essa situação exigiu empenho dos gestores do SUS para possibilitar que os prazos da portaria que estabelece a NOAS/SUS não deixassem de ser cumpridos. Entretanto, muitas foram as dúvidas e questionamentos sobre as possíveis conseqüências para a municipalização e a autonomia de gestão conquistada pelos municípios, levando a dificuldades no processo de implantação da norma, exigindo dos gestores estaduais capacidade de mobilização e de organização.

É certo que, ao longo da última década, o sistema de saúde brasileiro buscou se consolidar atendendo às diretrizes, princípios e fundamentos organizacionais estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e regulamentados pela Lei n^o 8080 e, entre outras, pelas Normas Operacionais Básicas – NOB/93/96.

Esse arcabouço legal deu clareza e instrumentos para a implementação do SUS no país. Porém, como ressalta Mendes (1996:70), os problemas são diversos e “agravados pela brutal e rápida diminuição de seu financiamento”, existência de um *mix* público-privado onde “70% da atenção hospitalar e aproximadamente 50% da atenção em ambulatório são privadas e a parte estatal é atravessada por interesses privados clientelistas e das corporações, o que faz do sistema de saúde brasileiro um caso complexo que tem como desafio conceber, nas três instâncias federativas, novas estruturas e novos métodos de qualidades distintos dos atuais e coerentes com o objeto emergente colocado pelo SUS”. (Idem: 106)

As Normas Operacionais reconhecem que a descentralização não é tarefa de fácil realização, assim como a regionalização, que deve ter um caráter de integração, pois acaba esbarrando na cultura centralizadora das instâncias de governo e no modelo fragmentado das ações programáticas, o que produz a sobreposição de atividades e dificulta o compartilhamento dos recursos levando, na maioria das vezes, ao desperdício.

Antecedentes da experiência do Estado do Rio de Janeiro

O trabalho de Silva & Labra (2001) apresenta um interessante relato sobre a difícil relação que o governo do Estado do Rio de Janeiro - ERJ, gestão 1995 a 1998, estabeleceu com as instâncias de gestão do SUS e as conseqüências disso para a organização do sistema de saúde.

O processo de desenvolvimento do SUS no ERJ nesse período ocorreu em quatro vertentes: (1) âmbito de tomada de decisão; (2) organização das instâncias de gestão do sistema; (3) relação entre as instâncias de gestão do SUS e os entes de governo e (4) tipologia das questões abordadas no processo de implementação do SUS.

Dessa forma, tem-se uma perspectiva de como se encontravam suas arenas políticas (CES e CIB) e o encaminhamento sobre a estruturação do sistema.

No que diz respeito ao âmbito de tomada de decisão, a SES era caracterizada por diferentes atores como autocrática e centralizadora, não compartilhando as decisões com as demais instâncias de gestão do SUS (Conselho Estadual de Saúde - CES e Comissão Intergestores Bipartite - CIB). Vigorava no período, como afirmam as autoras, o “apadrinhamento ou favorecimento de determinados gestores municipais que compartilhavam a mesma postura política do governo” (Idem, 2001:166). Exemplo pode ser dado pela forma como se deu o processo de habilitação dos municípios na NOB 96: em 15 meses todos os municípios estavam habilitados em alguma forma de gestão, o que levou membros do CES a classificarem o processo como “cartorial”.

Segundo as autoras, o período foi marcado pela total desvalorização do CES como articulador das forças sociais para a formulação e deliberação de propostas que contribuíssem com o aperfeiçoamento do modelo assistencial e de gestão do SUS. O CES, como um fórum aberto para diversos segmentos da sociedade e com um caráter político, buscou priorizar as questões de princípios e de diretrizes para o SUS. Dessa forma, pautou suas discussões, durante o último ano do governo, pela necessidade de realização da 3ª Conferência Estadual de Saúde, visando pressionar a SES a mudar sua postura.

Já a CIB, constituída por um grupo mais homogêneo, teve, para as autoras, um caráter mais técnico, posto que as questões políticas exigiam argumentação repleta de

elementos técnicos. Voltava-se para questões operacionais do sistema, principalmente aquelas relativas ao seu financiamento ou à distribuição de recursos pelos municípios (teto financeiro). A habilitação dos municípios era uma preocupação permanente nessa arena.

Ainda de acordo com as autoras, como no período as regras da descentralização não estavam claras e as discussões sobre projetos para o Estado estavam ausentes da pauta, a CIB representava um espaço para reclamação e denúncia, deixando de lado as suas principais atribuições: negociação e pactuação entre os gestores do SUS.

O relacionamento entre as instâncias de gestão do SUS e os diferentes entes de governo era de desconfiança, principalmente por parte do CES, que era sistematicamente constrangido no exercício do controle social, tendo sido suas propostas, referentes à política estadual de saúde, totalmente desconsideradas.

Com uma relação em permanente conflito, a complementaridade entre Conferência, CES, CIB e SES, de forma a possibilitar que as ações fossem convergentes e de interesse geral para que pudessem ser implementadas, não encontrava respaldo no relacionamento interinstitucional naquele momento.

Segundo Silva & Labra (2001:169), como as questões abordadas no processo de implementação do SUS se pautaram por interesses partidários, a descentralização do sistema ocorreu de forma tensa e conflituosa. O governo trabalhava “com a lógica da desativação do setor público, comprando serviços em larga escala do setor privado e privatizando bens públicos, ou seja, caminhou numa direção oposta ao SUS”.

Com a mudança de governo em 1999, a SES/RJ passou a utilizar o planejamento estratégico com enfoque situacional, buscando gerar condições para o estabelecimento de espaços de comunicação que permitissem a construção de consensos sobre a situação do sistema e as formas de enfrentar as dificuldades, envolvendo os diferentes atores sociais que atuam no SUS.

Essa experiência se desenvolveu no âmbito da estratégia de integração regional impulsionada pelo programa de integração dos municípios denominado “Saúde: Estado e municípios juntos superando as desigualdades.”

Esse programa foi selecionado pelo Ministério da Saúde para receber, do REFORSUS¹, apoio como experiência inovadora na gestão SUS. Tinha como diretriz estratégica o fortalecimento da capacidade das regiões de ofertar serviços de média e alta complexidade, através da reorganização da assistência hospitalar, do estabelecimento de fluxos de referência e da ampliação de infra-estruturas para garantia de acesso, com aporte de recursos aos consórcios intermunicipais de saúde.

Para isso, foi implementada uma dinâmica de planejamento ascendente e com forte viés participativo na formulação de estratégias e na definição de prioridades. No que tange às questões internas da SES, essa dinâmica proporcionou maior intercâmbio entre os gestores do sistema, os técnicos das secretarias municipais de saúde - SMS e os diferentes programas da SES.

Esta estratégia, caracterizada como pendular pelos técnicos da SES (Martins, 2002:132), ao atuar nas regiões buscando integrar ações e fomentar políticas, gerou internamente a necessidade de maior comunicação entre os setores e ação conjunta no sentido de atender as questões levantadas nas oficinas de planejamento que foram realizadas.

O Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico – NIDE, constituído em 1999 no âmbito da Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento - SPD, atuava como uma instância de integração entre as diferentes unidades de trabalho da SES.

A partir do enfoque estratégico situacional utilizado pelo governo como um todo e pela SES em especial, o NIDE teve como principal tarefa tornar seus procedimentos operacionais adequados ao grau de complexidade do sistema de saúde, isto é, teve que criar um método próprio para o SUS do Estado.

O NIDE, cujo processo de coordenação se efetua através do ajuste mútuo com foco na missão, era composto por uma equipe técnica que se dividia em dois segmentos: o primeiro era constituído por um pequeno grupo, com vinculação estreita com o

¹ Projeto de Reorganização do Sistema Único de Saúde, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e pelo Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, no valor de US\$ 650 milhões, integra o Plano de Metas do MS e o Programa Brasil em Ação da Presidência da República. O projeto é construído pelo Componente I, de Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS e pelo Componente II, de Promoção de Inovações na Administração do Setor Saúde.

coordenador da SPD; suas tarefas eram desenvolvidas com elevado grau de autonomia e com foco nos resultados. Seu poder de mobilização originava-se na sua capacidade cognitiva de fomentar a integração, de trabalhar em grupo, de se autogerenciar e na sua comunicabilidade.

O segundo grupo era composto por técnicos com atividades em outros setores, indicados para atuar articulados ao núcleo de forma constante, porém não fixa. Seu foco estava no desenvolvimento das estratégias e no alcance dos produtos definidos. Segundo Mintzberg (1995: 99), “espera-se que os instrumentos de interligação sejam utilizados onde a organização não pode padronizar seus comportamentos, mas, em seu lugar, deva confiar no ajustamento mútuo para coordenar suas atividades”.

Observa-se que a atuação do NIDE tem contribuído quer para a incorporação de uma visão sistêmica² dos processos realizados, quer para que o avanço na superação das barreiras provocadas pela fragmentação, assim como, para um maior envolvimento e motivação dos diferentes atores que atuam no SUS. Estes têm, de forma intensa, participado de um processo de aprendizagem não formal, trocando conhecimentos e transformando o espaço comunicacional em espaço de construção coletiva do saber.

O NIDE tem sido responsável pela organização de oficinas de planejamento que chegaram a contar com a participação efetiva de mais de 300 pessoas, sendo também responsável pela criação e adaptação das ferramentas que possibilitaram a incorporação de um grande contingente de técnicos na formulação do plano estadual de saúde e dos demais instrumentos necessários para a regionalização da saúde, como preconiza a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001.

Caminhos da pesquisa

O processo de organização espacial (alocação de investimentos em infra-estrutura e métodos nos espaços sociais para melhorar o acesso, a resolubilidade, a integralidade e a

2 Segundo Senge (2000: 99), uma visão sistêmica permite a construção das inter-relações entre as múltiplas variáveis que se influenciam mutuamente, constituindo-se numa complexidade dinâmica, compreendida por situações onde causa e efeito são sutis e possibilitam intervenções não óbvias. Para o autor, “na maioria das situações gerenciais, a verdadeira alavancagem está em compreender a complexidade dinâmica”.

qualidade dos serviços e produtos) da atenção à saúde da população, atendendo suas necessidades, se coloca como um grande desafio, tendo em vista que ainda não foi possível a superação da lógica de financiamento dos serviços de saúde, que segue a lógica de série histórica de gastos e de produção; logo, associada à capacidade instalada existente, ou seja, os modelos assistenciais estão à mercê de um sistema de remuneração cujo desenho atende muito mais aos interesses estabelecidos a partir da oferta de serviços, “mantendo a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população” (Souza, 2001: 451).

Assim, é possível que as chamadas “Regiões Sanitárias” passem à condição de célula do sistema, onde a integralidade da atenção à saúde será obtida através do fortalecimento da integração regional que, além de facilitar o processo de regionalização, também viabilizará a realização de ações que possam atender as necessidades sanitárias da população e a distribuição territorial em um espaço social e epidemiológico dinâmico, podendo avançar na constituição do federalismo cooperativo³.

Davanzo & Fonseca (2002: 502), falando sobre os pacientes em sua busca de atendimento médico-sanitário, concluem que, apesar do papel exercido pelos importantes centros nacionais ou regionais, onde são altas as capacidades instaladas, “os pacientes do sistema público demandam, sobretudo, centros de maior proximidade geográfica”, o que facilitaria o acesso e, em consequência, poderia atuar na melhoria da integralidade da assistência.

A abordagem do território como espaço social, onde os homens se articulam dialeticamente para configurar seu modo de vida e assim impor uma dinâmica permanente de mudanças no espaço, tende a facilitar essa nova organização.

³ A concepção constitucional do SUS compreende todos os elementos de um verdadeiro federalismo cooperativo: descentralização das ações e dos serviços; cooperação técnica e financeira da União para com Estados e Municípios e dos Estados para com os Municípios; participação da sociedade na definição da política de saúde, através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde; comissões intersetoriais; planejamento ascendente: compatibilização dos planos de saúde municipal e estadual com o planejamento nacional; solidariedade na divisão dos recursos da seguridade social e suas três áreas: previdência, saúde e assistência social; participação da iniciativa privada no SUS; comissões intergestores bipartite; comissões intergestores tripartite. Santos, Lenir. - Procuradora da Unicamp e especialista em Direito Sanitário (Santos, 1998)

Nessa perspectiva, a utilização de metodologia que promova a participação dos diferentes atores sociais que interagem nesse espaço social permitiria a constituição de análise de situação compartilhada. Desta forma, acredito que um outro desafio importante seria a ampliação da capacidade comunicacional dos participantes do processo de análise situacional e prospectiva para o planejamento, o que poderá contribuir para o desenho de projetos coletivos que contenham estratégias que incidirão sobre a organização do sistema e a situação de saúde da população, atendendo as especificidades e o perfil epidemiológico, possibilitando a adoção de intervenções intersetoriais.

O processo de regionalização em saúde no Estado do Rio de Janeiro, alicerçado na estratégia de integração regional em saúde, pode ser apontado como uma experiência inovadora, especialmente por contribuir na superação das históricas limitações quanto a capacidade de planejamento e de regulação da SES, incidindo positivamente na redução da fragmentação dos sistemas municipais e das barreiras de acesso aos usuários de outros municípios, possibilitando a racionalização na incorporação tecnológica aos serviços.

Estes aspectos em estimularam enquanto trabalhador⁴, a uma aproximação da regionalização implementada no Estado do Rio de Janeiro como objeto de pesquisa de modo a evidenciar mais consistentemente seus limites e contradições. Enquanto agente desta política, foi possível enfrentar a aplicação prática de um conjunto teórico do qual me aproximei durante a especialização, desencadeando as perguntas que acabaram por orientar a elaboração desta pesquisa.

A utilização da prospectiva estratégica de Godet (1993), articulada ao planejamento estratégico de Matus (1993), pode facilitar a formulação de planos de saúde ampliando a adesão ao mesmo e contribuir na redução de conflitos nos espaços de decisão política do SUS no Estado?

É possível desenhar, de forma participativa, cenários prospectivos da pós-implantação da NOAS no SUS do Estado do Rio de Janeiro e estes se constituírem na visão de futuro compartilhada pelos órgãos gestores do SUS no Estado?

⁴ *Particpei ativamente, durante pouco mais de três anos, do desenvolvimento da denominada estratégia de integração regional, constituindo junto com diversos atores os caminhos que proporcionou-me conhecimento de diferentes dimensões do SUS no estado.*

O método pode tornar possível a intervenção dos municípios de forma articulada regionalmente (modelo integrado de planejamento) sobre as questões consideradas fundamentais para a construção de uma rede de atenção à saúde que garanta o acesso do usuário aos serviços de sua necessidade, a integralidade das ações, a resolubilidade dos serviços e sua qualidade?

Diante destes questionamentos, a pesquisa teve como objetivo geral analisar a articulação do planejamento estratégico situacional – PES com a técnica de cenários da prospectiva estratégica e sua influência no desenvolvimento da estratégia de integração regional e na implantação da NOAS no Estado do Rio de Janeiro.

Busquei de forma mais específica:

- examinar as relações entre a técnica de cenários da prospectiva de Godet com a do PES de Matus;
- sistematizar os principais problemas detectados na implantação da NOAS;
- verificar se a incorporação dessas ferramentas possibilitou maior influência de atores sociais envolvidos nas decisões.

II - METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com base no enfoque qualitativo, analisando-se o desenvolvimento da estratégia de integração regional na área da saúde no Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, foi considerado “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (Minayo, 1994:22).

Desta forma, foi possível percorrer um caminho metodológico que me possibilitou traçar rápidas considerações a respeito do desenvolvimento histórico do SUS, bem como as relações entre os diferentes atores sociais, conflitos e alianças e a diversidade de visões sobre os problemas categorizados.

Demo (1981) acredita que a prática tende a ser limitante da teoria, pois mesmo quando realizada, dificulta o esgotamento de suas possibilidades. Esta pode ser considerada a chave para a elaboração deste trabalho. Não me foi possível esgotar, nem mesmo aprofundar, importantes questões. Entretanto, uma constante associação da teoria com a ação prática e vice-versa, além de permitir a realização através da articulação conceitual do enfoque situacional do planejamento estratégico de Matus, da prospectiva estratégica de Godet, permitiu o desenvolvimento e a implementação de modelos e instrumentais práticos.

A articulação teórica e prática no decorrer da pesquisa possibilitou-me a aproximação com os principais elementos teóricos da prospectiva de Godet e do Planejamento Estratégico Situacional de Matus, tornando viável o estabelecimento de relações, por não existir incompatibilidades.

Foi também feita uma comparação sobre os fundamentos que orientaram a estratégia de integração regional da SES, verificados através do acompanhamento da sua evolução e relação com os principais elementos da NOAS/SUS.

A coleta de dados realizada junto à SES permitiu a obtenção de informações relativas ao processo de regionalização no Estado e a identificação da concepção que orientou o trabalho. As principais fontes de dados foram:

1. Relatórios das oficinas de planejamento;
2. Plano Estadual de Saúde;
3. Plano Diretor de Regionalização;

4. Plano Diretor de Investimento;
5. Plano de Regulação, Controle e Avaliação;
6. Atas de reunião da Comissão Intergestores Bipartite do período;
7. Atas de reunião do Conselho Estadual de Saúde do período;
8. Cd-rom e filmes produzidos pela SES com os resultados das oficinas de planejamento e textos teóricos de orientação aos participantes.

O enfoque também possibilitou a análise de como a SES coordenou o processo de implementação da NOAS de modo a facilitar o envolvimento, além dos noventa e dois municípios, das instâncias de gestão do SUS, da Comissão Intergestores Bipartite – CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES, minimizando os conflitos.

Utilizei as mesmas doze categorias estabelecidas pela SES, e denominadas de macroproblemas, para estabelecer as classificações dos problemas que foram referenciados pelos atores participantes do processo de implementação da estratégia de integração regional.

A pesquisa, em sua fase inicial, selecionou a bibliografia para análise dos principais elementos teóricos das técnicas de prospectiva (Godet, 1993) e do Planejamento Estratégico Situacional (Matus, 1993). Busquei esclarecer conceitos e relacioná-los de maneira a verificar a existência ou não de incompatibilidades. Este relacionamento permitiu uma comparação analítica sobre os fundamentos que orientaram a estratégia de integração regional da SES.

Analisei a evolução da estratégia de integração regional implementada pela SES, a sua relação com os principais elementos da NOAS e as circunstâncias políticas dos diferentes períodos que balizaram essa intervenção, comparando e relacionando cada momento aos diferentes aportes teóricos que sustentam a pesquisa.

Realizei a coleta de dados junto a SES, para obtenção de informações relativas ao processo de regionalização no estado. Dessa forma pudemos identificar a concepção que orientou seu trabalho, as fontes de dados foram os relatórios das oficinas de planejamento internas e externas e os produtos sistematizados durante a implementação da NOAS: 1) O Plano Estadual de Saúde; 2) O Plano Diretor de Regionalização; 3) O Plano Diretor de

Investimento e 4) O Plano de acompanhamento e avaliação. Os dados categorizados para análise permitiram conhecer os resultados alcançados.

Analisei também as atas de reuniões da CIB e do CES onde verifiquei a posição dessas instâncias em relação ao processo de regionalização implementado pela SES e os posicionamentos a respeito da metodologia utilizada.

Com base na pesquisa de opinião realizada pela SES junto aos gestores municipais para apurar as percepções deles quanto à probabilidade de ocorrência e da pertinência de alguns dos eventos possíveis com a implementação da NOAS no estado, realizei um estudo exploratório, utilizando instrumentos adaptados do método de prospectiva de Godet, para gerar um cenário sobre o SUS pós-implantação da NOAS que talvez possa ser útil na reorientação estratégica do plano de saúde e na formulação de visão de futuro.

Com as mudanças ocorridas na gestão da SES devidas ao processo eleitoral não foi possível verificar se os dados da pesquisa realizada pela SES orientaram a elaboração de cenários e se esses serviram para que os gestores agissem de forma coletiva no estabelecimento de estratégias para a construção de alteração em alguma das previsões de cenários.

Estas estratégias se distribuem por diferentes níveis analíticos como: a relação entre enfoques diferenciados do planejamento, o potencial do método de planejamento participativo para apoiar a construção de consensos e a sua influência na mudança comportamental. Buscando embasamento no arcabouço teórico apresentado e amplamente testado em sua consistência, com esse modelo teórico se observará do interior de um caso único com nível de análise imbricados (Contandriopoulos, 1994: 40), buscando explicar, de maneira ampla, o fenômeno estudado e que o caracteriza, em termos de abordagem, como uma pesquisa sintética.

III - A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE CONFIGURANDO O SISTEMA

Discussão conceitual

Os conceitos de regionalização e hierarquização, como elementos centrais para a ampliação da qualidade dos serviços e a redução de seus custos, vêm sendo incorporados aos estudos acadêmicos e ao arcabouço jurídico do sistema de saúde do país desde a metade da década de setenta.

Na reforma sanitária realizada no país ao longo desse tempo, houve momentos de esforço para realizar uma ordenação das infra-estruturas sanitárias em consonância com os princípios de regionalização e hierarquização, um processo intenso de reorganização do modelo assistencial, entendido como a forma como são combinadas as tecnologias para solucionar os problemas de saúde individuais e coletivos em um determinado espaço-social.

Embora a reorganização do modelo assistencial que estas idéias vêm orientando tenha alcançado avanços importantes, principalmente dentro da reforma sanitária destacando-se a implantação do SUS, significativas dificuldades ainda precisam ser enfrentadas para que se possa efetivamente realizá-la em conformidade com as necessidades sociais.

As necessidades sociais podem ser consideradas através da identificação da situação epidemiológica da população, que é ditada pelo conjunto de condições e estilos de vida dos grupos sociais (realidade sanitária). Esta identificação tem por objetivo viabilizar o princípio da integralidade das ações, onde a demanda espontânea e a oferta organizada estariam compatibilizadas.

O tema regionalização tem sido abordado por diferentes dimensões ao longo dos séculos, desde Roma antiga, quando o império passou a utilizar a palavra *regione* designando área, independente ou não, subordinada a Roma. Neste sentido, o conceito surge quando historicamente se dá a relação centralização do poder em um local e a extensão dele sobre uma área de grande diversidade social, cultural e espacial.(Cunha, 2000).

Segundo o autor, os conceitos de espaço (*spatium*) e de província (*provincere*), também são de natureza espacial, sendo eles vistos como um contínuo. Assim como o

termo província designava as áreas sob controle daqueles que se submeteram à Ordem Romana. Estes conceitos surgem na mesma época, associando-se ao conceito de região, que representava nos mapas a extensão espacial do poder central, sendo que os mandatários locais detinham certa autonomia administrativa, devendo obediência e imposto a Roma.

A queda do Império romano representou a fragmentação regional, a descentralização do poder e a emergência do território regional enquanto estrutura de poder surgindo então o feudalismo, que perdurou durante séculos. A mais forte instituição deste período, utilizando esta configuração de poder territorial, foi a igreja católica, que reforçou o regionalismo como base para o estabelecimento de sua hierarquia administrativa.

Com o surgimento do Estado moderno e a re-centralização do poder, novamente a questão político-regional se estabelece, derivada do problema de tomada de decisão a partir de um *locus* distanciado de áreas periféricas, em que a fragilidade do conhecimento e o domínio sobre questões de especificidade da localidade tornavam o poder central vulneráveis a insatisfações políticas. É então recolocada a questão da antiguidade clássica como revela o autor (Cunha 2000: não paginado) “a relação entre centralização, uniformização administrativa e a diversidade espacial, física, cultural, econômica e política, sobre a qual este poder centralizado deve ser exercido”.

Cunha (2000), citando Iná Elias de CASTRO, pontua três domínios onde está presente a noção de região:

1. **Linguagem cotidiana do senso comum:** tem como princípios a localização e a extensão;
2. **Administrativo:** a região vista como unidade de administração, onde o poder central se reproduz.
3. **Ciência em geral:** a noção de região é ligada à idéia de localização de determinado fenômeno, “área sobre certo domínio ou área definida por uma regularidade de propriedade”.

Castro (1994 *apud* Cunha, 2000: não paginado) considera que a questão não deve ser tratada pela perspectiva de escala espacial, mas pensando-a como “exercício epistemológico de integração e não exercício matemático de representação cartográfico”, já

que o conceito de região envolve sempre um determinado nível escalar, que pode variar de pequenos espaços, como um quarteirão, a um grande espaço, como um hemisfério.

Sendo assim, a escala deve ser vista como uma questão que se define a partir de fenômenos determinados que se pretende integradores. Quero dizer que a integração sócio-espacial não é um mero exercício matemático ou cartográfico: está fundamentalmente ligada à questão de caráter específico que se pretende aglutinar na perspectiva de construir um todo como, por exemplo, aquelas de caráter político, cultural, econômico, epidemiológico, gerencial e ambiental, entre outras.

Dessa forma, é possível se considerar que o conceito de região abrange o de território, pois, ao se analisar ou delinear determinada região, há de ser considerado todas as dimensões caracterizadoras do recorte sócio-espacial, inclusive o territorial.

Assim, utilizada a orientação de Castro (*apud*, Cunha 2000: não paginado) percebo a região como “um acumulador espacial de casualidades sucessivas, perenizadas numa porção do espaço geográfico. Verdadeira estrutura sujeito na relação histórica do homem com seu território”.

Esta forma de perceber a região estabelece uma relação direta entre a forma e o processo de regionalização que, como mencionado por Haesbaert (*apud* Cunha, 2000) transforma-se historicamente, criando e recriando-se na diversidade territorial, o que nos leva a crer que *regionalizar* não é eternizar uma relação espacial, mas sim estabelecer uma integração de entes culturais, políticos, econômicos, etc, a partir dos interesses historicamente constituídos no espaço social.

Com isso, podem ser estabelecidas redes de cooperação inter-institucionais que terão capacidade de enriquecer o tecido social de uma certa localidade. São fenômenos de aproximação social que permitem que se constitua uma forma de coordenação entre os atores que será capaz de valorizar o conjunto do ambiente em que atuam, uma relação com o planejamento significa a potencialização para a inovação e torna o território/região um ator social com força e mobilidade para alcançar resultados que permitirão um melhor e maior desenvolvimento das forças produtivas nela instaladas.

A delimitação regional

Podemos citar aqui alguns dos critérios estruturantes utilizados para o delineamento da regionalização pretendida em processo de planejamento regional (Hilhorst, 1975):

1. **Região homogênea:** baseada na possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes, arbitrariamente especificadas.
2. **Região polarizada:** assume a hipótese da polarização espacial a partir de um campo de forças que se estabelece entre unidades produtivas, centros urbanos ou aglomeração industrial. Aqui a análise de fluxos de produção e consumo, das conexões intra e inter-regionais, assume absoluta relevância porque revela a rede e a hierarquia existente. A região é considerada heterogênea e funcionalmente estruturada, com fluxo de intensidade variada, normalmente convergindo para poucos pólos.
3. **Região de planejamento:** esta deriva da aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento. A regionalização definida a partir deste marco representa uma intencionalidade da autoridade pública, que afirma uma compreensão do território a partir das necessidades de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do Estado ou, por exemplo, da focalização das políticas públicas setoriais em determinada parte do território.

Devemos, contudo, reafirmar a necessidade da adoção de uma concepção que defina o *locus* regional incorporando as relações sociais e a região como produto da divisão social-produtiva, dentro de uma totalidade histórica, como forma social produtiva integral ou como produto da dimensão das relações sociais (Breitbach, 1988).

Sendo de fundamental importância garantir que não haja rigidez na adoção dos critérios delineadores da regionalização e, muito menos, nos mecanismos de gestão pública deste processo, é necessário, então, que as formas flexíveis de gestão e planejamento do desenvolvimento regional sejam permanentemente pactuadas entre os atores sociais que

compõem a rede comunitária de interesses, para possibilitar que esta forma de gestão se responsabilize de fato pela manutenção, aperfeiçoamento e execução da política regional.

No SUS, o conceito de regionalização se confunde com o de Distrito Sanitário (Mendes, 1995), sendo relacionado ao processo de construção de uma suficiência para o sistema de saúde em termos de capacidade resolutive no âmbito de (território-espço-população) uma determinada área, que pode ser constituída por um município, um conjunto de municípios ou bairros, onde determinada densidade populacional, estrutura de produção sanitária e dadas características epidemiológicas associadas configurarão o escopo territorial.

A preocupação é racionalizar a oferta de bens e serviços produzidos pelas estruturas de produção sanitárias que formam o modelo assistencial e se configuram na produção e distribuição dos bens e serviços de saúde gerados em uma dada área, por um determinado grau tecnológico (recursos humanos e equipamentos). Devem ser distribuídos segundo o seu nível de complexidade, articulados com os procedimentos que são necessários aos níveis da atenção à saúde, o que permite uma organização hierárquica da assistência.

Esta hierarquização prescinde de uma integração sistêmica das diferentes estruturas de assistência disponível na área, de maneira a viabilizar a cobertura e acesso da população a todos os bens e serviços necessários para uma atenção integral ao indivíduo.

A integralidade e a funcionalidade do sistema local de saúde (SILOS) para ser alcançadas necessitam de eficiente articulação dos intersistemas regionalizados e municipalizados, para viabilizar a complementaridade que levará à integralidade da assistência. Isso implica em uma pactuação intergestores e com os representantes do controle social e das instituições contratadas e conveniadas, o que requer uma coordenação eficaz para as discussões, de forma a permitir que sejam construídos consensos operativos.

