

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PLANEJAMENTO E
GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ABORDAGEM COMUNICATIVA DO PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL:**

Saúde e equidade na Venezuela

HENNY LUZ HEREDIA MARTÍNEZ

**Orientadoras:
Profª Drª SILVIA MARTA PORTO
Profª Drª ELIZABETH ARTMANN**

**RIO DE JANEIRO
OUTUBRO/2007**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PLANEJAMENTO E
GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ABORDAGEM COMUNICATIVA DO PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL:**

Saúde e equidade na Venezuela

HENNY LUZ HEREDIA MARTÍNEZ

Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Planejamento e Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde.

**RIO DE JANEIRO
OUTUBRO/2007**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PLANEJAMENTO E
GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ABORDAGEM COMUNICATIVA DO PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL:**

Saúde e equidade na Venezuela

HENNY LUZ HEREDIA MARTÍNEZ

Orientadoras:

Profª Drª SILVIA MARTA PORTO

Profª Drª ELIZABETH ARTMANN

Aprovada em ____ de _____ de 2007 pela banca

Profª Drª SILVIA MARTA PORTO, ENSP, FIOCRUZ
Orientadora

Profª Drª ELIZABETH ARTMANN, ENSP, FIOCRUZ
Orientadora

Prof. Dr. RUBEN ARAUJO DE MATTOS, UERJ, IMS
Avaliador

Profª Drª MARÍA ALICIA UGÁ, ENSP, FIOCRUZ
Avaliadora

DEDICATÓRIA

À Deus por iluminar o meu caminho e abençoar-me com esta experiência cheia de lições e aprendizagem.

Aos meus pais, María Adelfa e Cruz exemplo de otimismo e de força de vontade. O vosso amor é o motor que me dá ânimo para seguir lutando no caminho da vida.

Aos meus irmãos Cruz Manuel, Leiny Luz, Cruz Daniel, William Joel, Anthony Jesús e Heibel Daniel fortaleza, entusiasmo e entrega em todo momento.

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras Silvia Porto e Elizabeth Artmann, pela dedicação, conhecimento, amizade, paciência e compromisso, em todo o caminho transitado. Obrigada por converterem o espaço da orientação num espaço de aprendizagem constante.

À todas as pessoas da paróquia Capital Santos Michelena, o meu sincero agradecimento