Portanto, o objetivo central da regionalização é alcançar o aumento da cobertura dos serviços (maximizar os resultados), com eficiência na utilização dos recursos disponíveis (otimização da produção), para possibilitar que as diretrizes do SUS sejam alcançadas: universalidade, acessibilidade, integralidade e resolutividade.

Sua implementação esbarrará no processo de descentralização já em estágio bem avançado e encontrará alguma resistência, produzida por incompreensão tanto dos que temem a re-centralização, quanto dos que, por absoluta dedicação aos afazeres, não percebem o processo histórico e tornam rígido e estático um processo que deve ser flexível e dinâmico. A mediação se dará pela via do diálogo, já que nem o freio a um processo exigido pelo momento histórico, nem a acelerada imposição dos servos da máxima eficiência econômica, conseguirão impor suas concepções.

Aspectos formais da regionalização do Sistema de Saúde no Brasil

Lima (1999: 9) define regionalização “como um esquema de implantação racional de serviços e ações de saúde em um **espaço** definido organizado e integrado dentro de disposição hierárquica, que otimize a oferta e aumente sua capacidade resolutive sem sobreposição ou desperdício de recursos”.

Para Dantas *et al* (In: Najjar & Marques, Org., 1998: 101) o espaço está constituído por um conjunto de dois sistemas: o de objetos e o de ações, sendo estes inseparáveis, solidários e com elementos de contradições a eles inerentes que são intencionalmente produzidos.

A organização da estrutura material da sociedade representa o sistema de objetos que está caracterizado por obedecer ao discurso especializado, elaborado em razão de lógica externa; já o sistema de ações está representado pelos fluxos, pelas relações e pelas práticas sociais que operam o material.

Isso permite dizer que a realidade do território não se restringe à distribuição espacial de bens materiais e de fluxo de pessoas. A territorialidade é fruto das articulações de categorias como organização social, onde estão as regras de relacionamento e das configurações e formas, que são os aspectos visíveis, os arranjos ordenados de objetos que se agrupam.

Assim, a questão da regionalização, como dissemos, se relaciona também com descentralização do poder, de responsabilidade, para os governos locais. Quando nos referimos a local, estamos envolvendo escala (tamanho/dimensão), diferença/especificidade, autonomia, nível de complexidade.

A descentralização se caracteriza como um instrumento de transferência de poder, de autoridade e de responsabilidade, entre os níveis de governo na hierarquia federativa e segundo Hortale (1996: 34), esse “processo deve ter flexibilidade da ação governamental, ser encaminhado de forma gradual e progressiva, ser transparente no processo decisório e estimular a criação de mecanismos de controle social”.

Também o relaciono com a idéia de território, porção do espaço onde as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades rotineiras, produzindo e reproduzindo suas relações sociais, numa permanente construção material e espiritual da vida em sociedade. O lugar é a complementaridade das dimensões: localização, interação social, no sentido antropológico e cultural.

Na América Latina, no ano de 1961, durante a conferência de Punta Del Este, iniciam-se as discussões a respeito da regionalização, apontando a necessidade de se estabelecer regiões programáticas e se desenvolver o planejamento com foco nas regiões, indicando a importância dos planos regionais de saúde (Vasconcellos, 1997; *in* Najjar & Marques, 1998).

Segundo esse mesmo autor, na reunião de Santiago, no Chile, em 1970, ministros da saúde dos países da América Latina e Caribe concluíram que o modelo assistencial vigente não estava sendo capaz de garantir uma cobertura universal e absorveram os conceitos de regionalização, hierarquização e integração dos serviços como diretrizes para a reestruturação dos modelos assistenciais.

Cinco anos depois, o Brasil incorporou estes conceitos na constituição do Sistema Nacional de Saúde, através da lei nº 6.229/1975 que, entre outras questões, definia a política institucional integrada, inter e intragovernamental; a integralidade da atenção à saúde, articulando promoção, prevenção e recuperação da saúde; a organização da assistência hospitalar considerando a regionalização e a hierarquização.

A partir dessa determinação, o decreto 78.307/1976 implanta no país o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que orienta investimentos na ampliação da cobertura assistencial através da instalação de rede de unidades de saúde em áreas rurais. Os módulos básicos vão para o interior e os centros de saúde na sede do

município, as regionais, são os instrumentos de coordenação dos relacionamentos e das vinculações de caráter hierárquico por nível de complexidade.

O PIASS tinha também, como uma de suas diretrizes, a regionalização que integrava a idéia de descentralização do poder decisório; a desconcentração dos recursos e atividades para as regiões e a hierarquização das unidades de saúde pelo nível de sua complexidade, que deveria ser crescente.

Também estava expresso que o planejamento deveria seguir a lógica da integração das ações de saúde e seria realizado de maneira ascendente, considerando-se as necessidades da população.

Seguindo a mesma lógica, em 1977, através de uma articulação intragovernamental que reuniu o Ministério do Trabalho e Assistência Social e Secretaria de Planejamento da Presidência da República dá ao Instituto Nacional de Previdência Social – INPS e ao Instituto de Pesquisa Econômica e Social – IPEA, foi implementado o Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS).

Também com base na regionalização, foi elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Previdência Social o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Plano CONASP): o foco do plano estava na racionalização do atendimento ambulatorial e hospitalar.

O Plano CONASP conseguiu articular trinta e três projetos. Entre eles, as Ações Integradas de Saúde, que deixaram de ser projeto para assumir a condição de estratégia de ação para o plano, e o projeto de regionalização e hierarquização, instituído pela portaria MS/SSM nº 210/ 82. Ambos estabeleciam áreas programáticas e gerenciais regionalizadas, a hierarquização dos serviços e a sua integração.

As Ações Integradas de Saúde – AIS, efetivadas durante o período de 1983/1986, com institucionalização a partir da RS CIPLAN nº 6/84, eram uma estratégia que tinha como característica básica a integração programática das instituições públicas de saúde dos diferentes níveis de governo.

Com o propósito de fortalecer as secretarias estaduais enquanto coordenadoras dos sistemas estaduais de saúde, foi desenvolvida a reorganização das ações e serviços de saúde

por meio da regionalização e da hierarquização. Foi também significativa sua contribuição para o processo de democratização da tomada de decisão, através da constituição da Comissão Interinstitucional de Saúde nos diferentes níveis de gestão, que incorporava representações da sociedade civil.

Lucchese (1996: 86), ressalta que as AIS tinham como “metas o desenvolvimento de um processo integrado de planejamento, programação e acompanhamento da rede de saúde, para reforçar os mecanismos gerenciais locais, bem com a efetiva descentralização do processo decisório”.

Entretanto, mesmo com adesão de 665 municípios às AIS, o que significava 70 % da população do país, essa estratégia não foi capaz de superar os limites institucionais do antigo sistema, já que os superintendentes regionais do INAMPS não se engajaram de forma efetiva na sua implementação, consideravam as AIS como mais um programa que estava restrito a se relacionar com as secretarias apenas no *limite da compra de serviços*, o que na verdade, em parte, era fruto de posicionamento ideológico contrário à reestruturação do sistema.

Para Mehry (1989: 93), era mais do que isso. A estratégia continha problemas em sua lógica interna devido à sua inserção em uma proposta de reforma conservadora, que buscava proporcionar condições para a convivência sistêmica de um *setor público planejável com um mercado* que viria, segundo o autor, a ser dominante e usufruir intensamente do sistema, já que, apesar das mudanças ocorridas com a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS, nas relações público-privado no que diz respeito ao financiamento, que “melhorou seus mecanismos de controle de repasse e gastos entre o setor público e privado, mas não vem, com isso, mudando a direção do sistema como muitos afirmam, mesmo que provoque rearranjos favoráveis à monopolização e modernização no setor privado”. (*op. cit.* 94).

Em texto publicado em 1991, Hésio Cordeiro diz: “Este modelo organizativo do setor e a estratégia das AIS ainda não dariam conta da globalidade do projeto da unificação do sistema de saúde” (Cordeiro,1991:91). Portanto, para se buscar manter a coerência da proposta do movimento sanitário, foi desencadeada uma articulação interinstitucional que

envolveu organizações governamentais e não governamentais ligadas ao movimento sanitário, no sentido de pressionar o governo para efetivar a descentralização.

Ainda sob a condução das forças políticas que implementavam as AIS, que tinham como objetivo a conquista de apoios para a implementação de mudanças de maior profundidade no sistema de saúde do país, foi instituído, pelo Dec. nº 94.657/1989, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS, uma *estratégia-ponte* para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços que atuaria de forma gradual, enquanto não se concluída a Assembléia Constituinte (Cordeiro 1991: 91).

O SUDS também reforçava a utilização de instrumento para a integração dos vários níveis de governo através da integração do planejamento, programação e orçamentação o que, para os autores da proposta, constituía um avanço na medida em que possibilitava que instituições diferentes pudessem integrar seus recursos físicos, financeiros e humanos em um orçamento unificado para a realização de atividades que se colavam como estratégias segundo uma visão coletiva.

Os condutores dessa política, considerando-a como elemento de inovação, admitiram a existência de pelo menos um ponto que enfraquecia a proposta, permitindo que os críticos dificultassem sua implementação: o mecanismo jurídico-institucional que sustentava as relações interinstitucionais, principalmente no que diz respeito ao repasse financeiro que continuava sendo feito por convênio, o que gerava a suspeita, entre seus opositores, de que em alguns casos o clientelismo pudesse prevalecer.

O instrumento de Programação e Orçamentação Integrado – POI, teve sua implementação iniciada a partir de 1985, e foi institucionalizado em 1988, com a proposta de Plurianualidade – PPA (88-90).

Sua implementação exigia a associação com as diretrizes da descentralização, da participação social, da regionalização e da hierarquização. Esperava-se conseguir que a execução do orçamento, apesar de integrado, fosse realizada de forma descentralizada, que o pagamento da unidade de saúde passasse a ser feito por mecanismos de pactuação de metas, e que a diversidade do espaço social, tanto local quanto regional, pudesse orientar a constituição de modelos assistenciais com base no conceito de distrito sanitário, *lócus* onde

as diferentes unidades de saúde seriam ordenadas segundo o seu grau de complexidade, devido à incorporação de tecnologia no seu processo de produção.

Consolidada como diretriz na Constituição Federal – CF, de 1988, a regionalização passa a ser um preceito constitucional inserido no art. 198: “As ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...”.

Essa diretriz é transposta para a Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8080/90. No artigo 8º se lê que “As ações de saúde executadas pelo SUS serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em nível de complexidade crescente”. Torna-se assim um princípio estruturante da política de saúde do país (Lima, 99).

Já na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1993 – NOB/93, a regionalização assume um caráter dialético e social, quando define que a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxos, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Esta Norma aponta para a necessidade de se estabelecer mudanças no federalismo brasileiro de um caráter centralizador para um de caráter mais cooperativo.

O foco da normalização está no processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e visa, principalmente, reformar o modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar individual, dita a-sistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, para um modelo de assistência integral, universalizado e equânime, regionalizado e hierarquizado.

O Sistema Único de Saúde, então, assume, de forma clara, a característica de uma organização social responsável pela manutenção da saúde dos habitantes do país, que deve operar de forma desconcentrada (transferência de autoridade administrativa) por níveis de responsabilidades, com autonomia e integração em rede hierarquizada, que deve ter sua organização baseada na regionalização.

Como a descentralização, nesse caso, não significa apenas a transferência de poderes, mas também a capacidade de execução de atividades pelos municípios, reforça-se

a necessidade de redefinição do papel de cada ente federado, não somente no que diz respeito a suas atribuições, mas fundamentalmente, no aspecto fiscal.

A NOB/96 reforça a idéia do federalismo cooperativo, estabelecendo critérios de relacionamento entre as esferas de governo e as instâncias de negociação e pactuação de políticas, reforçando também a necessidade de se atuar de forma regionalizada na organização dos serviços e ações de saúde.

Apesar das NOB's avançarem no processo de descentralização no que diz respeito ao financiamento por mecanismos de transferência "fundo a fundo" aos sistemas municipais de saúde, ainda não gerou condições para o desenvolvimento de iniciativas próprias e singulares que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais.

Viana e Dal Poz (2001: 15) nos faz lembrar de que, ao assumir a configuração de um federalismo cooperativo, o SUS passa a ser constituído de distintos entes governamentais, que realizam diferentes ações as quais se adaptam segundo a necessidade de otimização dos recursos disponíveis no *locus* regional.

Isso, portanto, impõe que as relações intergovernamentais sejam do ponto de vista do financiamento, da administração ou da política, possam ser realizadas de forma cooperativa para que permitam o equacionamento de problemas.

Aqui se introduz a categoria participação como elemento fundamental para a democratização política e a melhoria da efetividade das ações realizadas. Essa participação pode ser de grupos de interesses de sujeitos sociais coletivos, dos usuários segundo o propósito, mas deveria garantir a intervenção democrática dos interessados sobre um dado plano no processo de tomada de decisão, articulando a democracia de base com a democracia representativa do nível superior, assumindo um caráter dialógico que possibilitasse a cooperação na gestão pública (Hortale, 1996).

Essa mesma autora cita Jacobi (1991:37 *apud* Hortale, 1996) para indicar alguns dos problemas que essa prática enfrenta para ser operacionalizada: “a falta de agilidade nas decisões, o problemático compromisso do corpo de funcionários e, principalmente, a ausência de critérios de representação e canais administrativos que garantam a interação com os grupos mais organizados e com os movimentos populares”.

Tendo como base as idéias do ex-ministro do governo Allende, o economista chileno Carlos Matus (1996 a), podemos afirmar que o SUS se caracteriza por ser uma macroorganização, onde diferentes sistemas microorganizacionais (ministério, secretarias de saúde dos Estados e dos municípios, prestadores públicos e privados são alguns dos exemplos) operam no mesmo espaço institucional, sendo que cada jogador (organização) desfruta de um significativo grau de autonomia e suas relações hierárquicas são fracas e os jogadores se transformam em atores sociais que reúnem diferentes recursos de poder para atuar segundo seus interesses.

Sendo assim, um método de planejamento para a organização desse sistema deve seguir, como orienta Mario Testa, *apud* Rivera (1989: 85), o postulado de coerência que é a relação entre propósitos, métodos para alcançá-los e a organização da instituição que se encarrega de realizá-los.

Este método parece importante porque as novas tendências do sistema, orientadas pela edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002), pelo Ministério da Saúde, privilegiarão a região como *locus* importante de gestão do SUS e a integração supramunicipal para a implementação das atividades de atenção à saúde, indo dessa forma, ao encontro da idéia de Mendes (1996): a organização do SUS deve ser intermunicipal, a fim de possibilitar melhoria na racionalidade do sistema.

A Descentralização no Sistema de Saúde Brasileiro

Passo aqui a refletir, rapidamente, sobre o processo de descentralização implementado no Brasil no âmbito da reforma sanitária que, com o fim do regime autoritarista, começou a se delinear.

Para tanto, tentarei clarear o significado de descentralização, buscando em Hortale (1996), referências que possam ajudar na tradução desse conceito, relacionando-as aos diferentes desenhos de estratégias, concretamente operacionalizadas para possibilitar a distribuição de poder, visando a modernização das instituições, tornando-as mais autônomas para decidir sobre seus rumos político-administrativos de forma a permitir o desenvolvimento de projetos alternativos em nível local.

O modelo do passado

No Brasil, entre as décadas de 60 e 80, o sistema de saúde encontrava-se altamente centralizado, o nível federal detinha o controle dos diferentes focos de intervenção sanitária, segundo a caracterização de Lobato (2000), que considera as relações de financiamento dos serviços. O sistema era formado por três subsistemas:

Subsistema público por contrato: Financiado através de contribuição compulsória relacionada à renda, os provedores são contratados por entidades públicas por unidades de serviços *per capita*. O governo é o principal provedor. Exercido pelo INAMPS, responsável pelo financiamento e regulação da provisão de assistência médica individual à ***população segurada***. 90% de todos os serviços médicos prestados pelos Estados eram, direta ou indiretamente, ligados ao INAMPS.

Subsistema público integrado: Financiado através de contribuição compulsória relacionada à renda, os provedores são pagos por salários ou orçamento. Exercido pelos três níveis de governo, fundamentalmente de responsabilidade do Ministério da Saúde, que cuidava das ações de saúde coletivas que visavam prevenir e dar assistência às doenças crônicas e infecciosas através de uma estrutura departamentalizada e com alto grau de centralismo, que mantinha relação hierarquizada e burocrática com os provedores.

Sistema voluntário por contrato: Similar ao seguro de grupo, os provedores são pré-estabelecidos e dependentes da capacidade de pagamento individual ou do grupo. Formado por grandes empresas públicas ou privadas que resolvem prover assistência a seus empregados e suas famílias, através da contratação por pré-pagamento *per capita* de grupos médicos como provedores. Pouco expressivo na época.

O modelo do presente

Este modelo, a partir do final da década de 80, com a aprovação da nova Constituição Federal (1988), sofreu significativa mudança na sua estrutura organizacional através da gradual unificação do subsistema público por contrato e do subsistema público integrado, formando o atual Sistema Único de Saúde que se diferencia especialmente pela universalização de seu atendimento, pela integração de suas ações e, fundamentalmente, pelo modelo de gestão descentralizado e participação social em sua gestão.

Um dos objetivos da reforma sanitária é de que os municípios possam assumir de forma direta a provisão da assistência à população de seu território; sendo assim, todos os entes federados que compõem o subsistema público por contrato, considerados financiadores, pois devem se responsabilizar de forma solidária pelo pagamento das ações e dos serviços, são também provedores, pois possuem rede assistencial de complexidade relativa ao seu nível de responsabilidade.

Apesar da participação solidária no financiamento, o nível federal detém a maior parcela, sendo necessária a descentralização, com repasse aos níveis periféricos do sistema, dos recursos equivalentes as suas novas responsabilidades.

É interessante atentar para o fato de que o processo de descentralização do sistema pode não significar alteração de suas bases política, econômica e ideológica (Hortale, 1996), mas pode se instituir como uma forma jurídica que explicita o pluralismo de poder, possibilitando a expressão dos diversos níveis de decisão de maneira autônoma e independente do centro.

Referindo-se ao alerta de Coraggio (*apud* Hortale, 1996:31), a autora aponta o risco inerente ao processo de descentralização de permitir uma fragmentação das estruturas decisórias o que, segundo ela, poderia agravar a situação de “ingovernabilidade” nos sistemas nacionais.

Talvez não seja tão relevante esta preocupação na atualidade, já que a fragmentação organizacional ocorre independente do grau de descentralização decisória. Digo isso pois, com a velocidade dos processos ampliada pela incorporação de tecnologias, que automatizam quase tudo, os centros operacionais necessitam, a cada dia responder com maior agilidade às demandas. O foco gerador de valor não é mais o trabalho manual e sim, o intelectual. O conhecimento é o fator organizacional de maior valor, caracterizando-se por ser um atributo da consciência humana que somente vem à tona por vontade de seus detentores, o que requer estímulos convenientes de motivação que libere a criatividade e a inteligência.

Morgan (1996: 103) diz que: “a descentralização constitui um estímulo para a motivação. As pessoas criativas e inteligentes exigem amplo espaço de manobra. ...Essa motivação é crucial em serviços profissionais”. Desta forma, podemos perceber que a autonomia de decisão sobre a alocação de recursos e a direcionalidade dos processos, tornou-se fundamental.

Matus (1995) coloca como essencial a adequada distribuição dos problemas pelos diferentes níveis organizacionais, de forma que cada problema possa ser processado onde tenha alto valor estratégico. Morgan (1996) pondera que talvez o erro mais comum cometido na estruturação organizacional seja a centralização da tomada de decisão, devido à limitação que o centro decisório tem de se apropriar de todas as informações necessárias para a tomada de decisões de forma eficaz.

O Brasil, que construiu gradual e progressivamente seu processo de democratização, desenvolveu, no setor saúde, como mencionado por Jungueira (1988), e Inojosa (1990) (*apud* Hortale, 1996), um *processo dinâmico* de transferência de poder para os níveis estadual e municipal de governo, caracterizado num *continuum* entre o pólo de poder centralizado e o descentralizado.

Em 1993, após a extinção do INAMPS, é publicada a Norma Operacional Básica, que normaliza o processo de descentralização do sistema de saúde, modificando o formato até então vigente, onde os subníveis de governo deixaram de ser apenas repassadores de recursos do governo federal para os provedores, assumindo autonomamente sua responsabilidade por cuidar da saúde de seus cidadãos.

A NOB 93 definiu os mecanismos de transferência dos recursos através de vínculo dos entes de governo a uma das condições de gestão, que se associava a um conjunto de responsabilidades específicas, sendo elas: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semi-plena.

Essa NOB prevaleceu até 1997, quando a NOB 96 tornou-se a referência normalizada do processo de descentralização, regendo de forma mais direta a transferência de recursos financeiros, associando essa ao fomento da atenção básica e à construção de um novo modelo assistencial, via o incentivo a determinados programas de saúde.

Esta NOB altera as condições de gestão, definindo para os municípios as condições Gestão Plena de Atenção Básica - GPAB e Gestão Plena do Sistema Municipal - GPMS e para os Estados, as condições Gestão Avançada do Sistema Estadual – GASE e Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSE. Em cada uma delas, os entes federados assumem um determinado grupo de responsabilidade, sendo:

GPAB – Responsabilidade sobre a atenção básica de assistência à saúde.

GPMS – Responsabilidade por toda a assistência à saúde, inclusive as ações de caráter coletivo. (Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM)

GASE – Responsabilidade pela coordenação e gestão do sistema de referência.

GPSE – Além da responsabilidade anterior, assume de forma direta o controle e o pagamento dos provedores de serviços. (dos prestadores de serviços localizados nos municípios que não estejam em gestão plena do sistema municipal ou dos serviços colocados sob administração do estado por decisão da CIB)

Até o ano de 2.000, dos 5.450 municípios, 99% estavam habilitados em alguma condição de Gestão Plena sendo que 523 (9,4%) se habilitaram em Gestão Plena do Sistema Municipal, representando cerca de 61% dos recursos de custeio transferido “fundo a fundo”, sendo 99,7 % de cobertura da população brasileira, isso, “estimulou maior autonomia ao administrador municipal” (Viana, 2002:476).

No ano de 2.001, o Ministério da Saúde, após discussão com as diferentes representações das esferas de governo, publicou a Norma Operacional da Assistência – NOAS/SUS/2001, que regulamenta o processo de regionalização da assistência à saúde fortalecendo o processo de descentralização da gestão. A NOAS insere ao conjunto de habilitações já descritas, a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, que estabelece a responsabilidade do município por um conjunto ampliado de ações básicas de saúde, que devem ser garantidas para os seus municípios e para os municípios dos municípios a ele adstritos, no caso de serem sede de módulo assistencial.

De certa forma, esse *continuum* também pode ser percebido como uma re colocação de um novo entendimento da federação, fundado na cooperação e na integração e não na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades, como disseram os Ministros da Saúde e da Previdência Social, na exposição de motivos nº. 31, de 10/07/1987 (*apud* Noronha e Levcovitz, 1994: 87)

Isso vai ao encontro do que nos apresenta Hortale (1996), quando, fazendo referência a Motta, diz que no plano da administração pública “a descentralização poderia se caracterizar enquanto um instrumento de transferência de poder, de autoridade e de responsabilidade, que ainda estariam localizados nas instâncias superiores.”

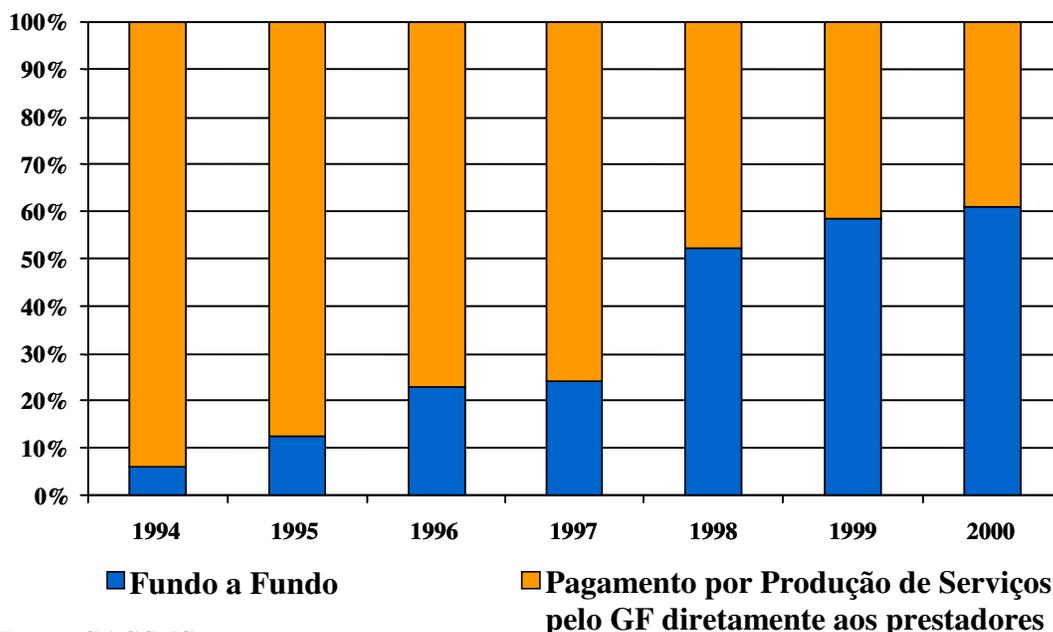
Luchesse (1996), ao tratar da descentralização da saúde impulsionada pela implementação do SUS, considera que o controle social e a democratização do processo decisório seriam essenciais para a reestruturação setorial e que a descentralização do Sistema de Saúde e a participação social na sua gestão seriam os elementos que garantiriam o seu alcance.

Portanto, assim como Borja (*apud* Hortale, 1996), a autora coloca o processo de descentralização como o impulsionador da democracia, onde estruturas autônomas poderiam exercer suas competências sob gestão de um sujeito coletivo, delimitado e circunscrito territorialmente. No caso do SUS, a municipalização determinaria essa limitação da unidade territorial.

Não se deve confundir descentralização com participação ou participação com descentralização. Descentralização é o meio para se possibilitar a participação, diria Borja.

No Brasil, a descentralização da saúde tem buscado ampliar a autonomia administrativa dos entes estaduais e municipais, permitindo que esses pudessem decidir sobre as políticas de saúde mais adequadas, para seu território, alocando os recursos de forma a maximizar seus resultados *o gráfico 1*, mostra a transferência de recurso do governo federal para os demais entes de governos, um processo gradual de ampliação da autonomia de ação, já que uma parcela desse recurso tem destinação previamente definida pelo governo federal (exemplo: os recursos do PAB fixo que, tem várias restrições no uso dos recursos).

Percentual de Recursos Federais para o Custeio da Assistência, segundo Modalidade do Pagamento- Brasil , 1994 a 2000



Fonte: SAS/MS

Gráfico 1: Percentuais de Recursos Federais para o custeio da Assistência

A dinâmica social que se desenvolvia no contexto de implementação da reforma sanitária brasileira criou condições para que a democratização, a descentralização e a liberdade não ficassem somente no plano conceitual, possibilidade considerada por Baêta (*apud* Hortale, 1996).

Uma marca significativa do momento de mobilização e participação efetiva da sociedade na definição dos rumos para a política de saúde no país foi, sem dúvida, a VIII Conferência Nacional de Saúde – VIII CNS, realizada em 1986, que contou com a participação de cerca de 4000 pessoas, representando diferentes segmentos da sociedade civil e do poder público, após um amplo debate realizado país afora, através das Pré-Conferências Estaduais de Saúde. Cordeiro (1991:83) considerou que a “VIII Conferência Nacional de Saúde consagrou o direito à saúde como um direito de cidadania universal, garantido pelo Estado e expressão das lutas e conquistas sociais.”

IV - A INTEGRAÇÃO REGIONAL NO SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

A constituição de um novo território/espaço

Com a transferência da capital do país para Brasília em 1960, é criado o Estado da Guanabara, que ocupa o território do município do Rio de Janeiro, configurando-se como um Estado política e economicamente, tornando-se também centro irradiador de cultura para o país como um todo.

Durante quinze anos, o Estado da Guanabara resistiu às forças contrárias à sua existência. Entretanto, tendo ele se destacado com um dos mais atuantes, no que diz respeito ao enfrentamento das políticas emanadas do Governo Federal no período autoritário do pós-1964, não resistiu ao movimento das forças favoráveis à fusão dos Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, que aprovaram, em 1974, a Lei Complementar nº 20, que estabeleceu a fusão dos dois Estados (Parada, 1997).

Para Noronha e Levcovitz (1994, 75), o período até 1974 foi marcado pela “lógica do regime militar de quase completa destruição da autonomia dos governos subnacionais, induzindo o fenômeno da “*desmunicipalização*” dos serviços públicos...Também os Estados passam a funcionar como agentes meramente complementares do poder central.”

Para que não se tornassem claros os objetivos de reduzir o poder da oposição que crescia no Estado da Guanabara, os representantes do regime militar utilizaram, entre outros, um argumento técnico de grande força, que justificaria a aprovação da fusão: o fato do Estado da Guanabara estar cercado por cidades pertencente ao antigo Estado do Rio de Janeiro, utilizada pela população somente como dormitório e exercendo grande parte de suas atividades de produção e consumo no município do Rio de Janeiro, capital da Guanabara, formando uma enorme região metropolitana com dificuldades de integração político-institucional.

O município do Rio de Janeiro, devido à sua história de capital da república durante muitos anos, tornou-se sede de vários órgãos públicos e propiciou um fluxo de investimentos que permitiu um rápido e desigual desenvolvimento econômico em relação

ao resto do Estado e mesmo esse crescimento estimulou a migração para suas áreas periféricas de um enorme contingente populacional, formando as cidades que hoje compõem a Região Metropolitana, altamente urbanizada e com sua economia concentrada nos setores secundários e terciários.

O município do Rio de Janeiro tornou-se o pólo onde se concentra a renda e a infra-estrutura urbanas, enquanto as demais cidades sofreram com o acúmulo de problemas sociais provocados pela extrema pobreza de sua população que, em sua maioria, serve de mão-de-obra barata para as empresas instaladas na atual capital do Estado do Rio de Janeiro.

Com a fusão, foi criada, para gerir a saúde do Estado, a chamada “Secretaria da Fusão”, uma secretaria de saúde de um Estado política e economicamente mais fraco, o ex-Estado do Rio de Janeiro, que absorveu a secretaria de saúde do antigo Estado da Guanabara, política e economicamente mais forte, que trouxe consigo um conjunto de complexas unidades hospitalares, dentre elas algumas com perfil de atendimento regionalizado. O município reuniu a maior rede de unidades hospitalares próprias do país.

Novos desafios e responsabilidades foram incorporados ao cotidiano de técnicos que tinham um traço cultural prevalecente definido como paradigma central-verticalista do sanitarismo campanhista, que privilegiavam as ações de saúde pública ligadas diretamente aos programas do Ministério da Saúde (Mendes, 1996).

Características desse modelo: “forte centralização administrativa; estrutura departamental rígida e tematizada; execução de ações verticalizadas com decisão e normalização centrais e atividades-fins realizadas por campanhas ou por unidades de saúde especializadas; e isolamento institucional expresso numa divisão de trabalho em que as instituições estatais só trabalhavam o objeto *saúde pública*.” (Mendes, 1996: 108).

Com base nesse modelo, a SES deu início ao processo de regionalização em saúde quando, em 1975, o Estado é dividido em cinco regionais de saúde, com estruturas organizacionais instaladas nos municípios consideradas pólos: são as Coordenadorias Regionais de Saúde.

Portanto, o objetivo seria disseminar, de forma organizada as ações de saúde pelo interior do Estado; para isso, estabeleceu-se como critério de localização das CRS, a acessibilidade. Assim, tornaram-se pólos regionais os municípios de Campos, na região Norte; Macaé, na região da Baixada Litorânea; Friburgo, Serrana e Vassouras no Médio Paraíba (Parada 1997). A própria SES, na capital, se responsabilizaria por acompanhar a região metropolitana e o Litoral Sul.

Isso já é reflexo da incorporação dos conceitos de regionalização, hierarquização e integração dos serviços, estimulados pela constituição do Sistema Nacional de Saúde.

No interior, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) ajudou a formar uma capacidade instalada que reunia centros de saúde em cada distrito-sede do município e uma quantidade de postos de saúde espalhados pelos demais distritos, segundo o tamanho de sua população.

Entretanto, devemos ressaltar que os municípios do interior, em sua maioria, não detinham a posse dos equipamentos de saúde, já que não tinham responsabilidades definidas com a saúde. Sendo assim, a sua responsabilidade de cuidar da saúde dos munícipes que ali habitavam ficava por conta das instâncias de governo que tinham alguma atuação no território municipal, com a Previdência cuidando da assistência curativa e o Ministério da Saúde da prevenção, enquanto o Estado atuava como operador das políticas definidas pelo MS.

Para coordenar as ações de assistência médica, o INAMPS mantinha no Estado uma Superintendência Regional que cuidava das unidades próprias, das contratadas e das conveniadas. Já o Ministério da Saúde deixou um escritório de representação para coordenar suas ações programáticas que eram realizadas, sobretudo, nos equipamentos próprios do Estado e nas unidades especializadas.

Para que fosse possível a operacionalização das mudanças decorrentes da fusão que criou um Estado relativamente fraco e um município-capital relativamente forte, com secretarias de saúde que competiam pelo poder, foi constituído um grupo de trabalho que, em função da intensa disputa, não conseguiu definir de forma ideal os perfis das unidades de saúde que comporiam as redes do município e do Estado.

Apenas se conseguiu distribuir, de forma racionalizada, as unidades com características voltadas para a referência estadual, que passaram para a gestão do Estado do Rio de Janeiro. Já aquelas em que prevalecia o atendimento à população local foram mantidas sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Com dificuldades de ordem cultural para superar a ação privilegiada no campo da assistência de caráter preventivo, com a escassez de recursos financeiros (Parada (1997) informa que a proposta orçamentária encaminhada ao parlamento estadual, destinava apenas 3% para a saúde), a SES teve problema para assumir suas novas responsabilidades e conduzir políticas públicas que viabilizassem a integração de recursos dos diferentes níveis de governo.

A SES enfraquecida, a não mudança no modelo assistencial no município do Rio de Janeiro e a manutenção da estrutura organizativa da secretaria municipal do Rio de Janeiro tornaram extremamente difícil a integração político-institucional com outras instâncias governamentais, tanto de nível estadual quanto federal.

Durante esse período, segunda metade da década de 70, foi marcante o processo de redução da eficiência e eficácia dos serviços de assistência hospitalar. Apesar de ter a maior estrutura hospitalar própria, o que dificultou a constituição de rede assistencial que transcendesse as suas próprias fronteiras institucionais, o município do Rio de Janeiro teve dificuldades para suportar a elevada demanda oriunda de outros municípios, principalmente daqueles que formam a região metropolitana.

Essa situação contribuiu para que o INPS, através de sua superintendência e da Direção Geral, passasse a exercer a função de coordenação política da assistência médica.

Redemocratização do Estado Brasileiro.

Lenta, gradual e segura, a abertura do regime militar, enquanto estratégia de superação da crise política, é iniciada na segunda metade da década de 70, provocada pelo agravamento das dificuldades econômicas que abalaram o mundo após a súbita elevação dos preços internacionais do petróleo, que afetando principalmente os países que sustentavam o próprio desenvolvimento com o financiamento internacional.

O marco desse momento de declínio do autoritarismo é a realização de eleições para governador, em 1982. No Estado do Rio de Janeiro, Leonel Brizola é eleito pelo voto popular para governar o Estado, situação que gera uma nova dinâmica de dificuldades para a realização de política que caminhe na direção da nacionalização dos serviços de saúde pública. Entretanto, é nesse período que se inicia o processo de descentralização e da tentativa de formação de um novo modelo federativo.

O município de Niterói foi pioneiro pois, já tinha, desde 1977, o Projeto Niterói, elaborado por um grupo de cerca de 20 técnicos, no qual se estabelecia o papel do município como gestor do sistema, tendo como fundamento as características de complexidade, distribuição espacial e abrangência das redes estadual e federal localizadas em seu território.

Isso permitiu a integração entre as instituições hospitalares existentes e as Unidades Municipais de Saúde que foram implantadas com a participação dos movimentos populares. Assim, foi possível assentar as bases para a implementação das Ações Integradas de Saúde, sendo esta a primeira experiência de integração entre níveis de governo. Através desse projeto, o município assumia algumas atribuições e recebia recursos para sua realização (Cunha, *et al* 1994).

São as eleições de 1982 que trazem a tona o poder dos governadores sustentados na crise política do regime militar e do seu modelo desenvolvimentista, bem como no próprio fortalecimento financeiro dos Estados.

Esse poder coloca o Estado do Rio de Janeiro em situação de elevada autonomia em relação ao Governo Federal, permitindo que haja um afastamento por parte das instâncias do governo estadual das políticas e estratégias que visassem o fortalecimento do nível municipal.

Esta postura fez com que o Estado abrisse mão de conduzir as políticas de caráter regional que vinham sendo implementadas pelo nível federal. Desta forma, a Superintendência Regional do INAMPS assume a condução das AIS e do Plano CONASP no Estado, o que inviabilizou a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS,

órgão político de deliberação sobre as políticas de saúde que seriam implementadas no âmbito das AIS e do plano CONASP.

As CIS, que foram os primeiros esforços na tentativa de coordenação e articulação interinstitucional do setor saúde encontraram, dificuldades de ordem política, fruto da desconfiança mútua entre os diferentes níveis de governo e as suas permanentes disputas de poder, além do que depararam com resistências internas na própria previdência e por parte dos Estados, contribuindo para que a implementação desse instrumento de gestão do sistema de saúde ocorresse de forma inconstante nos diferentes estados do país (Lima, 1999).

É importante chamar a atenção para o fato de as estruturas regionais, como as coordenadorias e as chefias de medicina social que se responsabilizavam pelos encaminhamentos de internações e atendimento ambulatorial, serem os grandes óbices da política de integração regional, já que ocorria aí uma possibilidade de redução do poder estabelecido.

Entre 1983 e 1985 foram assinados, no ERJ, 58 convênios entre o nível federal e municipal para implementação das AIS. Neles havia cláusulas que incentivavam a criação das Comissões Intersetoriais Municipais de Saúde – CIMS (Parada, 1997), o que propiciou que em 1986 todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro já participassem das AIS (Noronha & Levcovitz, 1994).

Um importante instrumento de planejamento, que ajudava a integrar orçamentos e ações dos diferentes níveis de governo, foi colocado à disposição das instâncias colegiadas interinstitucionais: o POI – Programação e Orçamentação Integrada, uma ferramenta que possibilitava a adequação das necessidades com os recursos dos diferentes órgãos governamentais que participavam dessas instâncias.

As CIS se constituíram em fóruns onde um novo tipo de relacionamento político ocorria, abrindo espaço para o diálogo que possibilitava a instituição de decisões colegiadas, de forma que estados e municípios, enquanto atores, pudessem influenciar nas políticas estaduais e nacionais de saúde. Constituíram-se, assim, no embrião das atuais Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIB e CIT (Lima, 1999).

No Estado do Rio de Janeiro, a SES, apesar de ter a presidência da CIS, não participava de suas atividades, colocando-se contra o processo de descentralização com o argumento de que esta viria para reduzir o poder dos estados, com alguns deles, agora, sob gestão de opositores do governo federal.

Tal posição do Governo Estadual talvez possa ser justificada quando se verifica que, apesar dos secretários estaduais e municipais ocuparem as presidências das CIS e CIMS, no CONASP prevalecia um traço cultural que privilegiava o centralismo. Desta forma, preservava-se o poder institucional dos órgãos federais, não “alterando a estrutura de poder do sistema de saúde” (Cordeiro, 1991: 80). O INAMPS, através de suas Superintendências Regionais, mantinha o poder econômico e político e buscava definir rumos da política assistencial, enquanto o Ministério da Saúde mantinha toda sua estrutura e funções verticalizadas, determinando, na área programática, o modelo assistencial. Assim também agiam os representantes do Ministério da Educação, dificultando a integração dos hospitais universitários.

Na segunda metade da década de 80 ocorrem modificações na gestão dos estados, possibilitadas pela eleição de novos governadores, agora, em sua maioria, em situação de apoio ao governo federal.

No Estado do Rio de Janeiro, um grupo político comprometido com a descentralização assume a SES e desencadeia mudanças que contribuirão para a organização do sistema de saúde com vistas à municipalização.

Em 1987, a SES cria a Subsecretaria de Assuntos do Interior, chamada também Subsecretaria de Municipalização, visto que seria este o seu principal papel, responsabilizando-se pela expansão dos convênios das AIS, além de repasse de unidades e responsabilidades para os municípios (Relatório de Gestão, 87-89).

Uma importante decisão tomada nesse período foi a desativação das estruturas regionais da SES (Decreto nº 11.562/88). Logo em seguida também o INAMPS desativou as suas estruturas regionalizadas.

Tal fato contribuiu para que os municípios pudessem receber, de forma plena, as responsabilidades pela execução das ações do sistema local de saúde e estimular a SES a melhorar sua capacidade de governo para assumir o papel de coordenador do sistema.

Com isso, abriu-se caminho para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Segundo o relatório de gestão da SES, de 1989, todos os municípios do Estado assinaram o convênio de Adesão ao SUDS-RJ no período que vai de junho de 1988 ao final de 1989. Esses convênios basearam-se em planos municipais de saúde elaborados pelas SMS, com assessoria de técnicos da SES.

Após o período de adesão ao SUDS, os municípios passaram a assumir, a partir de maio de 1989, também a responsabilidade pela gestão da rede de serviços públicos e privados de seu território, visto que tais responsabilidades, antes desempenhadas pelo INAMPS, tinham sido transferidas para a SES na segunda metade de 1988.

Esse fato fez com que o foco das discussões sobre o sistema de saúde nas CIMS passasse a ser o (des)credenciamento/contratação dos serviços ao Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social. A produção e seu financiamento passam a ser o carro chefe da política de saúde também em nível municipal.

3.1 - A Organização Na Perspectiva Política

O poder na atualidade: a gestão participativa e planejada

“Ora, o estudo desta microfísica supõe que o poder nela exercido não seja concebido como propriedade, mas como estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma apropriação, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos; que se desvende nele antes uma rede de relações, sempre tensas, sempre em atividade, que um privilégio que se pudesse deter; que lhe seja dado como modelo antes a batalha perpétua que o contrato que faz uma cessão ou uma conquista que se apodera de um domínio. Temos, em suma, que admitir que esse poder se exerce mais do que se possui, que não é ‘privilégio’ adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito conjunto de suas posições estratégicas – efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados”. (Foucault, 1997: 29)

Início com esta citação de Foucault para esclarecer de pronto a posição que adoto quanto ao conceito de poder. O poder como relação social, onde um homem pode fazer com que outro homem realize algo que não necessariamente seria feito por ele. Ele não é um objeto ou uma coisa, não existe; o que existe é a prática ou relações de poder, é algo que se exerce, que se efetua. Está, portanto, diretamente associado à ação. Ação que Hannah Arendt (1995: 201) diz jamais ser possível no isolamento. “Estar isolado é estar privado da capacidade de agir”. O que caracteriza o poder enquanto uma relação é que ele é um modo de agir que não atua sobre as pessoas, mas sobre as ações existentes ou que poderão vir a existir.

Para Foucault, uma sociedade sem relação de poder é uma abstração, portanto, qualquer agrupamento humano estará permanentemente atravessado pelas relações de poder. É o que Arendt (1995) define como uma das condições humanas – a pluralidade.

Posição bastante distinta da de Weber, para quem o poder é um atributo individual que alguns têm e outros podem não ter. Para a autora, o poder é um potencial poder, mutável, imensurável e nele não se deve confiar como força, já que força é uma qualidade natural do indivíduo isolado, o poder somente existe quando os indivíduos agem juntos. O poder tem elevado grau de independência em relação a fatores materiais, permitindo que homens desprovidos de recursos materiais possam exercer o poder. O elemento essencial para geração do poder é a vida em grupo. “Um grupo de homens, relativamente pequeno, mas bem organizado, pode governar por tempo quase indeterminado vastos e populosos impérios” (Arendt, 1995: 213).

É possível, então, compartilhar o poder sem necessidade de reduzi-lo à interação de poderes. Tal compartilhamento é realizado de forma dinâmica, com elevado grau de consenso e pode inclusive gerar mais poder através do controle e do equilíbrio. O poder é exercido, portanto, em todos os níveis da rede social por diversos micro-poderes que se expressam de forma autônoma, e muitas vezes, em conflito com outros níveis de poder. O poder não é exclusivamente emanado de um ponto, identificado com o centro ou poder central (o Estado); como já mencionado, estou falando de uma rede que integra e articula todos os focos de poder.

O poder pode ser analisado como dispositivo de individualização, fabricante de indivíduos que atuam de forma disciplinada, automatizada, sem abertura para a livre criação, uma forma de poder bastante utilizada nas estruturas produtivas do capitalismo pós-revolução industrial, onde coordenar o trabalho de muitos era um desafio diante da necessidade de garantir taxas de produtividade que viabilizassem o lucro da empresa.

Nesse modo de produção, a liberdade era a forma de convivência social essencial para o exercício de poder, garantindo a possibilidade de reação, fazendo com que a dinâmica de enfrentamento constante se tornasse mais evidente. Sem liberdade não se exerce o poder, o que se tem é o constrangimento físico como a escravidão; o poder é exercido através da política, da comunicação, induzindo, incitando, seduzindo, constrangendo, facilitando, dificultando, normalizando etc.

Em suma, o poder não é somente exercido por aspectos negativos, mas também por mecanismos mais sutis passíveis de resistência. Assim, pode-se dizer que sempre que se estabelece uma relação de poder é possível haver resistência. É bom saber a opinião de Foucault:

“Parece-me que se deve compreender o poder, primeiro como uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram uma nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais” Foucault (1979: 88)

Matus (1993) também entende o poder como uma relação em que diferentes forças sociais e seus projetos interagem em uma rede, sendo produto de uma acumulação social. O poder é uma categoria essencial à teoria matusiana. No triângulo de governo, o autor articula três variáveis que compõem o sistema governo:

1. O projeto de governo; a formulação da intencionalidade que orienta a ação, dá direcionalidade, um mapa desenhado que orienta o navegante ao rumo desejado;

2. A governabilidade do sistema; grau de controle sobre as variáveis do sistema, dá ao governante possibilidade de decidir, alocar os recursos necessários à ação, e
3. A capacidade de governo, que se expressa em acumulações, técnicas, métodos e recursos materiais de que dispõe o governante para implementar sua decisão.

Essas três variáveis se situam em cada um dos vértices e se relacionam de forma sistêmica. A sua inter-relação está associada ao que diz Arendt sobre o agir - a ação humana - que é fruto da intelectualidade, da intencionalidade e da operacionalidade. No dizer de Matus, os atos de pensar, decidir e agir. Dessa forma, o poder para Matus se expressa em cada um dos diferentes planos situacionais, na *genoestrutura* onde se situam as regras do sistema, na *fenoeestrutura*, onde estão as suas acumulações em termos materiais e espirituais e na *fenoprodução*, ou seja, as realizações, a efetivação da produção social.

Nesse sistema de produção social, o processo de governo se concretiza mediante as ações que são decididas e realizadas, o sistema se constitui em uma rede de governos, circunscrito a domínios específicos, são governos que representam as forças sociais, que lutam pelo controle dos centros de poder de onde buscarão elementos para realizar o máximo possível de seus objetivos particulares.

Governar é, decidir e poder transformar as variantes em opções de ação, um exercício de poder que requer a reflexão que medeia o conhecimento e a ação; o conhecimento leva à liberdade de decisão entre as diferentes opções, o planejamento é uma mediação entre o conhecimento e a ação, um cálculo que precede e preside a ação (Matus, 1996 -a).

Para Testa (1992), o poder está nas organizações, sendo estas institucionalizadas ou grupos de pessoas, dividido em três formas: *o poder técnico* - domínio das informações sobre as diferentes circunstâncias situacionais; *o poder administrativo* - que controla os recursos disponíveis para a ação e *o poder político* - capacidade de mobilização das forças sociais que se relacionam no sistema. As ações realizadas revertem sobre cada uma das forças, que também realizam suas ações de forma mais ou menos conflitiva ou cooperativa, segundo a liberdade que dispõe para efetivar suas ações.

O poder, como parece perceber Foucault (1979), deve ter a liberdade como fundamento para seu exercício. Para o autor, o poder deve se adequar às condições materiais do momento. Portanto, na atualidade, com o patamar de desenvolvimento atingido pelas forças produtivas, são induzidas novas formas de exercício do poder.

Na sociedade industrial, o tempo, enquanto unidade de controle entre o corpo e os atos de trabalho, foi a base de poder. Agora, a sociedade pós-industrial vem deixando de lado essa forma de exercício do poder. A *informação* torna-se hoje, talvez, o principal elemento a ser mobilizado para o exercício do poder com efetividade, já que ao ser comunicada, cada vez com maior velocidade, alimenta o *conhecimento*, que irá produzir ações, os quais necessitam ser cada vez mais *criativa* para permitir constantes *inovações*.

Na sociedade agrícola, o tipo de poder que controlava a terra e a riqueza foi o poder soberano. Na sociedade industrial o tempo e o trabalho são controlados através do poder disciplinar, tipo de poder fundamental para o capitalismo industrial (Foucault, 1979).

Na sociedade pós-industrial (MASI, 1999), há uma sociedade ainda em conformação, não caracterizada definitivamente, onde a nova economia do poder se configura como um modo hegemônico, há o poder exercido do tipo *motivacional* que consegue elevar o espírito humano, liberando sua criatividade, mobilizando suas paixões e organizando seus desejos, através da constituição e comunicação de imagens de um futuro que possam ser construídas de forma cooperativa.

Como diz Matus (2000:65), “a *motivação é sinônimo da energia que impulsiona os desejos, é energia psíquica e física; é o combustível que alimenta as capacidades e expressa-se pela firmeza, vontade, persistência e rapidez de ação.*”

A construção do consenso poderia ser obtida através da comunicação, o agir comunicativo que privilegia a argumentação como instrumento de convencimento, um processo de reflexão conjunta que ajuda na ação cooperativa (Habermas, 1989).

As discussões ou a comunicação entre as forças sociais para a construção do consenso, um processo que se constitui em um grande sistema de negociação política, onde os interesses particulares das forças serão compatibilizados em um projeto coletivo, é uma necessidade, uma exigência do mundo moderno, segundo Motta (1994: 147): “*as formas*

participativas de gestão nascem da consciência de que a influência para o alcance de objetivos empresariais depende do uso adequado do poder e da solução de conflitos organizacionais”.

Abaixo estão as bases sociais da participação, que servem de justificativas para o exercício de uma gestão participativa (Motta, 1994: 148):

Causas	Conseqüências
➤ Democratização das relações sociais	➤ Novo relacionamento social mando subordinação;
➤ Desenvolvimento da consciência de classe e do agrupamento profissional entre trabalhadores	➤ Agregação mais acentuada de interesses
➤ Aumento do nível educacional	➤ Novas aspirações profissionais e sociais
➤ Velocidade das mudanças	➤ Desatualização mais rápida das estruturas estabelecidas
➤ Intensidade da comunicação	➤ Acentuação dos mimetismos e das pressões ideológicas

O poder na organização

“O poder repousa sobre o controle daqueles recursos dos quais a organização depende para dar continuidade às suas operações correntes, ou para criar novas iniciativas. Deve existir dependência para que alguém seja capaz de controlar; e esse controle origina-se do fato de existir escassez ou acesso limitado aos recursos em questão” (Morgan, 1996:167).

Inicialmente a visão sobre o poder estava consubstanciada na definição de Robert Dahl (*apud* Morgan, 1996:163): *“o poder envolve habilidade para conseguir que outra pessoa faça alguma coisa que, de outra forma, não seria feita”*. Desta forma, assume uma estrutura formal e estaria invariavelmente localizado no topo, sendo a única fonte da autoridade o cargo instituído. Assim, mudar a organização era mudar a estrutura formal e a forma de agir daquele que ocupava os cargos no topo.

Atualmente, a visão assume uma perspectiva pluralista onde *“o poder é contingencial, descontínuo, localizado e, mesmo, interpretativo. O poder é plural: está dividido desigualmente por pessoas e grupos organizacionais. Existem muitas fontes ou recursos de poder não só na autoridade do cargo...”* (Paulo Motta,1994:157); e está focado

na capacidade de realização – o que o poder faz. O poder é o meio através do qual conflitos de interesses são, afinal, resolvidos. O poder influencia quem consegue o quê, quando e como (Morgan, 1996).

Mudar a organização depende de como se articulam e se agregam os interesses e como se equilibra o poder entre interesses individuais coincidentes e conflitantes. A perspectiva política enfatiza a solução de conflitos grupais através da negociação estabelecida em espaços comunicacionais que tenham intensidade e transparência na comunicação e possam potencializar formas participativas de gestão, onde o conceito de liderança e de autoridade organizacional possa ser revisado.

O poder dispõe de muitas fontes onde se alimenta; entre elas destacamos, em uma perspectiva de gestão participativa, seguindo o que Testa (1992) nos indica, as **alianças e coalizões**, constituídas pelas relações com pessoas influentes ou com *status*, redes informais que podem fornecer informações *a priori* ou influenciar posições; a **autoridade formal**, baseada na legitimidade, que é uma forma de aprovação social essencial para a estabilização das relações de poder; o **conhecimento técnico e a informação**, traduzidos na capacidade de estruturar a atenção em relação a determinado assunto, influenciando a definição e criando padrões de dependência pelo controle do insumo para a decisão e a **participação em entidades externas** (contra-organizações), a organização se relaciona no ambiente externo com diferentes instituições e contra-organizações que interferem direta ou indiretamente nas decisões internas, isso dá aos que participam delas respaldo para influenciar na organização.

Talvez não seja certo que o poder derive do comportamento interpessoal ou mesmo, seja a manifestação de fatores estruturais arraigados; entretanto, é garantido que o poder está disperso, impondo assim a necessidade do estabelecimento de mecanismo para sua aglutinação. O que penso ser possível através do estabelecimento de formas permanentes de colaboração, com a constituição de espaços comunicacionais onde diferenças possam ser compartilhadas e confrontadas buscando-se convergência e integração, principalmente em macroorganizações, onde o poder é compartilhado por inúmeras organizações.

Uma Macroorganização Conceitualmente

Para Matus (1996: 344), uma “macroorganização é um conjunto de sistemas microorganizacionais que operam num espaço político-institucional de acordo com as regras de direcionalidade, departamentalização, governabilidade e responsabilidade, estabelecidas pelo jogo macroorganizacional”.

A macroorganização é esboçada pelas regras que caracterizam o sistema organizacional e as funções nele exercidas. Tais regras orientam um jogo no qual os participantes, jogadores, detêm significativo grau de autonomia. A missão de cada um dos jogadores é estabelecida pelas regras de *direcionalidade*, segundo as necessidades ou demandas sociais, atuais ou potencialmente colocadas. Cada uma das microorganizações integrantes desse jogo é estruturada segundo as regras de *departamentalização* que diferenciará as organizações em função das missões estabelecidas.

A regra de governabilidade define as competências para cada participante desse jogo político-institucional, de forma que cada gestão departamental tenha poder de decisão delimitado, determinando assim um esquema de distribuição de poder segundo o valor dos problemas a serem enfrentados pelos diferentes níveis de gestão organizacional, os que estabelecerão o grau de centralização ou descentralização da macroorganização. A exigência do cumprimento dos compromissos assumidos por cada participante e associados às suas funções e missões, se dá através do processo de petição e prestação de contas estabelecidos nas regras de responsabilização. Essa, segundo Matus (1996), seria a principal regra, já que devido ao seu estabelecimento é possível se dinamizar e garantir qualidade à gestão organizacional.

O que é marcante em uma macroorganização é o fato de que nenhuma das organizações que a compõem tem o poder de decisão absoluto sobre ela, o que torna necessária a legitimidade dos campos organizacionais e a adequada relação de força entre as diversas organizações para que se encontre o ponto de equilíbrio. Outra característica importante é o fato de que nesse jogo macroorganizacional, mais de uma autoridade incide sobre as organizações que atuam no mesmo limite político-institucional, como é nítido no caso do Sistema Único de Saúde.

O SUS Estruturado como uma Macroorganização

Com muita luta, a sociedade brasileira consegue superar os duros anos do regime autoritário conduzido pelos militares. Uma luta que culmina com a conquista de uma nova Carta Constitucional, onde se estabelece um conjunto de regras que passam a orientar a sociedade pelos caminhos da redemocratização do país. Uma marca desse processo de lutas e conquistas é, sem dúvida, a consagração, na Constituição Federal aprovada em 1988 CF/88 (Cap. II, seção II – Da Saúde), do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes.

A CF/88, em seu artigo 198, define que o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto das ações e serviços públicos de saúde e integra uma rede regionalizada e hierarquizada. Determina as diretrizes que deverão ser consideradas na sua estruturação:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III - participação da comunidade.*

A partir daí, é formatado o arcabouço legal que dá direcionalidade ao Sistema Único de Saúde, tornando-o uma organização social responsável pela manutenção da saúde dos habitantes do país que opera de forma desconcentrada, por níveis de responsabilidade, com autonomia e integrada em rede hierarquizada, com base na regionalização, considerando os conteúdos dos principais elementos normativos do sistema. Entre eles estão as leis nº 8080 e 8142/90, as Normas Operacionais Básicas (NOB) 93 e 96, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001.

Nesses instrumentos legais estão as regras de departamentalização, as orientações para a organização e o funcionamento dos serviços que atuarão na promoção, proteção e recuperação da saúde; a forma da participação social na sua gestão e do financiamento para a sua implementação; a normatização para o processo de repasse das atividades entre as esferas de governo; a definição de papéis para os gestores dos diferentes níveis do sistema e a definição para o processo de regionalização da assistência.

É conveniente ressaltar que tais regras trazem um conjunto de preceitos que são “*corretos e modernos*” (Mendes, 1996), mas que necessitam de tempo e condições para se

afirmar na sociedade. Assim, seu desenvolvimento pode depender de estratégias que melhor orientem as tarefas de adequação do sistema e de seu modelo assistencial ao conjunto das necessidades e interesses dos atores que se relacionam direta ou indiretamente em seu processo produtivo.

Os dispositivos legais colocados na CF, na Lei 8080 e nas demais normas jurídicas que formam o arcabouço legal do SUS são elementos que indicam o grau de complexidade do objeto de intervenção e orientam as organizações que atuam no Sistema. Como vimos, são organizações que detém elevado grau de autonomia, com interesses particulares e que disputam recursos para realizá-los, mas que também cooperam na implementação de seus projetos.

A implantação do SUS tem sofrido importantes reveses devidos à sua condição de sistema social que articula diferentes atores e interesse (Mendes, 1996).

A relação de interesses e os conflitos na constituição do sistema de saúde

Desde o final da década de 70, quando o processo de democratização do país trouxe para arena política projetos distintos com grupos de interesses também distintos, as discussões sobre a melhor forma de se estruturar o sistema de saúde brasileiro foram transferindo para o poder legislativo e as Conferências de Saúde se tornaram espaços de discussão e de pactuação desses projetos. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, pode ser considerada o mais importante evento político da área da saúde na década. Seu caráter democrático, com a presença de milhares de delegados representando todas as forças sociais e os seus interesses, com um processo que possibilitou, através das conferências nos municípios e nos estados, envolver desde a base, um número ainda maior de pessoas.

A VIII CNS é reconhecidamente a indutora de um conjunto de trabalhos técnicos elaborados pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que, juntamente com o seu relatório final, influíram de forma determinante na implantação do SUDS e na elaboração da Constituição Federal que, ao ser promulgada, em 1988, tinha incorporado um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes que refletiram o grau de consenso possível nesta conferência.

Campos *et al* (1989), analisando o processo de implantação do SUDS em Campinas, fez críticas ao governo da dita “Nova República” no qual ocorreram tanto a VIII CNS como o processo de formulação da Carta Magna. Segundo ele, este governo não teria sido capaz de se sustentar nas forças sociais que teriam efetivos interesses em produzir mudanças no modelo assistencial vigente, através da migração de um modelo com base tecnológica da assistência médica submetida à lógica de mercado, dos produtores de serviços, para um modelo que integrasse as ações coletivas com as de assistência médica a partir de uma lógica do coletivo para o individual em modelo assistencial e não se submetesse à lógica comercial.

Para que isso fosse possível, segundo o autor, seria necessário que os defensores das linhas básicas apontadas pela VIII CNS atuassem em um “...*processo social no qual o conjunto dos trabalhadores e seus órgãos de representação e participação, junto com os técnicos de setor, efetivamente aliados a essas perspectivas de mudanças, atuem como locomotiva das modificações, e não como vagões meramente atrelados às instituições governamentais*” (Campos *et al*, 1989:96).

Com a Constituição de 88, o Sistema Único de Saúde é constituído e logo após em 1990, consagrado na Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei nº 8.080, de 19.9.90). Desde então, foi conferida às três esferas de Governo - União, Estados e Municípios - a responsabilidade pela saúde da população.

O SUS, então, constitui uma rede regionalizada de ações e serviços públicos de saúde, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, tendo a Lei nº 8.080 explicitado que a direção do Sistema Único de Saúde é única e exercida, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde e nos estados e municípios, pelas respectivas Secretarias de Saúde.

O exercício de responsabilidade exigiu uma lógica de financiamento que transferisse os recursos arrecadados em nível federal para os demais níveis de forma direta. Esses recursos deveriam ser depositados nos fundos de saúde de cada esfera de governo e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde; o repasse deveria ser estabelecido de acordo com critérios epidemiológicos, de organização de serviços e populacionais.

Entretanto, as leis nº 8080 e nº 8.142 de 1990, criaram as condições para que houvesse a manutenção das transferências negociadas, limitando a autonomia dos estados e municípios na utilização dos recursos financeiros, já que foram estabelecidas condições para o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde.

Esse movimento de recentralização foi promovido por uma reinterpretação, pelo Ministério da Saúde, das definições constitucionais durante o governo do presidente Collor de Mello e teria sido facilitado por um rearranjo das forças políticas na arena de disputas em torno da política de saúde.

A partir daí, a burocracia do Ministério da Saúde passou a formular e implementar diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs), destinadas a normatizar a transferência de recursos federais para estados e municípios.

Essa forma de atuar do ente federal tem contrariado os Estados e Municípios que são legalmente responsáveis pela execução de atividades que atendam as necessidades de saúde da população de seu território; a questão do financiamento tem, por vezes, sido o principal foco de conflitos de interesses porque os entes federados, seguindo a Constituição Federal, devem contar com plano de saúde aprovado pelo Conselho de Saúde local, sendo esses planos a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS. Portanto, as transferências da União deveriam integrar o orçamento dos Estados e dos Municípios como receita destinada a cobrir a execução do plano de saúde estadual ou municipal.

Atualmente, com a implantação da NOAS, os critérios de habilitação, o comando único sobre prestadores, o valor dos recursos para a ampliação e os prazos para o cumprimento das exigências normativas têm sido os elementos que vem gerando conflitos entre os entes federados nas instâncias de gestão do SUS.

Os conflitos surgem quando os interesses colidem e podem ser interpretados como indica Motta (1994:154): um *desequilíbrio na interação entre as possibilidades e as aspirações advindo tanto de causas individuais quanto de fatores internos e externos à organização*. O conflito pode ser pessoal, interpessoal ou entre grupos rivais e coalizões, residindo na divergência de interesses. Sempre estará presente nas organizações. Portanto,

podemos compreender as organizações como mini-estados onde o relacionamento entre o indivíduo e a sociedade caminha lado a lado com o relacionamento entre indivíduo e organização (Morgan, 1996).

Deve-se atentar para a permanente e rápida incorporação de novas tecnologias, baseadas na micro-eletrônica e na informatização, que estão impondo a necessidade de constante adaptação e redesenho das estruturas organizacionais, possibilitando a flexibilização organizacional.

Assim, as mudanças estruturais devem buscar maximizar a utilização dos recursos de poder através da incorporação da visão pluralista. Entretanto, tais mudanças não devem afetar de forma drástica as condições que possam facilitar ou inibir o acesso de grupos e pessoas aos recursos que viabilizem seus interesses. Portanto, nos parece que as formas participativas de gestão devem ser privilegiadas, pois elas ajudam no desmonte de estruturas sedimentadas.

A participação possibilita o acesso às áreas de poder e influência, gerando maior autonomia e viabilizando a integração de recursos para objetivos coletivos de forma a evitar perdedores e vencedores, o que propicia condições para a harmonia entre indivíduos e grupos, e permite a valorização dos interesses comuns e os objetivos da organização.

V - PROCESSO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Planejamento comunicativo no SUS do Rio de Janeiro

No início da gestão, em fevereiro de 1999, a equipe de governo da Secretaria de Saúde reuniu-se em um seminário de planejamento de três dias para iniciar o processo de planejamento estratégico da SES. Neste seminário, foram levantados os desafios e os resultados a serem alcançados no período da gestão para melhorar o desempenho organizacional da própria Secretaria e do sistema como um todo.

O seminário, coordenado pela Secretaria de Planejamento do Estado – SECPLAN, possibilitou uma abertura para a integração da equipe de governo, a classificação temática dos desafios a serem enfrentados, a definição de propostas preliminares de ação e resultados a serem alcançados. Foram apresentados aos participantes o PES, seus principais conceitos teóricos, assim como os seus instrumentos, a seguir apresentados de forma resumida.

Principais conceitos:

a) Crítica ao planejamento tradicional:

- Não discute nem cria viabilidade;
- Não analisa limites do ator;
- Desconsidera outros atores sociais;
- Não precisa objetivos e indicadores de execução, tornando difícil e subjetiva a avaliação;
- Não possibilita o domínio sobre rotinas e urgências.

b) Planejamento Estratégico no setor público do Brasil:

- Crise do Estado centralizador e do modelo de substituição de importações;
- Falência dos modelos alternativos tradicionais (Socialismo realmente existente, Social democracia);
- Concepções em conflito:
- Neoliberalismo;
- Democratização ampliada da esfera pública.

c) Momentos da planificação (M_n):

- M_1 : Explicativo => Foi, Está, Tende a Ser;
- M_2 : Normativo => Deve ser;
- M_3 : Estratégico => Pode ser,
- M_4 : Tático Operacional => Fazer, Refazer.

d) Teses sobre planejamento: foram apresentadas como síntese da elaboração de Matus

1. Planejamento é imprescindível e necessário para conquistar crescentes graus de liberdade sobre o futuro;
2. Planeja quem governa e quem faz;
3. Refere-se ao presente, não a adivinhar o futuro;
4. Refere-se a oportunidades e problemas reais;
5. É inseparável da gerência;
6. Planejamento participativo é, necessariamente, político;
7. Plano é modular e aberto;
8. Planejamento não é monopólio, os outros também planejam;
9. Planejamento é tão bom quanto a equipe que planeja,
10. É uma reflexão que precede e preside a ação.

e) Ator Social:

É uma organização ou grupo social que:

- Participa de algum jogo social;
- Possui um projeto ou objetivo geral;
- Controla algum recurso relevante para o jogo;
- Produz fatos;
- Acumula forças,
- Tem imagem pública.

A partir da pergunta “como se denomina este ator que está aqui planejando?” o grupo definiu como ator: Equipe dirigente da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Em seguida, os participantes responderam à pergunta sobre os desafios que teriam que enfrentar e suas respostas foram agrupadas segundo as categorias que estão nos vértices do “Triângulo de governo” de Matus (1993).

Definição de Política de Saúde

Em maio de 99, foi dada continuidade ao processo na Oficina de Trabalho do Planejamento Estratégico, agora com a finalidade de definir as responsabilidades e propiciar a constituição de grupos de gestores integrados por programas, para facilitar a

implementação das ações e a alocação dos recursos necessários. Os grupos programáticos deveriam elaborar agenda de reuniões de forma a possibilitar um melhor gerenciamento das realizações. Naquele momento, a idéia era a de um sistema de gerência por operações que *é um sistema de direção e de administração por objetivos* (Matus, 1993: 508). Este modelo gerencial é, segundo Matus, essencial no sistema de planejamento, mais uma vez surgindo o triângulo na teoria matusiana, o sistema triangular de plano modular – orçamento por programas – gerência por operações. Isto também buscou possibilitar uma dinâmica de prestação e prestação de contas.

Conferência de Saúde

Com o tema “SUS: Consolidação, humanização e controle social”, foi realizada, em setembro de 1999, a terceira Conferência Estadual de Saúde, onde os diferentes atores sociais do sistema puderam discutir e deliberar sobre as necessidades e as diretrizes estratégicas para o SUS do Estado.

Nesta conferência, ficou clara a capacidade que a SES teve de orientar as discussões, pelo grau de aprofundamento que se tinha em relação às propostas defendidas. Estas tinham ressonância com os desejos e anseios dos participantes de forma que as propostas contidas no relatório final da conferência, em nada conflitavam com os projetos definidos pela equipe de governo e inclusive, consta do documento final da conferência, moção de apoio à atual gestão (CES, 1999: 105).

No documento final da conferência, as resoluções foram agrupadas por categorias semelhantes aos programas SES, para que se tivesse facilidade de integrá-las ao plano estadual de saúde. A dinâmica da reunião seguiu o modelo tradicional de discussões, sem utilizar a técnica de visualização e da lógica de planejamento, mas os resultados foram sistematizados de maneira a compor quadros que permitam ao leitor a vinculação direta com as planilhas de planejamento e como desenho dos projetos que estão consolidados no Plano Plurianual.

Elaboração do Plano Plurianual - PPA

A finalização do relatório da conferência e os resultados das oficinas de planejamento foram sistematizados em programas e projetos da SES no Plano Plurianual através do SAPE, um sistema informatizado que facilitou a criação de um banco de dados com os programas, detalhados em seus objetivos, descrição, produtos esperados, ações, responsáveis, beneficiários, orçamento total e detalhado por ações, assim como indicadores de acompanhamento de seu desenvolvimento.

Apesar do avanço inicial em relação à composição de um plano plurianual e da possibilidade de se constituir um efetivo processo de acompanhamento através de gerência por objetivo, não se identificou, no aspecto orçamentário, a mesma possibilidade de inovação, prevalecendo o setor de orçamento enquanto um agente financeiro, sem qualquer responsabilidade pela eficácia da gestão pública.

A liberação financeira continuou atendendo aos interesses políticos, que em certos aspectos não se relacionavam à eficácia direcional dos programas, estando apenas voltado para as possibilidades contábeis de ajuste orçamentário.

Curso de capacitação para gerentes de projeto

Realizado no mês de outubro de 1999, o curso de capacitação para gerentes de projetos foi uma iniciativa da SPD, que visava, estrategicamente, consolidar e ampliar a composição do NIDE pela incorporação de representantes dos demais setores. Para isto, foi feito um processo de capacitação na ferramenta Quadro Lógico do Método ZOPP uma adaptação do PES que, traduzido do alemão, significa “Planejamento de Projetos Orientados por Objetivo.” A introdução dos conceitos e dos instrumentos apresentados buscou abrir espaço para a mudança de hábitos e comportamentos pessoais e profissionais.

O curso contou com a participação de técnicos indicados pelos setores da SES que ainda não tinham participado do processo de planejamento mas que, pela tarefa que realizavam ou por seu perfil profissional, estariam em condição de atuar no processo de difusão do modelo de gestão estratégica que se iniciava.

O grupo, durante a atividade de encerramento do curso, apontou a cultura organizacional como o principal entrave às inovações gerenciais. Além disto, foi ressaltada a necessidade de estabelecer uma clara delimitação de competências, o estabelecimento de processos de trabalho e fluxos de informações mais adequados, como elementos centrais para a profissionalização da gestão e institucionalização de um sistema de alta responsabilidade.

Como projeto piloto para a ação do grupo, foi proposta a revisão do programa “Estado e municípios juntos superando as desigualdades”, a cargo da SPD, a fim de se identificar os projetos que o compunham e priorizar aqueles mais carentes de organização. Esta iniciativa possibilitou a incorporação de alguns dos participantes nas ações do NIDE, de forma a ampliar sua influência para outros setores e facilitar a difusão da metodologia utilizada.

Seminário de integração de projetos

O seminário, realizado em dezembro de 1999, teve como objetivo explícito dar continuidade ao processo de integração da equipe que havia participado do curso de gerenciamento de projetos, através do delineamento do Programa Saúde Estado e Municípios juntos superando as desigualdades, de maneira que tornasse possível a construção de ações integradas e a geração de condições para se desenvolver um sistema de acompanhamento de programas e projetos adequado ao nível de necessidade da SES-RJ.

Como objetivo indireto, buscou-se incentivar a reflexão estratégica em conjunto. Como diz Motta (2001: 64), *o desenvolvimento de atividades coletivas regulares facilita a interação, ajuda o aprendizado coletivo, através da diversidade de opinião e das lutas normais e saudáveis, para se chegar ao consenso.*

Com este evento foram alcançados os seguintes resultados: definição das atividades de integração; elaboração do cronograma de atividades; constituição do grupo de integração.

Definição de metas SES

Com a definição e formatação dos programas e conseqüente distribuição de responsabilidades, o terceiro seminário de planejamento estratégico da equipe dirigente da SES, realizado em janeiro de 2000, objetivou rever as metas externas para os programas da SES e definir metas internas que orientaram suas ações. Neste evento, foi feita uma avaliação da situação através da apresentação de indicadores de saúde do Estado, o que propiciou aos participantes a noção de como são distribuídos desigualmente no Estado tanto as doenças quanto os recursos de assistência à saúde. Também foi apresentada a proposta de execução orçamentária e a dinâmica de financiamento das ações, com base em dados coletados junto aos gerentes de programas e responsáveis por setores. Foi possível o levantamento dos obstáculos internos e externos que vinham, ainda, dificultando a implementação das atividades.

A avaliação retrospectiva do que se fez durante o ano anterior, associada às informações apresentadas, foi o fundamento para a análise da situação presente e o desenho do cenário futuro, que indicaria os caminhos que a SES poderia seguir.

Plano regional da baixada

O grupo que constituiu o NIDE, ao reorganizar o Programa “Saúde: Estado e municípios juntos superando as desigualdades”, caracterizou-o como a estratégia de integração regional em saúde, definindo, como ação imediata, a utilização do enfoque situacional e participativo para a formulação de planos regionais de saúde, de maneira criar espaços de comunicação, a facilitar a construção de consensos sobre a situação a ser enfrentada e as estratégias de enfrentamento, bem como, fortalecer a integração entre os municípios e entre estes e o Estado.

Para iniciar a experiência pelo critério de localização, de complexidade política, assistencial e de necessidade, foi selecionada a região da Baixada Fluminense, um conjunto de doze municípios pertencentes à região metropolitana e que reúne cerca de 25% da população do Estado, onde os agravos à saúde se destacam por sua intensidade e gravidade,

pela fragilidade da estrutura de assistência e pelo fluxo altamente desordenado de pacientes em busca de atenção.

Foi então decidida a realização de oficinas de planejamento, que contaria com a participação de técnicos de todas as áreas da SES e com técnicos das áreas de saúde coletiva e planejamento dos municípios.

A etapa preparativa do acontecimento produziu, no interior da SES, um intenso processo de discussão sobre a metodologia que deveria ser utilizada, as informações a serem disponibilizadas, as propostas que seriam defendidas e os instrumentos de consolidação dos resultados. O evento ocorreu com a participação de cerca de 40 pessoas, em três momentos. No primeiro, foram analisados os fatores que dificultavam uma adequada prestação de serviços de saúde àquela população. Os problemas foram agrupados em categorias de *macro-problemas*, de forma a permitir a construção da rede explicativa da situação que orientou a fase seguinte: 1) Ações da área materno-infantil deficientes; 2) Dificuldade para o usuário obter medicamentos; 3) Baixa integração entre os municípios; 4) Inadequada política de RH; 5) Baixa resolubilidade hospitalar; 6) Insuficiência das atividades de promoção à saúde; 7) Dificuldade de acesso aos serviços de alta e média complexidade; 8) Insuficiência de cobertura do programa de Saúde da Família - PSF; 9) Dificuldade de realização de diagnóstico; 10) Insuficiência gerencial no SUS; 11) Insuficiente atendimento à demanda de sangue, componentes e derivados, e 12) Sistema de informações deficiente.

Após ampla discussão na SES e definição das propostas e dos programas que as viabilizariam, o segundo momento definiu as estratégias, produtos, metas, atores responsáveis e prazos de execução, compondo, assim, um plano de caráter estratégico que nortearia a intervenção do Estado e dos municípios.

O terceiro momento se constituiu de uma reunião deliberativa, onde os secretários de municipais de saúde, secretário estadual de saúde e equipe dirigente da SES puderam analisar o produto final das oficinas e definir as prioridades de ação. Foram priorizados os macro-problemas relativos à insuficiência de cobertura do PSF e a deficiência das ações da área materno-infantil. O passo seguinte seria realizar oficinas com os técnicos de cada uma das áreas para detalhar os projetos que seriam implementados.

Configurando a alta complexidade

A regionalização foi sempre uma prioridade para a SES/RJ e as políticas de organização da alta complexidade foram desenhadas nesse sentido. Segundo o documento “Diretrizes para Reorganização, Reorientação e Acompanhamento da Assistência Oncológica”, publicado na Revista Brasileira de Cancerologia (ERJ, 2001: 126), *a assistência em oncologia encontrava-se desorganizada e desintegrada, sem regionalização nem hierarquização estabelecidas e sem fluxos definidos. O que dificulta o estabelecimento de uma Programação Pactuada e Integrada em bases sólidas e factíveis.*

Foram definidas, em novembro de 2000, as diretrizes para a reorganização da assistência oncológica no Estado, em um amplo processo de discussão, que envolveu atores de diferentes instituições e regiões do Estado. Para isto, foi realizada a oficina de planejamento estratégico da comissão de oncologia, utilizando o PES adaptado como instrumento para viabilizar a construção de um diagnóstico situacional e um arco direcional de forma pactuada entre esses atores. O resultado deste processo se consolidou em um plano estadual aprovado na Comissão Intergestores Bipartite e publicado na Revista Brasileira de Cancerologia.

Do mesmo modo a Comissão de Terapia Renal Substitutiva – CTRS elaborou as diretrizes para a atenção à doença renal crônica no Estado do Rio de Janeiro. Com a existência de cerca de 6.700 pacientes em Terapia Renal Substitutiva, o dobro do que existia há três anos, considerando parâmetros internacionais de prevalência, acreditava-se que ainda havia pacientes inadequadamente assistidos, exigindo uma grande capacidade de organização da rede de serviços para viabilizar uma assistência melhor. Uma assistência adequada de melhor padrão somente seria possível com um efetivo controle da Insuficiência Renal Crônica o que seria alcançado com a integração com o nível da Atenção Básica, onde poderiam ser implementados programas que tornassem possível a prevenção das doenças que provocam a perda progressiva dos rins. Segundo a CTRS, a construção desse sistema vem se dando por meio de um longo processo de discussão e pactuação entre os atores envolvidos com a atenção ao doente renal crônico no Estado do Rio de Janeiro (CTRS, 2000).

Projetos prioritários para intervenção

Após a definição, pelos gestores, das prioridades de intervenção na região, o NIDE, juntamente com os setores encarregados do desenvolvimento dos programas de Atenção Materno-infantil e Saúde da Família, estabeleceram, para cada um deles, um processo de trabalho que consistia em realizar oficinas de planejamento específicas para os macro-problemas selecionados, nos quais seria feito o detalhamento necessário tanto no que diz respeito ao diagnóstico de situação quanto às propostas de intervenção.

Em fevereiro de 2000, cada um dos segmentos realizou seu processo de planejamento, envolvendo as coordenações das respectivas áreas na região e os atores que poderiam contribuir em parcerias para seu desenvolvimento. O resultado desse trabalho foi a elaboração de projetos de infra-estrutura, a organização dos recursos humanos, o modelo assistencial, o modelo de gestão para os projetos e a criação de um núcleo regional de integração para o segmento, que ficaria responsável pela condução das estratégias definidas e pela sistemática de avaliação dos seus produtos e resultados.

No que diz respeito à Estratégia de Saúde da Família, foi possível desenhar um projeto de ampliação do número de suas equipes família na região, que evoluiu de uma cobertura de 5% para 20%. A programação da implantação das equipes foi precedida por um intenso processo de análise e avaliação das condições sanitárias e estruturais em cada um dos municípios. Contou com a participação não somente dos técnicos dos respectivos municípios mas também, dos técnicos da SES e do Ministério da Saúde. Além disto, foi possível estabelecer o piso e o teto salarial para evitar a competição e a rotatividade da força de trabalho. Houve processo de seleção pública regional para a contratação dos profissionais que seriam alocados nas equipes; a capacitação introdutória destes profissionais também ocorreu de forma regionalizada.

Em ambos os casos, a SES esteve ajudando tecnicamente a realização da ação. Todos os integrantes do Núcleo Saúde da Família, que passou a se denominar NIDE-Baixada, foram capacitados em metodologia de planejamento estratégico, numa parceria SES e Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, que faz parte do Pólo de Capacitação da Saúde da Família.

A área de Materno-infantil seguiu o mesmo processo, tendo como diretriz a melhoria das ações de materno-infantil na região, o que possibilitou a definição sobre os fluxos regionais de atenção ao parto, o investimento na ampliação das consultas de pré-natal e a elaboração de projetos para a instalação de Casas de Parto na região. Uma série de capacitações nas áreas de assistência e de gestão foram implementadas, bem como os pactos de referência, que possibilitaram a adesão dos municípios ao Programa de Humanização do Parto e Nascimento do MS.

Seguindo a lógica de pactuação permanente, os resultados do processo de planificação desenvolvido pelos segmentos foram apresentados aos prefeitos em um seminário que também tinha o objetivo de sensibilizar os gestores da região. Neste seminário, os gestores puderam conhecer as estratégias que foram pactuadas entre os três níveis de governo e puderam discutir algumas das dificuldades para realizar aquelas ações com o Secretário Estadual de Saúde e o Secretário de Políticas de Saúde do Ministério, bem como com os técnicos destes níveis de governo ali presentes.

O resultado maior desta ação foi a legitimação do processo e a melhoria na relação entre os níveis de gestão do SUS sem, no entanto, deixar de lado os ganhos concretos no que diz respeito aos convênios que poderiam ser celebrados posteriormente. Esta experiência demonstrou a factibilidade da proposta de integração regional ser implementada de forma pactuada, tendo como referência os problemas realmente existentes nas regiões segundo a visão dos atores que atuam nesse espaço.

... o espaço de possibilidades de solução de um problema é criado e limitado pelo ator social na sua perspectiva situacional, a qual é cega para certas vias que podem ser soluções para outro, o espaço de soluções de um ator é previamente orientado para certas possibilidades, excluindo ou cancelando outras. O espaço de solução de um problema é um espaço situacionalmente limitado pelo ator e isso é mais importante que a possibilidade de enumerar ou imaginar todas as soluções possíveis (Matus, 1993: 506).

Seminário de integração para regionalização

Em setembro de 2000, seguindo a orientação de se implementar a estratégia de integração regional da SES e criar condições para a implantação da Norma Operacional de

Assistência à Saúde – NOAS/ 01/MS, o NIDE realizou mais um seminário, que envolveu os setores da secretaria, com o objetivo de construir uma “fala única” da SES sobre suas políticas estratégicas, para viabilizar a Integração Regional e a Municipalização.

Para que este objetivo fosse alcançado, trabalhou-se no sentido de identificar e integrar os objetivos de promoção, prevenção e assistência à Saúde aos Sistemas Municipais de Saúde, nos níveis de Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade. A intenção foi constituir uma matriz de estratégia transversal, que articulasse resultados desejados nos níveis de atenção com os objetivos específicos de cada área ou programa. Além desses objetivos específicos, buscou-se instrumentalizar os técnicos da SES para a coordenação e a condução das oficinas de Planejamento Regional em Saúde, que seriam realizadas em seguida.

No documento “Integração regional em saúde no Estado do Rio de Janeiro: garantindo a integralidade das ações e superando as desigualdades”, técnicos do NIDE/SPD afirmaram que *até o momento os gestores municipais têm tido grande dificuldade para atuar de forma planejada, tendo como eixo a necessidade de sua população*. Por isto, deve ser retomada a discussão sobre a regionalização do sistema numa perspectiva ampliada, incorporando a dimensão da integralidade. Para eles, regionalização, como está na NOAS, e estratégia de integração regional teriam o mesmo sentido. No entanto, a amplitude é diferente, já que a regionalização prevista na NOAS se volta fundamentalmente para a assistência, enquanto a proposta da SES/RJ traz um conjunto maior de elementos a serem trabalhados.

No documento, a estratégia de integração regional é descrita como a formação de compromissos com gestores municipais visando o estabelecimento de uma nova metodologia de alocação e utilização de recursos do SUS que considere:

1. População e capacidade instalada;
2. Indicadores de saúde;
3. Características locais e regionais;
4. Efetiva utilização dos recursos financeiros;
5. Impacto causado pelas ações de saúde desenvolvidas;
6. Descentralização de unidades com perfil municipal;
7. Melhoria do acesso da população aos serviços de média e alta complexidade;
8. Apoio à implantação de consórcios intermunicipais de saúde.

Seminário estadual de planejamento estratégico em saúde

O êxito da experiência na Baixada Fluminense permitiu que a SES-RJ realizasse o I Seminário de Planejamento Estratégico em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em novembro de 2000. Esse projeto teve plena aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, reforçando o processo de construção coletiva e democrática de um projeto de Integração Regional.

Conforme ata da reunião da CIB, o Subsecretário de Planejamento e Desenvolvimento da SES declarou que:

... a integração regional foi vista como fator estratégico para superar as desigualdades dos sistemas de saúde, realizando um planejamento ascendente, com participação dos municípios. ... Por coincidência, o MS convocaria os Estados para discutir a questão da necessidade de regionalização. ... da realização do Seminário para estruturação do planejamento regional, que seria feito em conjunto com os técnicos indicados pelos Secretários Municipais de Saúde, onde seria possível inferir sobre os diagnósticos necessários para a organização desse projeto..

... Solicitou a presença, principalmente, dos técnicos das áreas de Saúde Coletiva, Planejamento e Controle e Avaliação. ... que o Seminário também estaria aberto para a participação dos SMSs e estava sendo proposta a participação de um representante do CMS de cada região do Estado, a ser definido pelo CES. ... que estava trabalhando os dados de cada região, com os núcleos de integração e planejamento estratégico, a fim de que a SES pudesse apresentar essas informações no Seminário, onde seriam definidas propostas para a promoção da saúde, abrangendo também os indicadores de qualidade e humanização... (CIB 2000: ata 10)

Para a realização de um seminário onde os participantes estariam construindo pactuações baseadas em problemas prioritários definidos pelos municípios, era necessária uma metodologia que possibilitasse que as mais de trezentas pessoas, entre técnicos e gestores de todos os municípios do Estado, tivessem condições de, ao final dos dois dias de discussões, apresentar o resultado do trabalho para aprovação.

Foram nove oficinas simultâneas, sendo uma para cada região do Estado, as quais tiveram como tarefa analisar a situação em relação aos problemas priorizados previamente por cada município, os quais foram consolidados pelos técnicos da SES e transformados em prioridades regionais. Esta prévia consolidação foi validada pelo grupo como redes explicativas de problemas e foram completadas ou reformuladas para que, a seguir, fossem discutidas as propostas de estratégias e os detalhamentos dos resultados esperados, prazos, responsáveis e indicadores para o seu acompanhamento. Ao final de dois dias de trabalho, todos os grupos estavam com seus planos regionais elaborados e prontos para serem apresentados ao conjunto dos participantes.

II Seminário de integração para regionalização

O segundo seminário de integração para a regionalização teve a finalidade de preparar a SES para o processo de implementação do planejamento regional que se daria, agora, com o foco na pactuação para a implementação da NOAS no Estado. Para a efetivação desta tarefa, os técnicos da SES precisavam conhecer melhor o que significava a nova norma e saber como estavam as diferentes áreas e programas no que dizia respeito diretamente ao primeiro instrumento exigido a Agenda de Saúde. Assim, foram apresentados diversos indicadores relativos ao programa de vacinação, tuberculose, DST/AIDS, materno-infantil, hanseníase, saúde mental, imunização, entre outros.

O seminário contou também com a presença de representantes de alguns municípios, o que possibilitou definir como se realizariam as oficinas regionais, que aconteceriam nas próprias regiões e como deveria ocorrer o processo de avaliação dos sistemas locais de saúde.

O fortalecimento da metodologia participativa de planejamento, gerou condições para o desenvolvimento de um método de avaliação das condições do sistema de saúde que incorporasse os múltiplos aspectos técnicos e a diversidade de visões políticas. Decidiu-se então pela implementação de uma metodologia de avaliação participativa, onde avaliador e avaliado contribuíram juntos os critérios, as dimensões e os conceitos de julgamento. Considera-se, aqui, a avaliação como um processo dinâmico por meio do qual se pode

medir e comparar entre si fatos, situações, realidades, estratégias, procedimentos e serviços, de modo a, com base em escolhas prévias de um dado enfoque, poder emitir juízo de valor que norteasse determinada tomada de decisão.

Como consta no plano estadual de saúde, o modelo de avaliação teria como enfoques básicos os seguintes elementos:

- **Acesso:** Grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população que demanda.
- **Integralidade da atenção:** O sistema local deve ser capaz de garantir um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.
- **Capacidade de Gestão:** Grau de ajuste entre as responsabilidades do gestor e a aplicação dos recursos na organização do sistema.
- **Qualidade:** Grau de ajuste entre oferta e satisfação do usuário.
- **Resolutividade:** Grau de ajuste entre demanda solucionada e demanda total

Visando construir um sistema de acompanhamento e avaliação condizente com a proposta em curso, foi sentida a necessidade da seleção de um conjunto de indicadores que seriam periodicamente acompanhados pela SES, através das instâncias de gestão dos planos em cada região. Esta seleção ficaria sob a responsabilidade de uma comissão formada por membros da SES, do COSEMS e do Conselho Estadual de Saúde.

Desta forma, um conjunto de indicadores denominado “mínimo relevante”⁵ (David, *apud* Peregrino, 2001:84) foi colocado à disposição das diferentes esferas de governo, para realizar um acompanhamento permanente da situação das diferentes áreas e um julgamento de valor sobre as condições de cada sistema local de saúde, tendo como finalidade o apoio ao processo de tomada de decisão.

⁵ Segundo David, este termo é utilizado, na área de educação, nos projetos, que prevêem uma avaliação *pari passu* com o próprio processo de aprendizagem do aluno, e que tentam identificar quais são as condições mínimas necessárias para o aluno ser habilitado.

Ciclo de oficinas regionais para planejamento em saúde - NOAS

Tentando cumprir o calendário estabelecido para a implementação da NOAS, a SES aprovou junto à Comissão Intergestores Bipartite a agenda de oficinas de planejamento para os temas que possibilitariam à região se organizar para dar conta do processo de habilitação na nova norma. Seriam discutidas nas oficinas: 1) dificuldades para se estabelecer a integração regional na saúde, 2) questões relativas à promoção da saúde, principalmente no aspecto da atenção básica, buscando-se pactuar os elementos centrais para a constituição dos instrumentos previstos na NOAS, Agenda Estadual de Saúde, Quadro de Metas, Plano Diretor de Regionalização – PDR e no Plano Diretor de Investimentos - PDI.

Como acertado anteriormente, esta atividade foi realizada de forma descentralizada e organizada em parceria com o município-sede dos eventos. Durou dois dias em cada uma das regiões e foram utilizadas as ferramentas adaptadas do método de planejamento estratégico situacional – PES. Foram dadas as condições para detalhar os problemas já identificados nas reuniões anteriores e atualizar as estratégias segundo a nova organização prevista para a região; pactos de fluxos foram estabelecidos entre os gestores e investimentos necessários foram sugeridos.

A presença, mais uma vez, na região, de técnicos de diversas áreas da SES propiciou um clima de confiança e respeito à política que vinha sendo implementada, o que pode ser percebido pelas declarações dos participantes das reuniões da CIB, contribuindo, de forma inequívoca, para o aprendizado dos técnicos municipais a partir do amplo debate sobre as questões de saúde e as alternativas de ação possíveis e os meios de sua realização. Como diz Rivera (1995:170), *no caso da construção da legitimidade dos planos (que supõe essa problematização discursiva), o modelo da comunicação direta é imprescindível, pois aqui não se trata de entender consensualmente um texto já escrito, mas de produzi-lo coletivamente.*

Esse processo garantiu que os produtos gerados tivessem ampla aceitação nos fóruns de decisão do SUS no Estado na CIB e no CES, não se encontrando resistência nem ao seu conteúdo nem à sua forma, e possibilitando, assim, um clima de cooperação permanente entre os atores que participaram destas instâncias, o que era de se esperar já que

em todas as oficinas, além dos técnicos das SMS, estavam também presentes membros do CES.

Posso aqui citar o que dizem Silva e Labra (2001:169): “no que se refere à relação entre a SES e a SMS do Rio de Janeiro, que sempre foi conflituosa nos governos anteriores, percebe-se a mudança no sentido da cooperação”. “...Segundo um membro do CMS-RJ, existe o compromisso de estabelecer um diálogo contínuo entre essas secretarias”.

Foram alcançados resultados significativos no que diz respeito à abertura para uma maior integração entre os setores da SES, que passaram a compreender melhor a realidade do Estado. Gerou-se também, a partir dessa iniciativa, a difusão da metodologia de planejamento estratégico, de forma a fazer com que vários municípios passassem a incorporar a metodologia em sua prática de gestão, de tal forma que, em alguns, o método foi utilizado em conferências municipais de saúde, assentando bases para a implantação de um modelo integrado de planejamento, o que contribuiria para o fortalecimento da regionalização,

Curso de Atualização de Gestores do SUS

Em parceria com o Projeto Vigilância em Saúde (Vigisus), e instituições de ensino superior, como o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – NESC/UFRJ e o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – IMS/UERJ, entre outras, em novembro de 2001 foi realizado o I Curso de Atualização de Gestores do SUS que, em seu módulo de planejamento e programação, pode utilizar o conteúdo dos produtos obtidos no planejamento regional em saúde conduzido pela SES/RJ, na articulação dos conceitos teórico com a experiência prática vivenciada pelos gestores.

O curso foi ministrado para gestores dos diferentes municípios, de forma descentralizada, por integrantes do NIDE/SES. Estes, utilizando os problemas referenciados nas oficinas regionais, selecionaram aqueles considerados de maior impacto no processo de implantação da NOAS para serem submetidos ao processamento estratégico com dois objetivos: 1) fornecer aos gestores conhecimento de um novo método de planejamento, que

possibilitava a construção de visão de futuro a partir de problemas reais identificados no sistema; 2) testar instrumentos adaptados da Prospectiva Estratégica de Michel Godet (1993) e a viabilidade deste método de construção de cenários ser articulado ao PES, de forma a possibilitar que a planificação considerasse o contexto da pós-implantação da NOAS/MS.

Na primeira etapa de trabalho, uma equipe de técnicos da SES selecionou um conjunto de vinte problemas que correspondiam às cinco dimensões de análise anteriormente citadas. Em seguida, estes problemas foram convertidos para a forma de resultados possíveis, compondo, assim, o grupo de eventos que seriam submetidos à análise dos gestores no que diz respeito à sua pertinência e probabilidade de ocorrência. O resultado desta análise permitiu a seleção das variáveis motrizes do sistema e seu processamento estratégico a partir do cenário selecionado como desejável para o SUS com a implantação da NOAS.

Essa experiência permitiu a constatação de que poderia ser viável a articulação dos métodos de planejamento e que essa articulação talvez ajudasse na construção de uma visão de futuro compartilhada e no planejamento de ações que viessem a intervir sobre questões que ainda estariam por surgir.

Resultados alcançados

A SES passou a ter maior participação no financiamento das ações municipais de saúde, através de repasse financeiro aos municípios: foram 4,6 milhões de reais repassados aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, seguindo um plano de trabalho compatível com as prioridades regionais.

Este fato foi fruto da nova metodologia de alocação de recursos financeiros do SUS, desenvolvida e implantada em conjunto com os gestores municipais, de forma que os Consórcios entre os gestores públicos possibilitaram a realização de atividades comuns referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde, tornando possível alcançar uma maior oferta de serviço de alta complexidade através da maximização dos recursos e da reorganização da Atenção Básica.

Pode ser dito que houve aumento do acesso dos usuários, devido à adesão massiva dos municípios do Estado ao Programa de Saúde da Família e a ampliação significativa do número de equipes. Além disso, houve acentuado avanço no fortalecimento da coordenação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, com aprovação pela CIB e CES e sua implementação conjunta de um modelo de acompanhamento e avaliação com aprimoramento das normas, critérios e parâmetros de avaliação, o que permitiu efetivo conhecimento sobre a real situação da saúde no Estado e orientou, de maneira sistemática, a cooperação técnica aos municípios.

É possível perceber avanços na implementação de um modelo integrado e participativo de planejamento que tem sido facilitado pelo uso da informática, o que permitiu também que o acesso às informações em saúde para a população fosse ampliado.

A política estadual e a sua relação com a nacional

Com a publicação da NOAS pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde passou a orientar seu trabalho em função da necessidade de cumprir as exigências nela contidas, apesar da regionalização já ser considerada uma prioridade gerencial para a consolidação de um projeto democrático de saúde pública e para diminuir as desigualdades entre as regiões do Estado. O ex-Subsecretário de Planejamento e Desenvolvimento, dizia “estabelecemos como nossa missão institucional a superação das desigualdades sanitárias entre as diversas regiões desse Estado, através da construção de parcerias com os municípios...” (Fernandes, 2001:91).

No ano de 2000, pela primeira vez no Estado, os municípios fluminenses e técnicos da SES-RJ, através de Oficinas Regionais, definiram os problemas prioritários de cada região, as estratégias para enfrentá-los e uma série de desdobramentos e compromissos. Este processo ajudou a levantar um conjunto de dificuldades existentes no SUS, principalmente no que diz respeito ao processo de regionalização, o qual exige uma importante capacidade de oferta de serviços e de responsabilidades na área da gestão que uma significativa parcela dos municípios do Estado do Rio de Janeiro não consegue suprir. As dificuldades em relação à capacidade técnica, de gestão e à sua infra-estrutura de

produção, incidem sobre a habilitação dos municípios em uma das condições de gestão previstas na NOAS/SUS.

Devido a esta situação, uma série de alternativas foi articulada por gestores municipais que se julgaram prejudicados pela reestruturação do SUS. Uma importante parcela acreditava que a NOAS vinha para restringir o processo de descentralização, contrariando a municipalização preconizada na Constituição Federal e no arcabouço jurídico do SUS, não só no Estado, mas também em nível nacional.

Os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS pronunciaram-se de forma oficial, com algumas manifestações em reuniões nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), reivindicando reformas na NOAS/SUS e conseguiram fazer com que os prazos fossem revistos, o financiamento modificado e o comando sobre os prestadores melhor definido. O conflito é latente, entretanto, ainda não o suficiente para inviabilizar a implantação deste projeto.

No Rio de Janeiro, a utilização de métodos de planejamento estratégico que associavam o enfoque situacional (Matus, 1993) ao enfoque prospectivo (Godet, 1996) de forma participativa possibilitou uma melhor sistematização das intervenções necessárias e facilitou o envolvimento dos diferentes atores do SUS na definição das prioridades e construção de políticas.

Para o desenvolvimento de políticas de organização do sistema de saúde no Estado, buscou-se construir uma visão de futuro sobre os contextos possíveis de serem vividos futuramente no Sistema Único de Saúde com a implantação da NOAS, de forma a constituir um orientador para a adequação dos investimentos necessários ao Plano Diretor de Regionalização.

Um método de planejamento como ferramenta para o pensamento sistêmico

Peter Senge (2000) sugere ser importante a difusão de ferramentas sistêmicas para a criação de massa crítica que possa desenvolver o pensamento sistêmico e assim atuar na resolução de problemas que sejam prioritários ou relevantes para o conjunto da organização.

Nesse sentido, a SES, como organização que tem como função coordenar e conduzir o processo produtivo como um todo, percebe a necessidade de desenvolver uma visão de futuro a fim de motivar os demais atores envolvidos no SUS para a construção de um projeto coletivo, projeto este que incorpore os diferentes projetos particulares e que garanta a motivação para realizar mudanças. Para isso, buscou articular os enfoques situacional e prospectivo de planejamento estratégico.

A situação como orientadora da ação

O desenvolvimento do enfoque situacional no planejamento estratégico é orientado pela teoria da produção social, a qual estabelece uma relação entre os produtos da ação humana nos diferentes níveis de estrutura da sociedade. No fluxograma explicativo surgem as conexões entre os problemas destacados e os fatores que os causam (Matus, 1993). A análise situacional, que também é sistêmica, fornecerá elementos para a elaboração dos planos que incidirão sobre as questões consideradas como problemáticas. Consideram-se problemas, as situações definidas pelo ator que tenham discrepância entre o que ele acha que é e o que ele desejava que fosse. Logo, um problema é relativo segundo a posição do ator, seus interesses e sua visão de mundo. Pode ser atual, vigente ou potencial (ameaça para o futuro).

O método formulado por Matus (1993) talvez possa ser usado para gerar condições aos atores sociais de desenvolverem o pensamento estratégico (Testa, *apud* Rivera, 1989) facilitando, assim, a percepção das inter-relações sistêmicas dos problemas. Matus (1993: 306) diz que o momento explicativo é um encadeamento sistêmico, um processo contínuo onde “explicar significa também compreender o processo de inter-relação entre os problemas, para ter uma visão de síntese do sistema que o produz”. Para Motta (2001), pensar estrategicamente é analisar de forma singular o presente e perceber os elementos críticos que afetam o contexto; é, também, voltar-se para o futuro.

Dessa forma, o PES permite também, conforme indica Rivera (1989), a ampliação da capacidade comunicacional dos participantes no processo de análise, o que pode facilitar a conquista de maior liberdade no *mundo da vida*, onde a acumulação cultural da sociedade

e a razão comunicativa estão numa permanente relação dialética com o sistema (Habermas,1989). É este o tipo de ação denominada “agir comunicativo”, onde são constitutivos somente os atos de fala, aos quais o falante une pretensões de validade criticáveis à uma razão centrada na comunicação que busca fundamentar suas críticas em procedimentos argumentativos dos tipos, de verdades proporcionais, de correção normativa, de autenticidade subjetiva, configurando sua ação e discurso no interior do processo comunicativo.

A incorporação do referencial teórico de Habermas - agir comunicativo - ao planejamento estratégico talvez permita a formulação de um modelo de planejamento que facilite a incorporação de atores, com visão de mundo diferenciada, no processo decisório (Paterson, *apud* Mintzberg, 1995), contribuindo, assim, na descentralização do poder e no fortalecimento da participação social na construção de um projeto coletivo, requisitos de grande importância para impulsionar as ações que contribuirão para a consolidação do SUS.

O enfoque situacional, que constitui uma das formas de se planejar estrategicamente, requer, como diz Rivera (1996), para seu desenvolvimento eficaz, que a organização se disponha a ser democrática e participativa, tendo como objetivos realizar mudanças em seus processos, em sua estrutura, bem como, em sua cultura. O planejamento estratégico ocupa cada vez mais espaço entre as organizações modernas. Com o avanço da democracia provocado pela crescente mobilização social, marcadamente na década de 80, instituições de diferentes segmentos passaram a considerar em seus cálculos situacionais as variáveis políticas e os atores sociais que as influenciam, atuando criativamente no sistema no qual elas se inserem.

O enfoque situacional, foi introduzido no Brasil pelo economista chileno Carlos Matus que, a partir de sua experiência na estrutura de governo do Chile e em organizações de assessoria a governos e organismos do movimento social, pode formular um arcabouço teórico para sustentar o método de planejamento estratégico.

Este método considera a existência do outro enquanto ator social que percebe a realidade e atua criativamente sobre ela em função de sua motivação, de seu interesse e de sua visão de mundo. Na análise de situação, são os problemas que os atores percebem que

orientará a formulação de operações visando modificar a situação de inadequação, levando-a a uma nova situação, onde os problemas estarão transformados. Uma imagem-objetivo.

A prospecção reorientando as ações:

Os sistemas sociais, como o sistema de saúde, configuram-se enquanto sistemas de problemas quase estruturados (Rivera, 1995), no que diz respeito ao conhecimento de suas variáveis. Estas não são completamente conhecidas e também não são dadas de antemão as respostas ou alternativas de intervenção requerendo, de forma intensa, a criatividade dos atores envolvidos para sua formulação. Essas alternativas são caracterizadas por serem, na sua maioria, políticas, logo, como diz Testa (1992:11), são *propostas de distribuição de recursos*, o que as tornam de difícil consenso.

A criatividade, como foi dito, exerce um papel relevante para a formulação de propostas que se adaptem às circunstâncias contextuais. Assim, torna-se necessária a articulação de múltiplas visões para a geração dessas idéias, o que pode ser realizado através do processo coletivo de reflexão estratégica (Motta, 2001). De acordo com Motta (*Idem*:47), a formulação estratégica na atualidade baseia-se *menos em projeções do passado e tendência do presente e cada vez mais em dados do futuro*. A reflexão estratégica cria referências futuras com os seus cenários e visões, possibilitando aos participantes do processo deslumbrarem caminhos diversificados e suas interligações, fortalecendo suas capacidades de relacionarem, de forma sistêmica, os elementos contextuais.

Construir cenários é uma tentativa de organizar, de maneira lógica e compartilhável, um grande número de informações e de imaginações individuais sobre o futuro. Cenários dão sentido a eventos, dados, informações e histórias que surgem de forma contraditória, fragmentada, ameaçadora e contestadora dentro do serviço ou da equipe. O cenário organiza “eventos” futuros segundo um padrão lógico e imaginativo de interdependência de fatos externos à organização ou à equipe. (Motta, 2001:105).

Godet (1993:69), chama a atenção sobre a existência de *uma multiplicidade de maneiras de se construir cenários*, mas que somente serão reconhecidos como tais quando seguirem uma seqüência com *um certo número de etapas muito precisas*, como: análise do sistema; retrospectiva; estratégias dos atores; elaboração de cenários. O autor (*Idem*)

descreve de forma detalhada as etapas que conduz da prospectiva ao planejamento estratégico da seguinte forma:

1. **Construção da Base** – identificação do estado atual do sistema

1.1. Delimitação do sistema através da seleção das variáveis que o caracteriza, com estabelecimento de suas relações.

1.2. Determinação das variáveis-chave e seleção das prioritárias através da sua relação, essa etapa possibilita uma melhor compreensão sobre o sistema.

1.3. A retrospectiva busca identificar os atores, seus interesses e estratégias, evidenciando as invariantes do sistema e suas tendências pesadas, assim como permite evidenciar os desafios do futuro através do posicionamento dos atores relativamente aos objetivos estratégicos e às suas relações de força.

2. **Elaboração de cenários** – com os elementos-base definidos, aplica-se o método dos cenários para estabelecer as trajetórias de desenvolvimento e inter-relação entre atores, projetos e variável – situação atual para situação futura.

2.1. Variáveis explicativas - interação entre as variáveis selecionadas, elementos-chave do sistema e as estratégias dos atores, conflitos e interesses.

2.2. Cenários prováveis – definição das hipóteses correspondentes às diferentes relações entre atores e variáveis que permitirão elaborar os cenários mais prováveis.

2.3. Jogos de hipóteses sobre os indicadores explicativos. Busca apoio na opinião de peritos sobre as probabilidades das hipóteses.

2.4. Define o que é possível, realizável e desejável, bem como as condições em que se darão os cenários.

3. **Definição das estratégias:** A partir dos objetivos estratégicos definidos para cada cenário serão orientadas as ações a serem realizadas.

Os cenários são classificados segundo a natureza e a probabilidade de referência, na forma como se segue (Godet, 1993):

- ❖ Cenários possíveis: tudo o que se pode imaginar
- ❖ Cenários realizáveis: tudo é possível, levando em conta o contexto.
- ❖ Cenários desejáveis: que se encontram em qualquer parte do possível, mas não são todos necessariamente realizáveis.
- ❖ Cenário tendencial: seja provável ou não, é, em princípio, a extrapolação das tendências.
- ❖ Cenário de referência: mais provável, seja ele tendencial ou não.
- ❖ Cenário contrastado: é a exploração de um tema voluntariamente extremo, determinação *a priori* de uma situação futura; corresponde a um caminho antecipativo, imaginativo, normativo; fixação de um cenário futuro em geral muito contrastado ao presente; pouco provável.

Matus (1993) sistematiza seu enfoque estratégico segundo o conceito de momento, o que nos remete à idéia de retroalimentação apresentada por Peter Senge (2000), como um processo contínuo ou uma cadeia de casualidade que não tem começo nem fim.

A preocupação com a governabilidade torna o Planejamento Estratégico Situacional (PES) um método de planejamento prioritariamente voltado para a política, mas que tem sido adaptado para organizações de complexidade distintas. Desta forma, a técnica de cenários utilizada por Matus visa identificar no contexto elementos que venham a intervir na implementação dos projetos, simular e antecipar os fatores e as dimensões que mudam com a situação e, assim, construir a viabilidade das operações e projetos do plano. Para Matus, o planejador precisa se preparar para aproveitar as situações que surgem, sejam elas favoráveis ou não. Assim, os planos devem ser acompanhados de outro plano, chamado de plano de contingências ou de demandas e denúncias, que incidirá sobre cada um dos cenários previstos.

Com o intuito de facilitar a compreensão sobre o tema, destacamos as definições a seguir:

- ❖ A técnica de cenário consiste em descrever de maneira coerente o encaminhamento entre a situação atual e o horizonte escolhido seguindo, a evolução das principais variáveis do fenômeno identificado pela análise estrutural (Godet, 1993:80).
- ❖ Para Matus (1993:264) o planejamento situacional deixa claro que em momento algum *se governa com governabilidade absoluta*, o que exclui um desenho determinista de futuro e exige *cálculo interativo e fundamentação de apostas em contextos explícitos. Esses contextos explícitos são cenários possíveis do plano.*
- ❖ Um olhar sobre o futuro orientado a esclarecer, iluminar a ação presente (Godet, *apud* Rivera, 2001)
- ❖ Descrição coerente e plausível das características futuras do contexto que influencia um plano de ação (parte passiva do cenário) e das estratégias pertinentes (parte ativa) dos dois termos, isto é, da combinação (Matus, *apud* Rivera, 2001).

A construção de cenários tem como objetivo possibilitar a seleção de algumas hipóteses entre uma variedade de combinações projetadas e, com isso, auxiliar na contextualização do plano, orientando a formulação de estratégias. Os cenários somente terão validade se tiverem **pertinência**, guardarem **coerência**, forem **verossímeis** e **transparentes**.

A técnica de desenho de cenários está inserida no enfoque prospectivo⁶ de Godet (1993), que se constitui como um enfoque estratégico que permite orientar o planejamento. Assim como o enfoque situacional (Matus, 1993), a prospectiva considera as diferentes visões de contexto proveniente da existência de atores com interesses e estratégias distintos.

A análise prospectiva contribui para a sustentabilidade institucional. Ela permite, de forma sistemática, a compreensão e percepção do comportamento de variáveis do ambiente que são relevantes para a definição de rumos e estratégias organizacionais.

Uma das finalidades da prospectiva é integrar todas as variáveis de um problema, qualquer que seja a sua natureza, de modo a permitir uma visualização de quais impactos terão umas sobre as outras e, também, que impacto terão, em conjunto, sobre as ações que serão tomadas.

O planejamento estratégico situacional, em seu momento explicativo, analisa a situação do problema, desencadeando um processo de inter-relação causal entre *numerosas variáveis* de um dado sistema, de forma a estabelecer um fluxograma situacional que flui da dimensão das regras, passando pelas acumulações até chegar aos fatos, numa representação da teoria da produção social.

Matus se preocupa com o contexto em que o plano se desenvolve. Assim, alerta para a necessidade de permanente acompanhamento das condições que poderão interferir no progresso das operações estabelecidas no plano. Essas condições são denominadas por ele de circunstâncias *betas* que são constituídas por eventos com grande probabilidade de ocorrer, não sendo nem controladas nem conhecidas *suas leis de causação*, sendo

⁶ A palavra prospectiva tem origem latina. O verbo “prospicere” significa olhar para longe ou de longe, discernir alguma coisa que está à nossa frente; empregava-se no século XVI, foi utilizada por Paul Valery e relançada por G. Berger em 1957, em artigo da “Revue des Deus Mondes” (Godet, 1993: 21).

denominadas de *variantes do jogo*, que podem gerar condições para a articulação entre os enfoques.

Para Matus (1993: 311), *se o planejamento deve sustentar-se numa análise dos problemas que afetam a população, são necessários métodos simples para que todos compreendam a gestação e o desenvolvimento dos problemas.*

O planejamento preside e precede a ação para a construção de um futuro desejado; entretanto, segundo Rivera (2001), o planejamento estratégico situacional requer um complemento que permita uma maior previsão do comportamento das variáveis que interferem sobre o contexto prospectivo. Esta previsão difere da predição clássica de tendências, que se insere em sistemas bem estruturados, com apenas uma possibilidade de futuro, o que não é o caso do social, onde os contextos são semi ou mal estruturados, como diz Matus:

“Em outras palavras, temos de substituir o cálculo determinista pelo cálculo interativo e pela fundamentação de apostas e contextos explícitos. Esses contextos explícitos são cenários possíveis do plano” (Matus, 1996: 264).

Isso pode significar que, ao se ter uma visão prospectiva, se verá com amplitude e se forjará uma visão de futuro. Uma visão de futuro é basicamente saber antecipar o que deve ser produzido, que tipo de competências serão necessárias e como se dará o relacionamento entre quem produz e quem consome, no tempo futuro. Ter uma visão de futuro é condição importante para que uma liderança consiga motivar e mobilizar, além dos recursos materiais para a implementação de propostas, os desejos e paixões tão necessários quando se busca construir um projeto coletivo (Senge, 2000:233). A visão de futuro ajuda, mas se não estiver acompanhada de uma adequada capacidade de execução, não será de muita valia, a previsão do futuro deve servir para orientar as ações na construção de um contexto favorável e permitir uma antecipação sobre os eventos desfavoráveis.

Como foi dito, é preciso saber quais as competências necessárias, isso porque é fundamental que a organização tenha tecnologia e gente que a capacite para executar, de forma efetiva, as ações necessárias. A eficácia dessa visão de futuro se dá através do

processo de sua construção, a previsão de futuro de ser o amálgama de perspectivas e percepções antecipadas de vários indivíduos, de forma a compor uma visão coletiva de futuro.

Para criar o futuro, uma organização precisa desenvolver uma representação visual e verbal das possibilidades desse futuro, de forma a estimular as percepções e a criatividade. Com esses estímulos, se abre-se a possibilidade de diálogo e debates “interfuncionais” que permitirão a troca de experiências e o desenvolvimento do pensamento sistêmico, que certamente incidirá sobre a cultura organizacional alterando, os *modelos mentais*⁷ (Senge, 2000) que fazem com que as pessoas foquem o cotidiano e desprezem as perspectivas de futuro.

O cenário futuro tem a finalidade de orientar a organização para se capacitar a enfrentar os desafios que surgirão, mas também para se antecipar na implementação de inovações que possam desenvolver novas competências e gerar mudanças estruturais que levem melhorias ao público-alvo de suas ações. Por meio da prospectiva se quer saber o *pode acontecer*, não o que *vai acontecer*, nem o que *deve acontecer*, para desta forma, se preparar para as possíveis mudanças.

O PES é um método extremamente eficiente, quando atuando sobre os problemas atuais facilita seu enfrentamento e possibilita a ampliação da governabilidade do dirigente. A prospectiva possibilita uma definição sobre as competências que serão necessárias para o contexto futuro. O PES organiza as pessoas e os recursos, a prospectiva mobiliza paixão e desejos e estimula a criatividade. Os métodos conjugam, a objetividade e a subjetividade elementos essenciais a criação de uma arquitetura estratégica que desenvolva competências, gere inovações, mas, que viabilize também, a integração organizacional, a conversação interfuncional, a construção de consensos e o fortalecimento de compromissos.

⁷ “... Imagens internas profundamente arraigadas sobre o funcionamento do mundo, imagens que nos limitam a formas bem conhecidas de pensar e agir ... Nossos “modelos mentais” determinam não apenas a forma como entendemos o mundo, mas também como agimos” (Senge, 2000:201).

Análise situacional

Seleção dos problemas do plano

No primeiro momento em que ocorreu a explicação da situação, tomou-se por base doze macroproblemas selecionados em experiência realizada anteriormente com os municípios da Baixada Fluminense. A partir desses macroproblemas, foram definidas as causas que permitiriam a sua descrição: são os vetores de descrição dos problemas – VDP.

Cada uma das SMS recebeu um instrumento (planilha eletrônica) onde estavam registrados os macroproblemas, para que as equipes pudessem indicar quais as causas e as conseqüências a eles associadas.

Através dessa planilha eletrônica, as Secretarias Municipais puderam indicar quais dos macroproblemas se manifestavam em seu território e qual era sua descrição. Nesse momento, as SMS tiveram a chance de selecionar até cinco macroproblemas prioritários para o município.

Definição dos problemas prioritários

Nesse momento, as questões relativas ao sistema foram debatidas de forma a possibilitar a identificação dos elementos problemáticos de uma situação, construindo-se, assim, uma explicação para a realidade a partir da perspectiva dos atores que atuam no sistema. Como disse Matus (1995:35), “a realidade gera problemas, ameaças e oportunidades. O político trabalha com problemas e a população sofre problemas”. Para o autor, isso atribui praticidade ao planejamento, ao colocá-lo diante da realidade, e possibilita a participação cidadã, coisa que não é possível quando se planeja com enfoque setorial.

Os problemas são sempre relativos a um ator e correspondem a um mal estar produzido por inadequação em uma variável significativa para o processo, segundo a percepção do ator que o pronuncia. Matus (1996 (a):250) diz que “um problema para um jogador é o resultado insatisfatório que, em determinado instante, o jogo lhe oferece”.

Com a identificação e o estabelecimento de consenso sobre a relevância do problema, são feitos os inter-relacionamentos causais, expondo, de maneira sistêmica, a explicação para uma dada situação. Alguns problemas são conseqüências, provêm de uma ou mais inadequações, outros são as causas, que reforçam ou amenizam essas

conseqüências; assim, a explicação nada mais é do que a elaboração de uma hipótese sobre o processo de constituição do macroproblema, Matus (1993).

Com a explicação construída, os atores selecionam os problemas estabelecendo valores segundo a importância que estes tenham para seu projeto e sua capacidade de intervir, considerando os recursos necessários para execução de operações necessárias e o impacto que a modificação do problema tenha sobre as circunstâncias contextuais, ou o jogo social, os problemas selecionados são os nós-críticos.

No caso da SES/RJ, buscava-se analisar os fatores que dificultavam uma adequada prestação de serviços de saúde à população.

Explicação dos problemas – descritores

O problema necessita ser descrito com a definição de seu conteúdo para que se possa superar sua ambigüidade, isso é feito através da enumeração dos fatos que o demonstrem. Os elencos de fatos verificáveis são denominados de vetores de descrição do problema - VDP. A explicação de um problema é, na verdade, a construção de um modelo qualitativo que demonstre sua gestação e tendências.

A construção deve ser feita, portanto, na lógica da teoria da produção social, dividindo os VDPs pelos diferentes níveis do fluxograma explicativo; os fatos gerados devem ser situados no nível dos *fluxos*, enquanto os elementos que são relativos à capacidade de produzir os fatos estarão situados no nível das *acumulações*, e os problemas reativos às questões normativas, que autorizam a realização de fatos ou a acumulação de capacidades, estarão situados no nível da *regras*.

O fluxograma explicativo pode ser identificado como uma ferramenta sistêmica que fornece ao analista condições de compreender o sistema como um todo, através das suas relações de causais.

Na SES, o fluxograma explicativo foi construído pela equipe de planejamento tendo por base as explicações recebidas de cada uma das 92 SMS para, em seguida, ser apresentado aos participantes do I Seminário de Planejamento Estratégico em Saúde de forma fragmentada em organograma de problemas, pois havia o entendimento de que a ferramenta poderia causar certa dificuldade para a constituição de uma análise coletiva (20 a 30 participantes, sem a possibilidade de subdividir em grupos menores), em um curto espaço de tempo (cerca de 2 horas de trabalho nesta fase).

Como já foi dito, para se chegar a essa construção foram considerados doze macroproblemas estabelecidos, *a priori*, na oficina de planejamento da Baixada Fluminense, como sendo os problemas do sistema como um todo. Matus (1995: 41) afirma que “muitos problemas têm estruturas e formas bastante semelhantes, apesar de as peculiaridades quantitativas, geográficas, culturais serem muito diferentes. Há uma notável regularidade entre problemas similares de saúde seja qual for sua localização em regiões e países”.

Planejamento passo a passo

Identificação das causas e conseqüências

Tendo recebido o instrumento de explicação da situação em meio magnético, os gestores e sua equipe puderam discutir os macroproblemas e sugerirem outros, associando a eles as causas e conseqüências que explicavam sua existência em seu território.

Seleção dos nós críticos

Com a descrição realizada, caberia ao participante da análise selecionar os macroproblemas prioritários para a região segundo sua percepção; para a realização dessa fase foi criado o **Instrumento 1 – análise de prioridade**, que estabelecia os critérios de seleção de prioridade de maneira que todos os municípios tivessem os mesmos focos de análise. O instrumento indicava dois grandes grupos de quesitos, com uma tabela de notas associadas a eles, de forma que a seleção pudesse ocorrer, primeiramente, de maneira individual, em seguida coletivamente, com a utilização de média aritmética para se ter uma posição do grupo, permitindo uma indicação sobre a percepção que o orienta, uma aproximação da intencionalidade coletiva.

Segundo Searle (2000: 112) “agentes individuais podem ter em suas cabeças individuais uma *intencionalidade* da forma, *nós temos a intenção, nós esperamos* e outras”, o que se deseja com o instrumento é permitir que essa *intencionalidade* seja comunicada e mesmo configurada de forma coletiva, já que sempre que se tem pessoas cooperando, compartilhando seus pensamentos, tem-se intencionalidade coletiva, que é a base de toda atividade social.

Esta ferramenta possibilitou que as diferentes posições pudessem ser consolidadas durante as oficinas do seminário de planejamento, numa posição coletiva construída através do diálogo entre os diferentes atores e a confluência de seus interesses.

Instrumento 1: Análise de prioridade

CRITÉRIOS PARA A PRIORIZAÇÃO				
COLUNA A				
POSSIBILIDADE DE AÇÃO: DISPONIBILIDADE DE RECURSOS		CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO		
RECURSO	TIPO			
PODER DECISÓRIO	POLÍTICO		pelo menos 1 ponto por recurso disponível. Avaliação subjetiva segundo percepção do participante, cada ação requer uma quantidade de recursos para sua realização.	
DISPONIBILIDADE DE TECNOLOGIA	MATERIAL			
MOBILIZAÇÃO	HUMANOS			
CUSTO OPERACIONAL	FINANCEIRO			
GRAU DE CONHECIMENTO NECESSÁRIO	CONHECIMENTO			
OBS.: AS NOTAS SÃO EM FUNÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE RECURSOS				
COLUNA B				
IMPACTO SOBRE A SITUAÇÃO VIGENTE:				
CONDIÇÃO	TIPO	NOTA		
NÃO DEVE MODIFICAR A SITUAÇÃO VIGENTE	NEUTRO	1	Pontuação segundo a condição atendida	
PODE CRIAR CONDIÇÕES PARA MUDAR A SITUAÇÃO VIGENTE	INSUFICIENTE	2		
CRIA CONDIÇÕES QUE MUDARÃO A SITUAÇÃO VIGENTE	RAZOÁVEL	3		
ALTERA A REALIDADE E FAVORECE A IMPLEMENTAÇÃO DE ALTERNATIVAS	BOM	4		
DESENVOLVE ALTERNATIVAS GERANDO ORGANIZAÇÃO	EXCELENTE	5		
OBS.: AS NOTAS SÃO RELATIVAS A CONDIÇÃO ATENDIDA				

SITUAÇÃO VIGENTE: prestação insuficientemente adequada de serviços de saúde à população no município																	
MACRO-PROBLEMAS	Possibilidade de Ação (A)					Altera a Situação Vigente (B)					DECISÃO			ISTO É UM PROBLEMA PARA SEU MUNICÍPIO?			
	NOTA					NOTA					CRA x ASV			SIM	NÃO		
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	A	x	B	=			
Ações da área materno-infantil deficientes	2					4					2	x	4	=	8	X	
Baixa integração regional	4					1					4	x	1	=	4		X
Baixa resolutividade hospitalar	4					1					4	x	1	=	4		X
Dificuldade de acesso aos serviços de alta e média complexidade	3					4					3	x	4	=	12	X	
Dificuldade de realização de diagnóstico	4					1					4	x	1	=	4		X
Dificuldade para o usuário obter medicamentos	4					1					4	x	1	=	4		X
Inadequada política de RH	2					4					2	x	4	=	8	X	
Insuficiência das atividades de promoção à saúde	3					4					3	x	4	=	12	X	
Insuficiência de cobertura do PSF	3					4					3	x	4	=	12	X	
Insuficiência gerencial no SUS	4					1					4	x	1	=	4		X
Insuficiente atendimento à demanda de sangue, componentes e derivados	3					4					3	x	4	=	12	X	
Sistema de informações deficiente	3					4					3	x	4	=	12	X	

Formulação estratégica

Neste momento os participantes do processo de planejamento selecionaram o conjunto de ações que possibilitavam o alcance de seus objetivos. Para Matus (1996 a) o plano de ação é algo inevitável na vida do homem, a ele se contrapõe a improvisação.

Portanto, as Matrizes de Planificação Estratégica que as SMS (**Instrumento 2**) preencheram, também traziam suas propostas de intervenção sobre cada um dos descritores dos macroproblemas. A utilização desse instrumento possibilitou aos membros das equipes das SMS (técnicos, gerentes e representantes do controle social), que pudessem abordar a administração da saúde por uma perspectiva sistêmica, entendendo-a em sua totalidade.

Instrumento 2: Matriz de Planificação Estratégica

(Obs.: as colunas seguem até o décimo segundo macroproblema, podendo o analista inserir outros)

CASO EXISTAM DE OUTRO MACRO-PROBLEMA REGISTRE-O NA SEQUÊNCIA.		
Quais os problemas que dificultam uma adequada prestação de serviços de saúde municípios?		
12 MACRO-PROBLEMAS =>	Ações da área materno-infantil deficientes	Baixa integração regional
1 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
2 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
3 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
4 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
5 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
6 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
7 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
8 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
9 - DESCRITORES (CAUSAS) =>		
1 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
2 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
3 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
4 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
5 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
6 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
7 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
8 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
9 - DESCRITORES (CONSEQUENCIAS) =>		
1 - PROPOSTAS =>		
2 - PROPOSTAS =>		
3 - PROPOSTAS =>		
4 - PROPOSTAS =>		
5 - PROPOSTAS =>		
6 - PROPOSTAS =>		

Creio que isso possa ter permitido a aproximação de uma nova *práxis* em sua rotina de trabalho, a de pensar conjuntamente soluções para problemas inter-relacionados, abordando o SUS de forma sistêmica, o que representa uma ruptura com a lógica fragmentada que orienta as análises por setores, áreas ou programas de saúde - um processo de aprendizagem através do pensamento sistêmico começa a se desenvolver.

Peter Senge (2000), como já disse, sugere ser importante a difusão de ferramentas sistêmicas para a criação de massa crítica que possa desenvolver o pensamento sistêmico e atuar na resolução de problemas que sejam prioritários ou relevantes para o conjunto da organização.

Os programas foram considerados como a operação que deve ser realizada para modificar de forma permanente a inadequação identificada no sistema.

As diferentes proposições formuladas pelas SMS foram sistematizadas e levadas aos grupos para que fossem adequadas ao que havia sido pactuado em termos de explicação do problema e da seleção de prioridades para cada região.

A sistematização proporcionou a condição para a vinculação das diferentes propostas aos programas definidos no Plano Plurianual da SES.

Assim, os programas são as respostas aos diferentes macroproblemas, restando apenas serem definidas as estratégias adequadas para cada região, conforme suas especificidades. Definiu-se a estratégia como sendo a utilização de táticas (alocação de recursos escassos na produção de uma mudança na situação) para produzir mudanças na situação-objetivo, como definida em Matus (1996 a).

Com os problemas priorizados descritos, os grupos desenharam as estratégias que deveriam ser utilizadas para a mudança da situação em cada uma das regiões, considerando a capacidade de realização do estado, mas também a dos municípios reunidos.

Esse momento coincide com o momento normativo do PES, que é quando se desenha o plano de intenções e de desejos, um compromisso entre os atores que participam do processo e o mapa direcional que possibilitará a consecução das transformações desejadas, também definidas como imagem-objetivo.

No caso SES/RJ seguiu-se detalhando os quadros denominados de planilha de planejamento estratégico, que continham as seguintes colunas:

1. Macroproblema
2. Descritores
3. Estratégias
4. Ações
5. Produtos elaborados
6. Resultados desejados
7. Prazos, e
8. Responsáveis

Até aqui, as intervenções que devem ser conduzidas nos diferentes níveis organizacionais, para possibilitar que as transformações desejadas venham a ocorrer, são, como já foi dito, os compromissos de ação declarados na conversação entre os atores envolvidos no processo de produção.

Aqui também são construídas as intenções coletivas. Dessa forma, o PES permite, conforme indica Rivera (1989), a ampliação da capacidade comunicacional dos participantes no processo de análise, o que pode facilitar a conquista de maior liberdade *no mundo da vida*, onde a acumulação cultural da sociedade e a razão comunicativa estão numa permanente relação dialética com o sistema (Habermas, 1989).

É este o tipo de ação denominada “agir comunicativo”, quando são constitutivos somente os atos de fala, aos quais o falante une pretensões de validade criticáveis a uma razão centrada na comunicação que busca fundamentar suas críticas em procedimentos argumentativos dos tipos, de verdades proporcionais, de correção normativa, de autenticidade subjetiva, configurando sua ação e discurso no interior do processo comunicativo.

Análise e construção de viabilidade

Aqui estamos no momento estratégico, quando, após ter sido feita uma explicação da realidade em que se vive, com as operações, ações e imagem-objetivo definidas, se estabelece o que se deve fazer considerando-se os relacionamentos dos atores, os seus interesses e as suas estratégias, de forma a garantir governabilidade para a agir.

Claro, isso não é tão mecânico assim, os momentos se atravessam, se complementam, de forma a permitir que, durante uma análise situacional, quando explicamos os problemas, podem surgir elementos que nos indique quem são os atores e quais os seus interesses, o que também ocorrer, no desenhar das operações.

É importante, porém, esclarecer que o momento estratégico é o momento do dilema central do dirigente, “o que pode ser, mas não deve ser”; este momento é quando se realiza o cálculo estratégico que poderá permitir a concretização dos elementos do arco direcional do plano.

A SES realizou este momento de forma coletiva com a participação dos atores externos em alguns momentos e em determinados focos de atenção; entretanto, não utilizou os instrumentos de caracterização dos atores quanto à sua posição em relação ao projeto e ao cálculo de seus relacionamentos e força. Estes instrumentos, no entanto, eram utilizados no nível estratégico, orientando a tomada de decisão e as ações de relacionamento político.

Para isso, uma planilha eletrônica foi criada na unidade de planejamento da SES, onde eram elaborados cálculos para o contexto em que as estratégias selecionadas estavam sendo implementadas; os resultados, após avaliação, eram utilizados nas orientações aos tomadores de decisão, Esta análise percorria um roteiro básico de:

Identificação dos atores relevantes

1. Análise dos recursos sob o controle de cada um, levando-se em conta, no cálculo os recursos: cognitivo, político, de mobilização, financeiros e de comunicação, considerou-se este conjunto como sendo o Vetor de Recursos Críticos (VRC) – (Matus, 1996 a). Aqui um vetor de peso simples é utilizado atribuindo-se um ponto para cada recurso controlado, de forma a estabelecer uma nota para medir a força de um ator.

2. Análise de seus objetivos ou interesses em relação à questão relacionada que poderia ser um projeto, uma ação ou mesmo uma estratégia.

Análise de sua motivação em relação ao projeto: o importante aqui é identificar o posicionamento do ator (contra, a favor ou neutro).

Identificação das estratégias dos atores envolvidos frente ao projeto ou estratégia a ser implementada.

Análise do relacionamento dos atores e poder emanado desta relação: este relacionamento constitui a fonte do poder dos atores sociais e dele emana a capacidade de um ator exercer pressão contra ou cooperar com a implementação de uma decisão. Utilizando-se uma matriz de relacionamento de atores pode-se realizar o cruzamento da força de cada ator segundo sua forma de relacionamento (aliado, opositor ou indiferente); os aliados somam as forças e os adversários subtraem, enquanto os neutros nada conferem uns aos outros.

Análise da sua própria força em relação ao contexto situacional.

Seleção de trajetórias de ação.

Aqui se considerava que a atuação ocorria em um processo criativo no qual nada poderia estar assegurado quanto ao futuro, tornando-se necessário que o plano fosse dual, composto de uma parte onde estão as operações e ações, os compromissos assumidos em um processo dialógico e a outra parte onde estão as demandas de operações que somente serão concretizadas com a cooperação e decisão de outros atores. Elemento constante quando se fala de SUS.

O que se busca é que a garantia de governabilidade permita que uma operação ou decisão sofra a menor pressão possível, ou seja, que o grau de congruência seja elevado, possibilitando ao gestor implementar as decisões tomadas com cooperação.

Análise prospectiva

Esse é o segundo grande momento do método, quando se inicia uma análise de percepção sobre as possibilidades de uma estratégia concretizar ou não os resultados desejados ou indesejados. Aqui se introduz o elemento inovador na aplicação do método de planificação estratégica em saúde.

Primeiro, porque a utilização de cenário prospectivo no setor saúde, até aqui, nos parece, ainda não ter ocorrido de forma articulada a um método de planejamento de enfoque situacional (a pesquisa não encontrou nenhum indicio dessa ocorrência) e segundo, por ser uma tentativa de constituição de visão de futuro que pudesse contribuir para a motivação dos atores sociais que atuam no SUS.

Em 2001, uma pesquisa sobre as tendências do Sistema de Saúde Brasileiro foi publicada pelo IPEA, (Piola *et al.* 2001) onde a técnica Delphi (uma das várias técnicas de prospectiva) foi utilizada para configurar um cenário de tendências para os dez anos iniciais do século XXI, a partir de visões individuais de grupo seletivo e diversificado de formadores de opinião e especialistas sobre um amplo espectro de questões relativas ao setor saúde do Brasil.

Entretanto, não encontrei nenhuma evidência de que esta pesquisa estivesse articulada a alguma estratégia do Ministério da Saúde, posto que nem mesmo a questão relativa à organização do sistema na perspectiva da regionalização foi abordada.

A utilização de metodologias que possibilitem o estabelecimento de algum indicativo sobre o que está por vir (**futuro**), tem sido atualmente, uma forte tendência nas organizações, sejam elas, militares, políticas, de pesquisa ou corporações empresariais. Parece que o mito da esfinge de Delfos (“decifra-me ou te devoro”) está de volta com toda a força.

O que se busca é que a metodologia, não seja uma mera extrapolação do passado ou predição do futuro, sem nenhuma relação científica com as variáveis existentes na realidade situacional, (interesses, atores, estratégias e relacionamentos).

Para Godet (1993), a elaboração de cenários exploratórios deve ser composta por seis etapas: 1) delimitação do sistema e do ambiente; 2) análise estrutural do sistema e do ambiente, de retrospectiva e da situação atual; 3) seleção dos condicionantes do futuro; 4) geração de cenários alternativos; 5) teste de consistência, ajuste e disseminação; e 6) opções estratégicas e plano/monitoração estratégica.

A metodologia tem muito a ver com suposições como a que fez Moura (1995): “nossas ações dependem da correta percepção que temos (ou que deixamos de ter) da realidade presente; por outro lado, e mais importante, o futuro depende das decisões e ações através das quais respondemos às nossas percepções. Quanto mais apurada nossa percepção, mais e melhor nos conscientizamos das necessidades e alternativas de ação”.

Ela também parece se orientar na mesma perspectiva de Alvin Toffler que, em maio de 1994, numa entrevista para o Jornal do Brasil, disse: “Ninguém pode prever o futuro. O que podemos fazer é identificar algumas tendências do desenvolvimento e tentar entender aonde esse desenvolvimento vai nos levar”.

A prospectiva é tomada como um processo de reflexão coletiva e deve ser utilizada para possibilitar a reflexão, e não como uma reflexão isolada de uma pessoa.

Através da reflexão coletiva sobre um contexto e em determinadas condições situacionais, busca-se descrever diversas possibilidades de evolução situacional que ajudam na tomada de decisões, as quais poderão contribuir para a materialização de uma ou outra possibilidade.

Acreditava-se que a prospectiva permitiria, se seus resultados fossem extrapolados adequadamente, interagir com o futuro, pelo fato de que as decisões que viessem a ser tomadas contribuiriam para tornar mais *provável* um ou outro dos cenários *possível*.

Um importante efeito que se esperava com a utilização da prospectiva, sem dúvida era a mobilização de atores. Existe, entre os autores que desenvolvem estudos sobre a prospectiva, um certo grau de consenso de que na prospectiva o processo é tão importante quanto o produto, sem considerar como determinante esse ou aquele método o fundamental é a forma sistemática como os envolvidos na prospecção apresentam suas percepções sobre

o futuro, de maneira que surgem as condições para o estabelecimento de percepções coletivas ou intencionalidades coletivas Godet (1993), Geus (1997) Marcial (1999).

A percepção não se limita a fornecer matéria para a contemplação. Como disse Michotte (*Apud* Penna, 1993: 19) ela nos “convida à ação e permite o ajustamento ao mundo no qual se vivem”. Some-se a esse argumento o desenvolvido por Ittelson e Cantril (*Idem*: 21) que atribuem à percepção uma *função preditiva*; destacando o sentido prospectivo dos processos de análise, ele escreve: “Embora o presente e o passado estejam envolvidos no processo perceptivo, a orientação temporal dominante nele é a orientação para o futuro. A função primária da percepção é a predição do futuro”.

Para Geus (*apud* Marcial 1999), no cérebro um dos processos internos se constitui na memória de futuro e está relacionada tanto à linguagem quanto à percepção, cuja existência requer um ativo envolvimento com o mundo.

É importante ressaltar que, para muitas das escolas de psicologia social, todo ato de percepção pode ser um empreendimento social, pois se dá através de esquemas e modelos “culturalmente aprovados e pressionadamente sugeridos”. Penna (1993: 41) afirma que “tendemos a perceber, então, de acordo com os padrões convencionais e em função das expectativas dominantes nos quadros da comunidade cultural”.

Por que a preocupação com a percepção?

Com a implantação de um enfoque de planejamento com elevado grau de participação, que visava também ser um instrumento que facilitasse o diálogo no “mundo da vida” com o que se buscava construir consensos para a implementação de projetos coletivos, a superação de impasses tornou-se fundamental.

Para que isso fosse possível, acreditava-se que o processo de reestruturação perceptual cumpria um papel importante para a mobilização dos conceitos e visões de mundo instaladas nos “modelos mentais” dos atores envolvidos na implementação do projeto de organização do SUS.

Assim, este momento de planejamento teria como função essencial propiciar aos participantes da análise prospectiva uma maior aprendizagem sobre o sistema, contribuindo para a formação de uma perspectiva sistêmica e para a constituição de uma visão de futuro

compartilhada⁸, o que torna possível, segundo diferentes autores (Senge, 2000; Motta, 2000; Moura, 1995; Godet, 1993), mobilizar as forças sociais para garantir a implementação do projeto.

Seleção do programa/estratégia a ser analisado (delimitação do sistema e do ambiente)

Foi tomada como foco para a análise de prospecção a estratégia de integração regional, particularmente a implantação da NOAS no estado, uma delimitação do domínio problemático. Como foi visto, nas etapas anteriores foram obtidos os elementos que possibilitaram a seleção dos eventos para construção dos cenários.

Houve a identificação dos eventos (desejados ou não) – análise estrutural do sistema e do ambiente, de retrospectiva e da situação atual.

A equipe de técnicos da SES selecionou, a partir dos problemas (nós-críticos) relacionados no momento explicativo, aqueles que se constituíam como de maior relevância para o contexto explicativo da implantação da NOAS no estado.

Análise da pertinência e probabilidade de ocorrência (análise de percepção dos envolvidos) - geração de cenários alternativos.

Os nós-críticos foram transformados em eventos possíveis e prováveis para serem analisados pelos gestores das SMS, seus gerentes e técnicos, de forma a possibilitar a identificação de suas percepções quanto ao potencial da NOAS.

Segundo Geus (1997), o aprendizado começa na percepção; em sua experiência na Royal Dutch/Shell, ele pode verificar que o planejamento baseado em cenários prospectivos tinha grande potencial para desenvolver o aprendizado organizacional.

Essa etapa se constituiu em algo semelhante ao método Delphi⁹, um questionário enviado para um grupo pré-selecionado (**Instrumento 3**), no caso, cada uma das SMS. O instrumento continha a lista dos eventos possíveis e os critérios para a determinação da

⁸ “As pessoas precisam de visões para tornar o propósito mais concreto e tangível....A disseminação de uma visão resulta de um processo de reforço de crescimento da clareza, do entusiasmo, da comunicação e do comprometimento”, (Senge, 2000: 252)

⁹ Método elaborado por Olaf Helmes em 1964, consiste em interrogar individualmente, por meio de questionários sucessivos, vários peritos. Depois de cada consulta, as questões são analisadas e propostas, outra vez, para que os peritos tenham a oportunidade de rever suas opiniões. A finalidade é chegar a um consenso em que as respostas se aproximem do valor da mediana, Ao final do processo, há uma convergência.

probabilidade e da pertinência de cada um. Até aqui, a análise seria simples, não envolvendo cruzamento de eventos.

Instrumento 3: Instrumento de Análise prospectiva

INSTRUMENTO DE ANÁLISE PROSPECTIVA PARA GESTORES DO SUS TEMA ESTRATÉGICO: IMPLEMENTAÇÃO DA NOAS/MS/2001: PERSPECTIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO Horizonte temporal estabelecido (04 anos)			
9			
CÓDIGO	EVENTOS	PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA	PERTINÊNCIA
E1	Acesso à realização de exames de imagem facilitado	79	2
E2	Cadastramento ambulatorial e hospitalar atualizado	100	3
E3	Entrega rápida dos resultados dos exames laboratoriais solicitados pela rede básica	40	2
E4	Estabelecimento de fóruns permanentes de planejamento	30	3
E5	Estruturas assistenciais extra - hospitalares suficientes	59	2
E6	Hospitais da rede com papel e forma de inserção definidos	99	3
E7	Integração entre o setor de controle e avaliação e os demais setores da SES	2	3
E8	Investimentos na infra-estrutura de atenção básica ampliado	89	3
E9	Mecanismos e instrumentos de regulação implementados	5	3
E10	Melhoria da qualidade das informações necessárias ao SUS	20	3
E11	Modelo de financiamento para a alta complexidade com base na contribuição do usuário	1	1
E12	Municípios garantindo acesso ao elenco mínimo da média complexidade	80	2
E13	Municípios sede de módulo ampliam a oferta de Serviços de média complexidade	80	3
E14	Participação dos Consórcio Intermunicipal de Saúde na gestão dos serviços de saúde ampliada	1	1
E15	Usuário de todo o estado com acesso aos serviços de alta complexidade garantido	10	3

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

A planilha seguinte foi elaborada com base nas questões levantadas durante as Oficinas de Planejamento para implementação da NOAS/2001, onde os PROBLEMAS indicados na análise situacional foram transformados em EVENTOS com possibilidades de ocorrência.

Para cada evento listado na coluna 1 (E1, E2, E3, ...) deve-se definir a probabilidade de ocorrência* e a pertinência** do tema, de acordo com o escore abaixo:

*PROBABILIDADE: Grau de possibilidade que o evento tem de ocorrer com implantação da NOAS

**PERTINÊNCIA: O quão importante é o evento no contexto da NOAS

PROBABILIDADE	VALOR
CERTA	100
MUITO ALTA	80 A 99
ALTA	60 A 79
MÉDIA	40 A 59
BAIXA	20 a 39
MUITO BAIXA	1 a 19
IMPOSSÍVEL	0

PERTINENCIA	VALOR
ALTA	3
MÉDIA	2
BAIXA	1

Exemplo: Se o senhor(a) acredita que a possibilidade de haver maior facilidade de acesso a exames de imagem após a implantação da NOAS é muito alta, marque um número entre 80 e 99 na coluna "Probabilidade". Se considera que este evento tem alta relevância no contexto da NOAS, marque o número 3 na coluna "Pertinência"

Uma sugestão de Godet que foi absorvida é a de que, para a construção de cenários e definição de estratégias, é necessário usar ferramentas que sejam simples, de modo que os resultados possam ser internalizados pelos usuários. Como aponta Marcial (1999: 55), “essas ferramentas simples devem ser também racionais para estimular a imaginação, melhorar a coerência e facilitar a apropriação”.

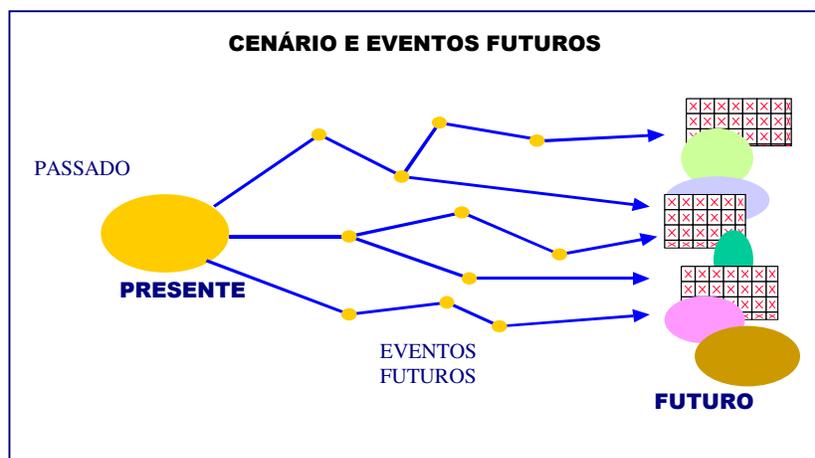
Os problemas selecionados se relacionavam aos diferentes macroproblemas, mas também a categorias importantes de análise do sistema de saúde que foram utilizadas para a elaboração do sistema de controle e avaliação do SUS, conforme indicado no Plano Estadual de Saúde (2002: 64), São elas: *Acesso, Integralidade, Capacidade de Gestão, Qualidade, Resolutividade*.

As dificuldades políticas que ocorreram devido ao processo de sucessão na administração da SES impediram o desenvolvimento da metodologia por completo os resultados obtidos nessa análise simples deveriam ter sido encaminhados a um grupo de especialistas da área que foram selecionados. Eles deveriam opinar quanto às probabilidades de cada evento acontecer diante do resultado da análise feita pelos gestores. Um cruzamento de probabilidades, foi, realizado por especialistas externos à gestão do sistema.

Apresento, a seguir, os gráficos produzidos a partir das opiniões consolidadas de cada região, assim pode-se observar como estavam as percepções isoladas em cada uma delas, sob os eventos em análise.

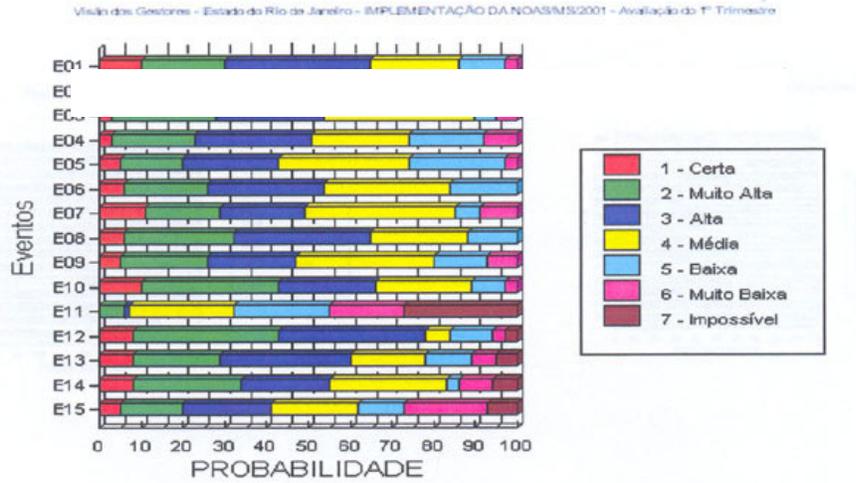
Estes gráficos são fruto da média aritmética das probabilidades indicadas por cada SMS, compondo assim a percepção sobre o futuro para o estado como um todo e para cada uma das regiões em particular. Eles demonstram percentualmente à percepção dos atores, no caso os gestores, quanto a possibilidade de ocorrência do evento. Cada faixa de percentual de (33%) foi considerada como um dos cenários possíveis, sendo assim distribuídos de **0% a >33% - topo**; de **33% a >66%, central**; a partir de **66% - base**. O cenário descrito abaixo (talvez o mais provável) será o central, o que significa o posicionamento na faixa de 33% a 66%.

Devemos ter em mente que o propósito dos cenários não é predizer o futuro e, sim, realizar uma descrição de possíveis acontecimentos futuros. (Fig.1).

Figura 1: Cenário e Eventos Futuros

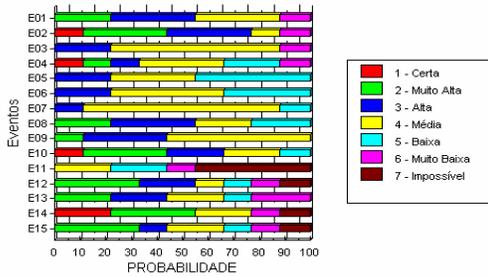
Apresento a seguir, através de representação gráfica, o resultado da pesquisa de opinião feita com os gestores municipais, que pode ser utilizado como um instrumento de análise da percepção dos gestores em relação às quinze questões apontadas como pertinentes ao processo de regionalização do SUS no estado do Rio de Janeiro. Através dele agrupa-se por percentual de gestores as indicações de probabilidade de ocorrência de cada um dos eventos, de forma a constituir cenários possíveis para o estado e para cada região.

Probabilidade do Estado do Rio de Janeiro

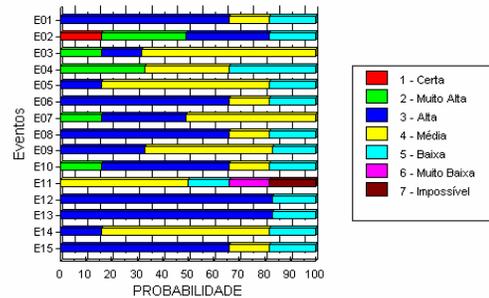


Gráficos de análise de percepção

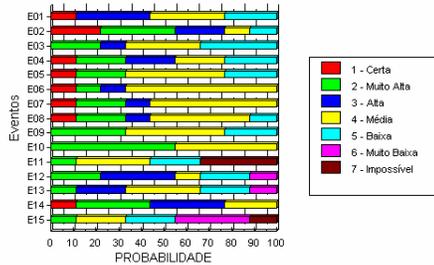
Probabilidade da Região Metropolitana I



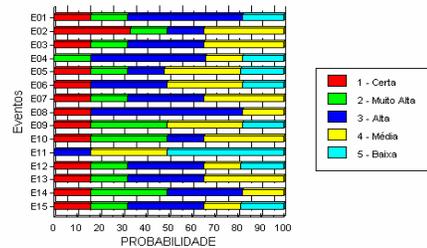
Probabilidade da Região Metropolitana II



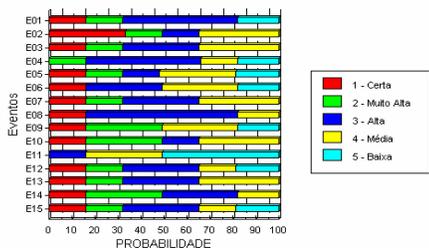
Probabilidade da Região Médio Paraíba



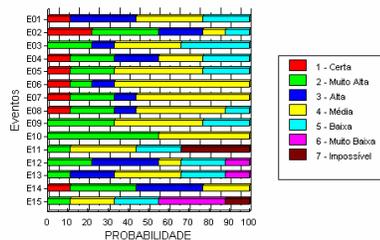
Probabilidade da Região Centro-Sul



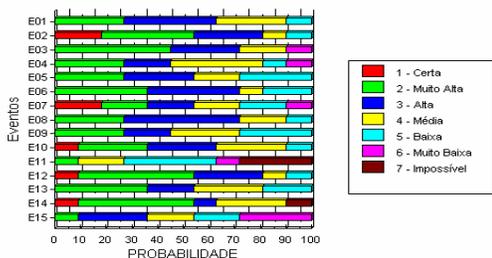
Probabilidade da Região Centro-Sul



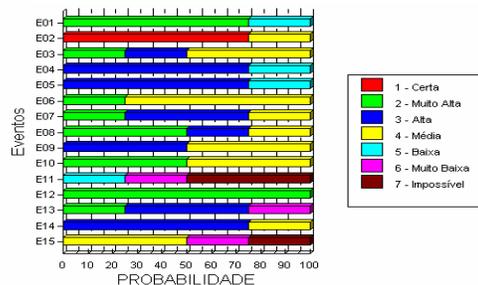
Probabilidade da Região Médio Paraíba



Probabilidade da Região Noroeste

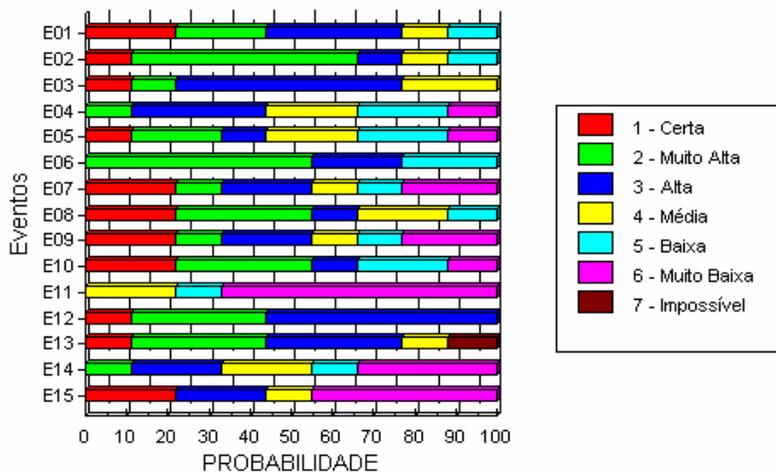


Probabilidade da Região Norte



Probabilidade da Região Serrana

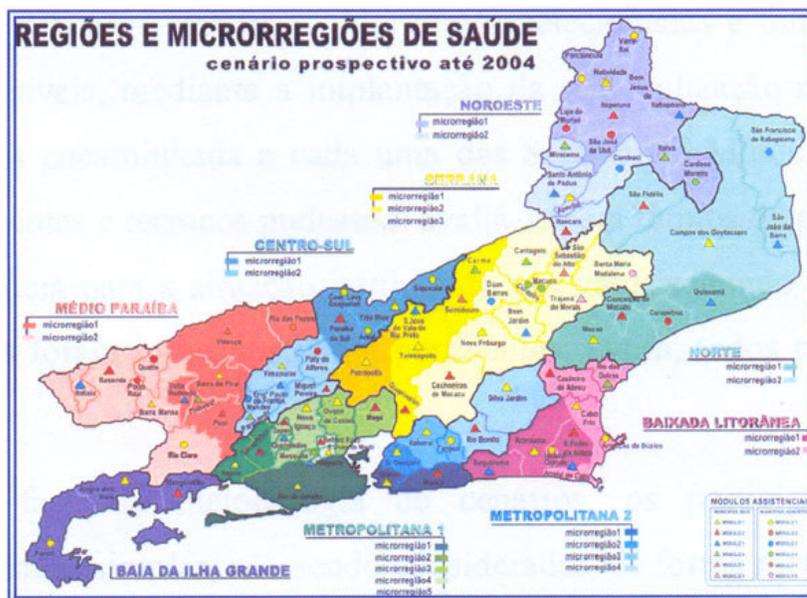
Visão das Gestores - SERRANA - IMPLEMENTAÇÃO DA NOASIMS/2001 - Avaliação do 1º Trimestre



Cenário prospectivo pós-implantação da NOAS no estado do Rio de Janeiro

Ano de 2006

Mapa do Plano Diretor de Regionalização (ERJ:2002:5)



Introdução

Este texto, escrito a partir da análise de percepção dos gestores municipais do SUS no estado do Rio de Janeiro, está sistematizada no gráfico acima.

Ele busca retratar o contexto do SUS quatro anos após a implantação da NOAS, no ano de 2006. É um exercício de imaginação que pode ajudar na tomada de decisão no presente.

O objetivo é permitir que os gestores, gerentes e técnicos do sistema se orientem em relação às estratégias e ações definidas no Plano Estadual de Saúde. Os eventos (Ev_n) podem ou não ocorrer conforme sua descrição, em função das decisões que sejam tomadas no percurso do Plano.

Apresento uma perspectiva considerando as atuais estratégias, seus potenciais e fraquezas, segundo a visão de futuro estabelecida no gráfico acima. Os eventos aqui descritos foram selecionados pelos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de

Janeiro, tendo como base os problemas levantados durante o processo de planejamento realizado no estado entre 2000 e 2001.

Foram considerados, na escolha, a importância de cada um dentro do processo de implantação da NOAS (variáveis internas) e seu relacionamento com as dimensões de avaliação dos Sistemas Municipais de Saúde (SMS) estabelecidas no Plano Estadual de Saúde: Acesso, Integralidade, Resolutividade, Qualidade e Capacidade de gestão.

Quinze questões (variáveis internas - V_n) foram selecionadas e transformadas em eventos prováveis e possíveis, mediante a implantação da regionalização no estado. Esta seleção de problemas foi encaminhada a cada uma das Secretarias Municipais de Saúde para que os gestores, gerentes e técnicos pudessem avaliá-los em termos de pertinência e de probabilidade de ocorrência para a situação, atribuindo um valor segundo sua percepção. Cabe ressaltar que todos foram indicados como pertinentes; assim, todos permanecem na descrição.

Nesta primeira fase da metodologia de cenários, os participantes somente estabeleceram probabilidades simples, não sendo consideradas, de forma metódica, as inter-relações entre os eventos e a interferência dos atores (o que poderá ocorrer numa segunda fase): desta forma, o cenário aqui exposto é considerado um cenário de primeira geração.

Optei por descrever o cenário médio, o que significa o posicionamento na faixa de 33% a 66%.

Abaixo apresento, como exemplo de cenário, uma descrição das quinze questões apontadas pelos gestores como pertinentes ao processo de regionalização do SUS no estado do Rio de Janeiro.

V1 - Acesso à realização de exames de imagem

V2 - Cadastramento dos ambulatórios e hospitais

A habilitação do estado na NOAS, em agosto de 2002, propiciou que quase a totalidade das microrregiões (72%) previstas no PDR, fosse qualificada, 80% dos municípios estão habilitados em uma das modalidades de gestão estabelecidas na norma. Assim sendo, a

organização dos módulos assistenciais passou a garantir à população de seu território um sistema de saúde funcional, onde o acesso à realização de exames de imagem ficou bastante facilitado. Isso se deu em grande parte devido à atualização do cadastramento de mais de 90% dos ambulatórios e hospitais, ocorrida em quase todos os municípios, permitindo maior conhecimento sobre a capacidade de oferta das regiões e sua organização hierarquizada, o que tem facilitado o processo de referenciamento dos usuários.

V3 – Tempo de entrega dos resultados dos exames laboratoriais

A norma, ao exigir, de forma clara, que os municípios estejam aptos a fornecer atendimento laboratorial em todos os procedimentos básicos das áreas consideradas estratégicas (materno-infantil, AIDS, tuberculose, hanseníase), fez com que quase 70% dos municípios se tornassem aptos a realizar a entrega rápida - menos de dez dias em alguns casos - dos resultados dos exames laboratoriais solicitados pela rede básica.

V4 - Fórum permanente de planejamento

A integração supramunicipal foi, sem dúvida, uma das circunstâncias para o êxito da estratégia de regionalização. No entanto, a habilitação de municípios na condição de sede de módulo e a definição dos municípios a ele adstritos não foram suficientes para o estabelecimento de um sistema funcional. O atendimento das necessidades da população no âmbito de seu espaço social exigiu uma maior cooperação entre gestores públicos deste território. Algumas regiões, para garantir que houvesse mobilização, organização e, principalmente, a efetiva implementação de ações que permitiriam o enfrentamento das dificuldades que surgiriam durante o processo de construção de um sistema funcional na região, optaram por estabelecer um fórum permanente de planejamento. Uma iniciativa inovadora que esbarrou na cultura, ainda muito forte, que privilegia a fragmentação das ações e utilização dos recursos.

V5 - Estrutura de assistência extra-hospitalar

Apesar de ter sido uma tendência do modelo assistencial que foi implantado no país, a revisão dos papéis dos hospitais, principalmente aqueles de longa permanência, em particular os voltados para atender a demanda em saúde mental e o estabelecimento de estruturas de assistência extra-hospitalares não se deram de forma suficiente para suprir as

necessidades surgidas com a reforma hospitalar. Até hoje se buscam formas para garantir a implantação de unidades extra-hospitalares onde a gestão seja de responsabilidade dos municípios.

V6 - Papel e forma de inserção dos hospitais na rede

A implantação da norma que organizou a assistência com base no *locus* regional produziu grande tensão em torno da rede de hospitais. A necessária adequação às novas exigências do sistema regionalizado fez com que algumas unidades iniciassem um processo de definição de sua missão, visando atuar exclusivamente naquilo em que estavam mais capacitadas, onde havia vantagem competitiva e maior competência. Ocorreu, então, em algumas regiões, principalmente nas metropolitanas, um movimento dos municípios que gerou um processo de planejamento integrado e que possibilitou a cada um dos hospitais definir o seu papel e a forma pela qual se daria sua inserção na rede.

V7 - Integração do CGCA com os demais setores da SES

Apesar de ter sido uma necessidade, a integração entre o setor de controle e avaliação e os demais setores da SES tem sido difícil. A preocupação excessiva com a auditoria do sistema e o controle da produção, via seu faturamento, impediu que houvesse uma ampliação do conceito de avaliação de modo a incorporar uma dinâmica de acompanhamento e avaliação que fosse além da mera punição e permitisse uma atuação em parceria com outros setores, conseqüente adequação dos elementos de maior relevância em um sistema funcional. Ainda continua sendo importante que este setor, em articulação com os demais, busque garantir aos usuários a integralidade das ações, o acesso aos serviços com qualidade da atenção e melhoria nos resultados dos cuidados realizados. De forma geral, é necessário, ainda, que haja intervenções articuladas visando a melhoria da capacitação da gestão municipal, para torná-la cada vez mais apta a cumprir sua missão. Desta forma, tornam-se necessários investimentos em novas práticas e em estruturas organizacionais que viabilizem o desenvolvimento de um novo paradigma orientador da avaliação dos sistemas locais de saúde.

V8 - Investimentos na infra-estrutura de Atenção Básica

Os municípios e o estado ampliaram bastante seus investimentos na infra-estrutura de atenção básica. A maioria dos gestores públicos se convenceu de que, através da Estratégia de Saúde da Família, será possível estender a atenção às faixas populacionais de maior vulnerabilidade e, como a política federal manteve a prioridade nesta forma de intervenção, os municípios se mantiveram mobilizados para implementá-la. O aumento da cobertura do PSF possibilitou a reorganização da Atenção Básica e, desta forma, para a consolidação de um novo modelo assistencial.

V9 - Regulação do Sistema

A NOAS fez com que os municípios realizassem pactos que foram além da PPI - Programação Pactuada Integrada da assistência. Foram assinados termos de compromisso entre os gestores para garantir o atendimento das populações adstritas ao município-sede de módulo. Isso tornou possível que, nas regiões de melhor estrutura, fossem implementados sistemas informatizados; este e outros mecanismos e instrumentos tornaram viável uma permanente regulação do sistema.

V10 - Qualidade das Informações

Um grande movimento de recursos na área das telecomunicações e da informática no SUS, através de projetos específicos como a criação da rede informatizada nos hospitais e nas SMS, a implantação das centrais de regulação, o cartão dos usuários e a integração dos bancos de dados do Sistema, foi fundamental para elevar a qualidade das informações necessárias ao SUS.

V11 - Financiamento para a Alta Complexidade

Com a atual política de fortalecimento do SUS, que possibilita a inserção de um número cada vez maior de usuários, principalmente aqueles de menor poder aquisitivo, não é justo nem desejável que o modelo de financiamento para a alta complexidade se dê com base na contribuição do usuário; entretanto, alguns indícios desta possibilidade surgem aqui ou ali. Apesar de serem poucos os que falam sobre esta cruel possibilidade, é preciso estar atento para evitar que tal concepção se introduza enquanto prática no Sistema Único de Saúde.

V12 - Acesso ao elenco mínimo da Média Complexidade

Após a implantação da NOAS no estado, a população fluminense passou a ser plenamente atendida em suas necessidades no que diz respeito ao elenco mínimo de média complexidade. Os municípios, fazendo parte de um sistema regional onde, por sua capacidade própria ou através da capacidade dos municípios-sede de módulo, estão garantindo acesso a todos os seus municípios ao elenco mínimo da média complexidade.

V13 - Oferta de serviços de média complexidade

Esse sistema de referência intermunicipal fez com que os municípios-sede de módulo, ampliassem sua oferta de serviços de média complexidade, pois passaram a receber em suas unidades, a demanda oriunda dos municípios adstritos. A consequência direta foi que o estado e a região entraram em plena sintonia com o plano de investimento destes municípios, gerando uma lógica integrada de planejamento e investimento para os sistemas regionalizados.

V14 - Consórcios Intermunicipais de Saúde

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS vêm a participação da gestão dos serviços de saúde de forma irregular. Os municípios e as regiões empenharam-se em melhorar a capacidade de seu CIS para que estes pudessem intervir de forma construtiva na gestão dos sistemas regionais, mas alguns fatores de caráter político incidiram de forma a prejudicar a harmonia necessária à condução de uma organização deste tipo. Espera-se, contudo, que os recursos disponibilizados pelo Estado possam viabilizar melhorias em sua capacidade de governo e permitir uma participação mais efetiva deste instrumento na política de saúde local.

V15 - Acesso aos serviços de alta complexidade.

Como o sistema de alta complexidade do estado é de responsabilidade da SES, mas sua realização vem ocorrendo no território do município-pólo, este ente tem cumprido uma parcela importante de responsabilidade quanto ao controle e avaliação dos serviços prestados. Desta forma, a SES tem buscado sistematicamente ampliar a cooperação entre o Estado, os municípios e os prestadores públicos e privados, para que seja possível garantir que as estruturas de serviços de alta complexidade atinjam a capacidade de cobertura para

toda a população do estado. Na CIB, de há muito trabalha-se com o consenso de que o doente de alta complexidade é um doente do estado e, portanto, todos devem compartilhar a responsabilidade com o custeio das ações a ele destinadas. Assim, o Estado vem ampliando os investimentos necessários para o setor e garantindo uma coordenação eficiente do sistema. Espera-se, em pouco tempo, que o Rio de Janeiro seja capaz de possibilitar ao usuário de todo o estado garantia de acesso aos serviços de alta complexidade.

A integração regional poderá ser, um grande avanço para a organização da assistência, se for possível ampliar o acesso da população a serviços de maior complexidade, levando-se aos mais carentes, atenção primária de qualidade, já que, se os investimentos federais e estaduais forem orientados por um planejamento integrado, haveria a possibilidade de melhorar a alocação desses recursos, inclusive, nas áreas de maior complexidade.

Esta forma de atuar contribuiria para o surgimento de um novo paradigma de relacionamento político no setor saúde. O SUS passaria a ser percebido como uma organização onde os agentes produtivos atuam enquanto atores sociais, configurando seus interesses e projetos particulares, mas, ao mesmo tempo, tentando transformá-los em projetos coletivos. Assim, além dos fóruns de decisão política já estabelecidos no SUS, buscar-se-ia cada vez mais, uma integração operativa, onde as diferentes posições políticas passariam a atuar de forma conjunta na implementação dos projetos.

Os interesses políticos, articulados por atores sociais com elevado grau de autonomia, estariam contribuindo para a construção de um sistema cada vez mais capacitado a melhorar a qualidade de vida da população.

Não cabe aqui a tarefa de análise sobre esses interesses; mas sim constatar que, com a NOAS, o processo de inter-relação dentro do sistema necessitaria ser ampliado, pois as disputas se intensificam. Entretanto, a ampliação dos espaços de diálogo permitirão uma maior capacidade dos participantes de alcançar o consenso e, com isso, implementar estratégias compartilhadas que possam impactar positivamente na melhoria da atenção à saúde nos estados.

Como se viu, são grandes as conquistas obtidas nas principais áreas de intervenção do sistema, mas ainda são poucas diante do grande desafio de garantir a todo cidadão uma atenção à saúde com o máximo de efetividade.

O estudo da experiência da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro demonstrou que o SUS exige uma dinâmica de gestão que seja essencialmente democrática, uma dinâmica que possibilite aos diferentes atores sociais, que participam direta ou indiretamente, de seus processos, tanto de produção quanto de gerenciamento, seu envolvimento na formulação e implementação de propostas que gerem mudanças sistêmicas.

Por ser uma macroorganização, o SUS reúne diversas organizações com diferentes graus de autonomia e interesses, que precisam ser compatíveis para que seja possível uma cooperação mais intensa entre elas, já que são complementares.

A metodologia de Planejamento Estratégico, quando utilizada com base na Teoria da Ação Comunicativa, visando a constituição de espaços de conversação, sem dúvida ajuda na construção de projetos coletivos e facilita a sua aprovação nas arenas decisória do Sistema, já que permite a construção de um ambiente de confiança que fomenta uma maior integração entre os gestores.

A prospectiva estratégica tem condições de desempenhar um importante papel no estímulo à criatividade e na mobilização de paixões e desejos, pois ajuda a construção de visões de futuro, possibilitando o alinhamento de percepções, o que auxilia a reorientação das estratégias em curso, pondo em prática a análise de contextos futuros que estimulam o surgimento de pensamentos sistêmicos.

Os enfoques situacional e prospectivo são plenamente articuláveis e sua utilização na elaboração e no acompanhamento de planos fornece, além de um excelente resultado no que diz respeito à sistematização de conversações que envolvam grande número de pessoas, possibilidade de orientar, de forma eficiente e eficaz, os projetos de intervenção que precisam ser colocados em prática.

Podemos sugerir, que essa metodologia, com recursos informatizados, será de grande valia para o Ministério da Saúde, se for sua pretensão elaborar o Plano Nacional de Saúde, de forma ascendente e participativa.

O modelo, inclusive, poderia ser testado em outros setores, com a perspectiva de implantar uma nova dinâmica de construção de políticas públicas no país, sendo possível utilizá-lo como instrumento para fortalecer a democracia direta no país.

Isso ocorrendo possivelmente, ajudaria na transposição do modelo de Orçamento Participativo para uma Gestão Estratégica Participativa, cuja finalidade seria a de envolver milhões de pessoas na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, de maneira que um verdadeiro pacto operativo pudesse ser estabelecido com base em uma direção pactuada socialmente.

SOFTWARE: limitado, porém útil para ampliar a comunicação organizacional.

Como produto desse processo, foi desenvolvido um programa de computador (*software*) que, partindo da premissa de que o SUS é uma macroorganização estruturada para coordenar a ação social e que portanto, conforma-se como uma rede de comunicação baseada em solicitações e promessas, sintetizou o método posto em prática na experiência realizada pela SES/RJ.

Os instrumentos desenhados para serem utilizados, por meios eletrônicos, na transferência e sistematização dos dados gerados nas análises, demonstraram ser possível a utilização da informática como facilitadora da coordenação do fluxo de comunicação em um processo de conversação que visava a construção de projetos coletivos. Nestes fluxos estavam os compromissos e as diretivas que orientariam as ações.

O grau de desenvolvimento tecnológico que desfrutamos indica que a constituição de redes de interação organizacional ocupará lugar de destaque em nossas atividades. A comunicação através da informática vem contribuindo para que a cada dia, mais pessoas, interajam em processos de tomada de decisão, o que talvez contribua para o desenvolvimento de um modelo de democracia mais participativa, onde atores do processo social possam, de forma efetiva, contribuir na formulação, decisão e implementação de projetos sociais.

A tecnologia computacional, pode mudar o que hoje se entende por gestão e atuação organizacional. Talvez venha a ser uma ferramenta de grande valia para a constituição do chamado pacto social. Um *software* que seja fundamentado no princípio da ação comunicativa poderia dar apoio à comunicação organizacional, de forma que diferentes percepções pudessem interagir na formação de visão de futuro coletiva que mobilizaria desejos e paixões na construção de projetos coletivos.

Para um sistema informatizado de gestão que visa melhorar a eficácia organizacional, não é suficiente que se volte apenas para o gerenciamento dos fluxos burocráticos, armazenando e transferindo dados como se estes fossem insumo material. É preciso que as informações alimentem as ações, pois são elas os conectores que permitirão a verdadeira integração. É através da ação que as pessoas conversam e fortalecem laços. Os dados podem, e devem, transformar-se em informações que orientem as ações e, mais, as informações são elementos centrais na constituição dos conhecimentos que propiciarão a criação e o desenvolvimento de estratégias. As estratégias são implementadas por atores sociais que necessitam não só conhecer a situação contextual mas, também, as percepções e expectativas daqueles que com ele interagem organizacionalmente.

Segundo Fernandes Flores (1985), as pessoas se comprometem com ações mutuamente. Elas se colocam à disposição para realizar ações no futuro, firmando compromissos organizacionais através de conversações. No entendimento do autor, com o qual concordo, as organizações são estruturas para a coordenação social de ações que são geradas através de conversações que, por sua vez, são baseada em solicitações e promessas. É a coordenação que faz a distinção necessária para que seja possível a realização das atividades que envolvam outras pessoas, pois é ela que permite aos participantes da conversação compreender o que se comunica.

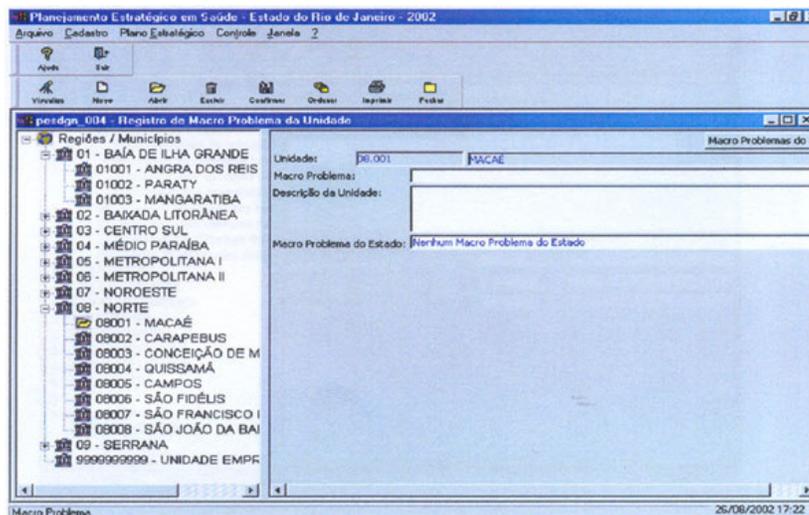
Para Flores, as distinções são implementadas através de diferentes ferramentas e práticas reguladas segundo o contexto, a cultura e a disponibilidade de tecnologia. Com base então, nessa teoria da liguagem/ação, ou do agir comunicativo, o autor se dedica a estudar o desenvolvimento de meios informatizados para apoiar o trabalho de interação organizacional. Sua crença é que o “emprego da comunicação eletrônica possa favorecer a

quebra de hierarquias, a departamentalização, facilitando as negociações entre as pessoas e a implementação de novas normas e procedimento”. (Flores, 1985: 88)

Seguindo seus princípios, o Sistema de Planejamento em Saúde desenvolvido através da aplicação da metodologia do planejamento realizado pela SES/RJ, constitui-se em uma experiência no sentido de reunir em *software*, elementos que possam ajudar na sistematização das discussões para o planejamento estratégico, no acompanhamento da execução dos projetos nelas gerados, na reorientação de estratégias a partir de análise prospectiva e de percepções, na avaliação de resultados e, fundamentalmente, na interação comunicativa no SUS, de forma a facilitar a implementação de um modo integrado de planejar que venha a fortalecer a integração intergestores no SUS, amplie a participação da sociedade na definição das políticas de saúde e contribua para melhorar a efetividade de seus projetos.

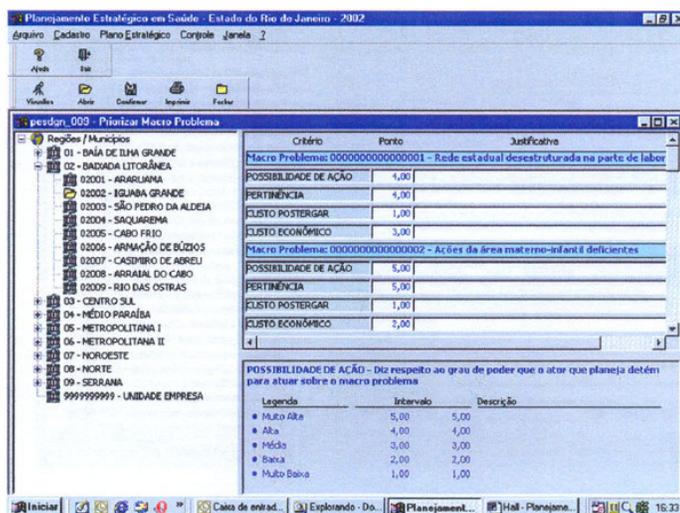
Assim apresento aqui algumas das entradas do Sistema de Planejamento e Acompanhamento do Plano Estadual de Saúde, retiradas do Módulo Planejamento Estratégico em Saúde - Manual Passo a Passo (Zeus, 2002).

Figura 2: Janela para cadastro de Macro Problema



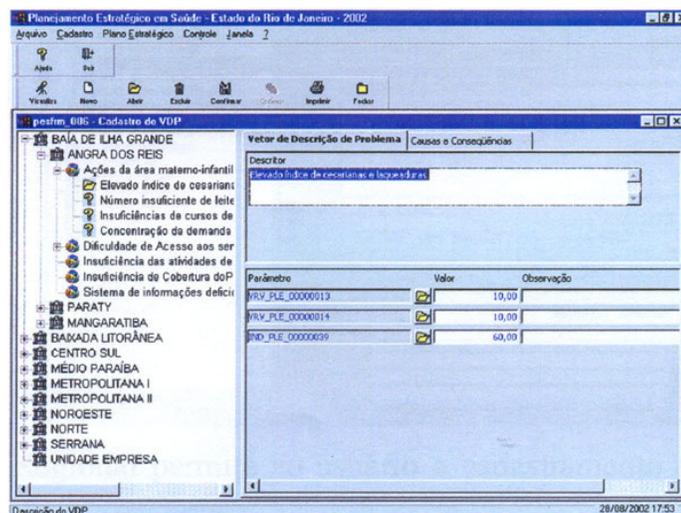
Cadastrar Macro Problema por Unidade: permite o cadastramento dos macro-problemas identificados nas unidades (regiões e municípios do estado), ou seja, no âmbito Regional/Municipal.

Figura 3: Janela para priorização de Macro Problema



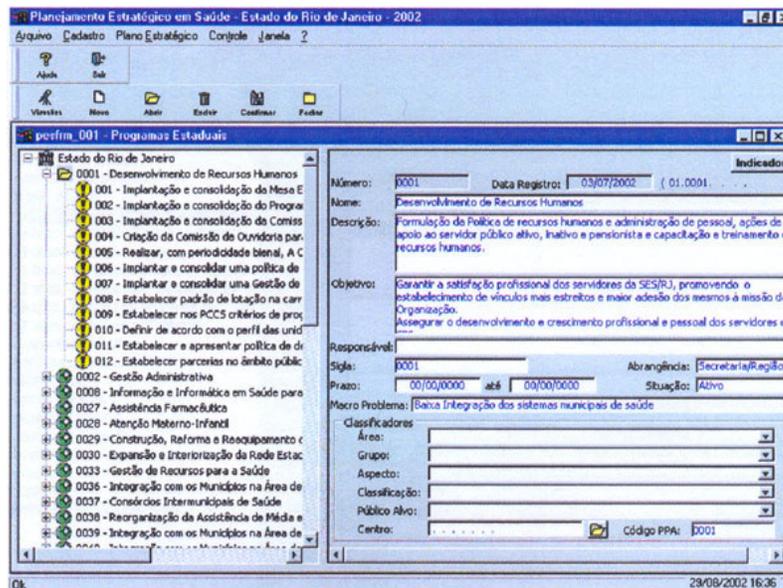
Priorizar Macro Problema: permite ao usuário pontuar os macro-problemas de acordo com critérios pré-estabelecidos, de forma a priorizá-los entre si, permitindo uma seleção de quais problemas serão trabalhados (priorizados), pois pode não ser possível tratar todos os macro-problemas identificados e registrados.

Figura 4: Janela para definição de Vetor de Descrição de Problema



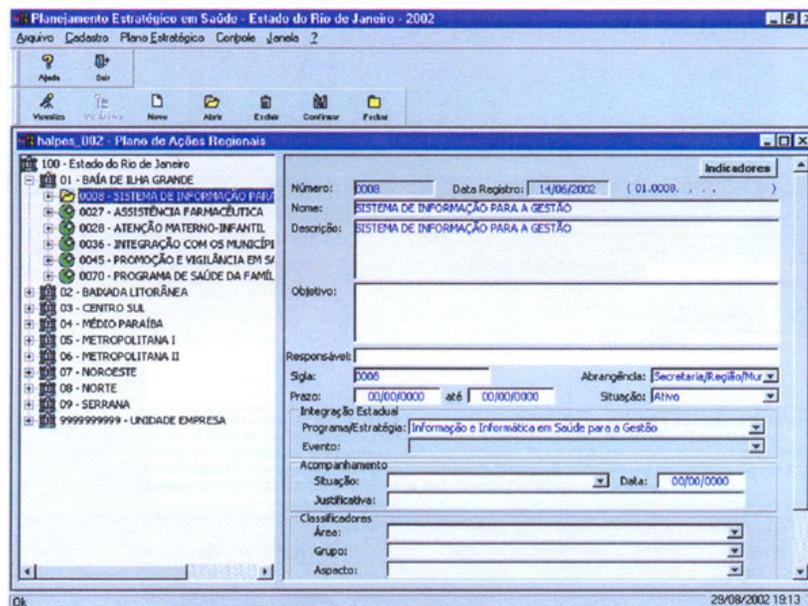
Definir Vetor de Descrição do Problema: permite ao usuário um melhor detalhamento dos macro-problemas identificados nas unidades; é nesta função que o usuário informará as causas e conseqüências do macro-problema, assim como os parâmetros de comparação para os indicadores.

Figura 5: Janela para Cadastro de Programas



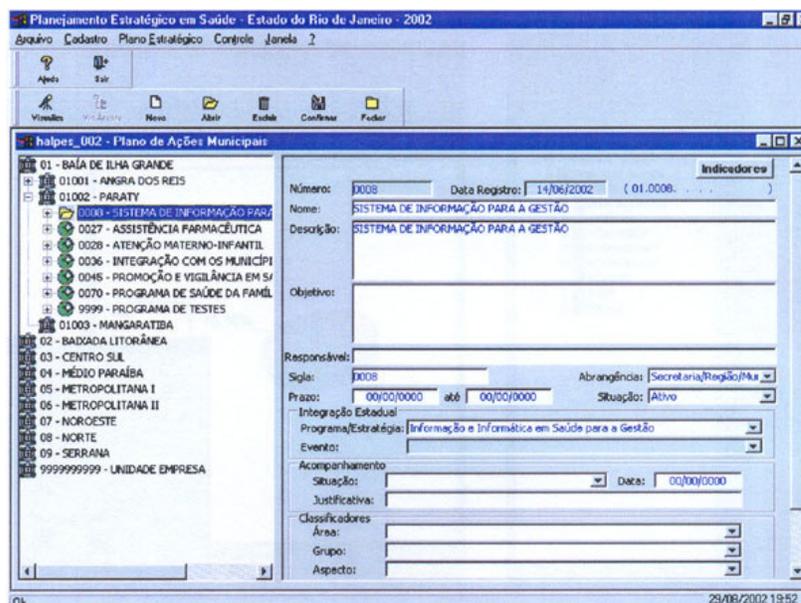
Cadastrar Programa: permite ao usuário o cadastramento dos Programas de Saúde do Estado.

Figura 6: Janela para Plano de Ação Regional



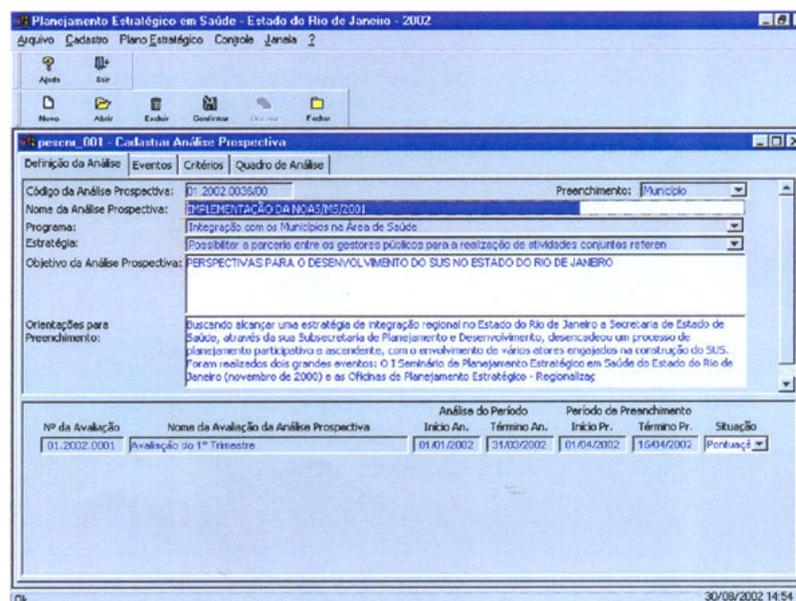
Plano de Ação Regional permite ao usuário o cadastramento de todo o Plano de Ação das Regiões do Estado do Rio de Janeiro.

Figura 7: Janela para Plano de Ação Municipal



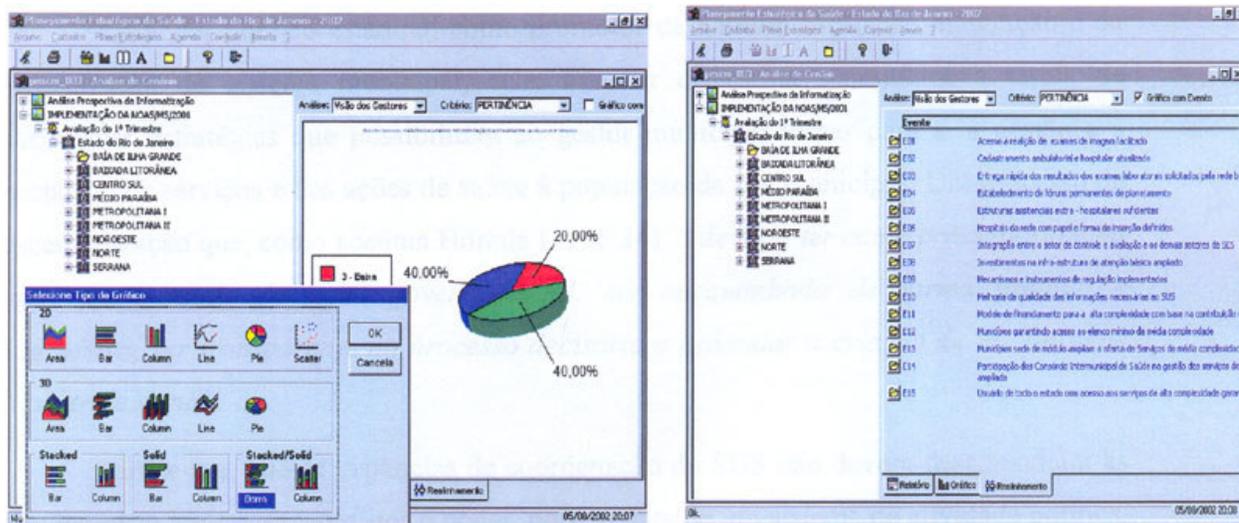
Plano de Ação Municipal: permite ao usuário o cadastramento de todo o Plano de Ação dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Figura 8: Janela para Cadastro de Análise Prospectiva



Cadastrar Análise Prospectiva: permite a criação de análise de resultados de uma estratégia. Esta análise será baseada nos eventos produzidos por ela, possibilitando, assim, a realização de uma análise prospectiva destes resultados.

Figura 9: Janela para Análise Prospectiva



Análise Prospectiva: permite análise de percepção sobre uma estratégia. Esta análise será baseada na percepção dos atores quanto à tendência de evolução dos resultados possíveis da estratégia em análise.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao poder público estadual, como promotor da harmonização, da integração e da modernização do sistema municipal, cabe assumir de forma sistemática a tarefa de desenvolver estratégias que possibilitem ao gestor municipal tomar para si a gestão e a execução dos serviços e das ações de saúde à população de seu município. Um processo de descentralização que, como acentua Hortale (1996:34) ... *deveria ter como pressuposto uma maior flexibilidade da ação governamental, ser encaminhado de forma gradual e progressiva, ser transparente no processo decisório e estimular a criação de mecanismos de controle social.*

Parece-me, que as instâncias de coordenação do SUS não devem desconsiderar as relações entre interesses, conflitos e poder, pois se trata de um sistema de atividade política, onde a política organizacional é gerada pelas diferenças de pensamento que produzem ações diferentes; tal diversidade tende a gerar tensões que necessitam ser resolvidas por meios políticos, com base na democratização das relações e dos recursos (Morgan, 1996).

Como foi visto anteriormente, o SUS, por ser delineado por regras que caracterizam o sistema organizacional e as funções nele exercidas, que orientam um jogo onde os participantes possuem significativo grau de autonomia, pode ser caracterizado como uma macroorganização. Desta forma, é preciso estar atento para o princípio da Teoria das Macroorganizações que diz que as formas organizativas estão subordinadas à prática de trabalho e estas se subordinam às “estruturas mentais”¹⁰ (Rivera 2001), existindo um condicionamento mútuo, de forma que as mudanças que se produzem em um dos vértices afetarão os demais.

A nova dinâmica de gestão do sistema de saúde implementada pela SES teve ação direta na prática de trabalho, quando substituiu uma forma normativa de relação com os níveis do sistema, por uma forma dialógica, que buscava acentuar a necessidade de cooperação e a integração, para que se pudesse otimizar a utilização dos recursos e assim, maximizar os resultados. Como diz Morgan (1996:148), *o poder democrático pode também*

¹⁰ mesmo que modelo mental.

ser exercido diretamente através de formas participativas de decisão em que todos dividem o processo administrativo.

Esta prática que se fundamenta na teoria do agir comunicativo, possibilitou, uma maior integração entre os entes públicos e facilitou o processo político nas arenas de tomada de decisão do SUS. Mesmo sendo a implantação da NOAS um projeto de elevada complexidade, envolvendo diversos aspectos da organização do SUS, como pode ser visto através do trabalho de Davanzo & Fonseca (2002), a SES/RJ, mesmo com a alternância no poder, conseguiu manter coesos os atores e aprovar a habilitação do Estado na NOAS em agosto de 2002, sendo o primeiro da região sudeste a concluir o processo na CIT.

O exame dos processos de tomada de decisão nos espaços formais de decisão das políticas de saúde indica que a incorporação de ferramentas sistêmicas na ação política pode possibilitar maior influência de atores sociais envolvidos nas decisões; logo, a democratização do *policy-making* setorial.

A utilização dos instrumentos de planejamento estratégico facilitou o diálogo e foi útil, não somente na construção de consensos, mas também na obtenção de produtos sistematizados destas discussões (Agenda e Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimento, PDI etc), que serviram de base à construção de um arco direcional para o SUS no Estado, quero dizer, de diretrizes e estratégias que conduziram a um objetivo comum.

A criatividade é sem dúvida, a chave para a formulação de proposta adequada às circunstâncias/contexto e, com a incorporação de múltiplas visões, através do processo coletivo de reflexão estratégica, foi possível a geração dessas idéias. A reflexão estratégica cria referências futuras com os seus cenários e visões, possibilitando aos participantes do processo deslumbrar caminhos diversificados e suas interligações, fortalecendo suas capacidades de relacionar de forma sistêmica os elementos contextuais (Godet, 1993).

Com o objetivo de motivar o conjunto dos atores sociais para a construção de um projeto coletivo, a coordenação exercida pela SES buscou desenvolver de forma coletiva sua visão de futuro. Isso se deu com a análise coletiva sobre as condições que o SUS

deveria assumir após a implantação da NOAS, construindo cenários prospectivos que ajudaram na formulação do Plano Diretor de Regionalização.

O planejamento realizado pela SES considerou a apreciação situacional, através de um diálogo entre os atores sociais. O enfoque situacional é adequado para ser aplicado em contexto de conflito de grau e tipos diversos, como os existentes em espaços de produção social como é o SUS. Matus (1993:201) diz, recorrendo a Gramsci, que a situação não se limita a apreciação do presente, mas também a “uma categoria para conceber o futuro”. É essa imagem do futuro que se imprime no presente; como diz Godet (1993:22), “é preciso olhar para o futuro para iluminar o presente”.

Selecionadas a partir dos nós-críticos da explicação situacional, as variáveis, que são os aspectos relevantes para a ação dos atores inseridos na realidade explicada, foram transformadas em eventos com possibilidades de ocorrência no futuro. Como não existe ação na distância, atua-se apenas no presente (Matus 1993). A antecipação do futuro, através de técnica de cenário, ajuda na argumentação sobre o desenvolvimento de um futuro e fundamenta as ações do presente, mobilizando forças para a reorientação das estratégias ou, mesmo, seu fortalecimento. Conhecer a visão de futuro dos atores ajuda a revelar seu comportamento estratégico (Godet, 1993).

A compatibilidade dos métodos tornou possível sua utilização na constituição de uma metodologia adequada ao grau de complexidade do SUS, que pode contribuir para a integração das esferas de governo em um ciclo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação para o re-planejamento, pertinente aos contextos situacionais, percebidos e constituídos de forma ativa pelos diferentes atores sociais envolvidos nessa macroorganização que é o SUS, contribuindo, como diz Godet (1993:66), “para estimular a reflexão estratégica coletiva e a comunicação”.

Matus (1993:173) afirma que o “planejamento situacional necessita de instrumentos de análise para resolver problemas que forem levantados em seu cálculo para o futuro” e Godet (1993:41) apresenta os cenários não como uma realidade futura, mas um meio para representá-la, “com vista a iluminar a ação presente à luz dos futuros possíveis e desejados”.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARENDDT, Hannah. A Condição Humana, trad. Roberto Raposo, 7a ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.
- BRASIL, 1988. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
- BRASIL, Ministério da Saúde, 1997, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB – SUS, 1996. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, portaria MS nº 95 de 26/01/2001 – D.O.U. Norma Operacional de Assistência a Saúde.
- BREITBACH, A. Estudo sobre o Conceito de Região, FEE, Porto Alegre, (1988).
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. 1989. Saúde Pública e a Defesa da Vida, Campinas, Cortez, 1989.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 1994
- CORDEIRO, Hésio, Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial- ABRASCO, 1991.
- CUNHA, João P.P., Machado, José Angelo; Brand, Maria José G. C.. Revista Espaço Para a Saúde Vol. 3 nº 3, Curitiba Maio de 1994, pag 25-29 NESCO
- CUNHA, Luiz Alexandre Gonçalves, Sobre o Conceito de Região, Revista de História Regional, vol. 5 –num. 2 – inverno 2000 - www.rhr.uepg.br/v5n2/cunha.html; 15/10/2002
- DANTAS, Maria Beatriz Pragana et. al, Espaço e Planejamento em Saúde; algumas reflexões, In, Saúde e espaço: Estudos metodológicos e técnicas de análise, Org., Alberto Lopes Najjar & Eduardo Cesar Marques, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- DAVANZO, Áurea M. Queiroz & FONSECA, Rinaldo Barcia. Estudo para o Regionalismo do SUS. In Negri, Barjas & Viana, Ana Luiza d'Ávila, (Org). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo, Ed. Sobravime; Cealag, 2002.
- DEMO, Pedro, Metodologia científica em ciências sociais, São Paulo: Atlas, 1985.
- ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Comissão Estadual de Reorganização, Reorientação e Acompanhamento da Assistência Oncológica do Rio de Janeiro – CERRAO. Diretrizes para Reorganização, Reorientação e Acompanhamento da Assistência Oncológica no Estado do Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Cancerologia, 2001, 47(2): 125-41.
- ESTADO DO RIO DE JANEIRO. “Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (2000), Ata da 10ª e 12ª Reunião Ordinária”.
- ESTADO DO RIO DE JANEIRO. III Conferência Estadual de Saúde: Conferência de Saúde Edma e Marcos Valadão, setembro/novembro : SUS: Consolidação, humanização e controle social, Rio de Janeiro, Conselho Estadual de Saúde, 1999.
- ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Plano Diretor de Regionalização, Secretaria de Estado de Saúde, 2002.
- ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Plano Estadual de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, 2002.
- FERNANDES, Valcler R. A Secretaria de Estado de Saúde e a Implantação do SUS. In Bayma, Fátima & Kasznar, Istvan, (Org). Saúde e Previdência Social: Desafios para a Gestão no Próximo Milênio, Rio de Janeiro, MAKRON Books, 2001.
- FLORES, C. F. Inventando la empresa del siglo XXI. Santiago de Chile: Hachette, 1989.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder, trad. Roberto Machado, Rio de Janeiro, Edições Graal – 1979.
- GEUS, Arie de. The living company: habits for survival in a turbulent business environment. Boston: Harvard Bussiness School, 1997.
- GODET, Michel. Manual de Prospectiva Estratégica: Da Antecipação à ação, Lisboa: publicações Dom Quixote, 1993.
- HABBERMAS, Jurgen, Consciência Moral e Agir Comunicativo, trad. Guido A de Almeida, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.
- HILHORST, J. Planejamento Regional, enfoque sobre sistemas, Zahar, Rio de Janeiro, 1975.

- HORTALE, Virgínia Alonso, Descentralização, Autonomia Gerencial e Participação: Alternativas à Crise ou Transição para o Sistema Diverso?, Tese de Doutorado, FIOCRUZ/ENSP, 1996.
- LIMA, L. D. O Processo de Implementação de Novas Estruturas Gestoras do SUS: Um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do RJ. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 1999.
- LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços, Rio de Janeiro : s.n. ; 2000, dissertações acadêmicas apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública –ENSP.
- LUCHESE, Patrícia T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implantação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas/ IPEA, 14:75-156. 1996.
- MARCIAL, Elaine Coutinho. Aplicação de Metodologia de Cenários no Banco do Brasil. Dissertação apresentada ao Centre de Recherch Rétrospectives de Marseille, da Faculte des Sciences et Techniques de Saint Jérôme – Université de Droite et des Sciences D’Aix – Marseille, 1999.
- MARTINS, Wagner de Jesus, Processo de Integração Regional no Estado do Rio de Janeiro: Superando as Desigualdades na Perspectiva da Integralidade das Ações de Saúde, In Brasil, MS, Experiências Inovadoras no SUS: Relatos de Experiências/ Gestão dos Serviços de Saúde / Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de saúde – Brasília; Ministério da Saúde, 2002.
- MASI, Domenico De, O futuro do trabalho: Fadiga e ócio na sociedade pós-industrial, Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, DF: Ed. Da UnB, 1999
- MATUS, Carlos, O líder sem Estado-Maior; trad. Giselda Barroso G A Sauveur, São Paulo, FUNDEP, 2000.
- MATUS, Carlos. Adeus, Senhor Presidente: governantes governados, São Paulo, Edições FUNDAP, 1996.(A)
- MATUS, Carlos. O Método PES: Entrevista com Carlos Matus, São Paulo, Edições FUNDAP, 1995.
- MATUS, Carlos. Política, Planejamento & Governo. Brasília, 3a edição, IPEA, 1993.
- MEHRY, Emerson Elias. Brasil pós-64 Financiamento e Modelos dos Serviços de Saúde. In Planejamento Sem Normas (Org) Campos, Gastão Wagner de Souza; Mehry, Emerson Elias; Nunes, Everaldo Duarte. Campinas, São Paulo. Editora HUCITEC, 1989.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, São Paulo, Ed. Hucitec, 3ª edição, 1995.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Uma Agenda para a Saúde, São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.
- MINAYO, C. de Souza. et al., Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade, RJ, Petrópolis, Vozes, 1994.
- MINTZBERG, Hery, Criando Organizações Eficazes: Estruturas em cinco Configurações, São Paulo: Atlas, 1995
- MORGAN, Gareth, Imagens da Organização, trad. Cecília W. Bergamini, Roberto Coda, São Paulo, Atlas, 1996.
- MOTTA, P. Roberto, Desempenho em equipes de saúde: manual, Rio de Janeiro: Editora, FGV, 2001.
- MOTTA, Paulo Roberto, Gestão Contemporânea: A ciência e a arte de ser dirigente, 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 1994
- MOURA, Paulo C. Construindo o Futuro: o impacto global do novo paradigma. Rio de Janeiro, 2a edição, Mauad Consultoria, 1995.
- NORONHA, José Carvalho & LEVCOVITZ, Eduardo, 1994. AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In GUIMARÃES, Reinaldo e TAVARES, Ricardo (orgs). Saúde e sociedade no Brasil – anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p.73-111. 1975.
- PARADA, R., 1997. Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- PENNA, Antonio Gomes. Percepção e Realidade: introdução ao estudo da atividade perceptiva. Rio de Janeiro, 2a edição, Imago Editora, 1993.

- PEREGRINO, Fernando at alli, IDH, Bússola: estabelecendo prioridades em políticas públicas através de indicadores de desenvolvimento humano: longevidade, educação, renda, infância, habitação, rio de Janeiro: Litteris Ed., 2001
- PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães; CONSUELO, David Vivas. Tendências do sistema de saúde brasileiro: estudo Delphi. Brasília, IPEA, 2001.
- RIVERA, F. Javier Uribe, Agir comunicativo e Planejamento Social: Uma Crítica ao Enfoque Estratégico – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- RIVERA, F. Javier Uribe, Planejamento e programação em saúde: Um enfoque estratégico – SP: Cortez, 1989.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jul./set. 1996, vol.12, no.3 [citado 06 Janeiro 2003], p.357-372. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000300009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe. Análise Estratégica e Prospectiva em Saúde. *ENSP*, mimeo, 2001.
- SANTOS, Lenir. Sistema único de saúde e o sistema de controle interno e externo, [DOC] www.conasems.com.br/cendoc/doc/lenir1.doc., 1998
- SEARLE, John R. Mente, linguagem e sociedade: filosofia do mundo real; tradução, F. Rangel. Rio de Janeiro, Rocco, 2000.
- SENGE, Peter. A Quinta Disciplina: A arte e prática da organização que aprende – São Paulo : editora Best Seller, 2000.
- SILVA, Ionara Ferreira da e LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jan./fev. 2001, vol.17, no.1 [citado 06 Janeiro 2003], p.161-170. Disponível na WWW: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100017&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X
- SOUZA, Renilson R; A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.451-455, 2001
- TESTA, Mario. Pensar em Saúde; trad. Walkiria M. F. Settineri, Porto alegre: Artes Médicas, 1992.
- VASCONCELLOS, Miguel Murat, Serviços de Saúde: Revisão de Processos de Regionalização, Análise de Padrões Espaciais e de Modelos de Localização, In, Saúde e espaço: Estudos metodológicos e técnicas de análise, Org., Alberto Lopes Najar & Eduardo Cesar Marques, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- VIANA, Ana Luiza e Dal Poz, Mário Roberto, O SUS no Estado do Rio de Janeiro, *PHYSIS:Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 11-17, 2001.
- VIANA, Ana Luiza at al., Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In Negri, Barjas & Viana, Ana Luiza d'Ávila, (Org). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo, Ed. Sobravime; Cealag, 2002.
- ZEUS Rio Solutions, Sistema Hall: Módulo - Planejamento Estratégico em Saúde Manual Passo a Passo, Rio de Janeiro, Zeus Rio Solutions, mimeo, 2002.

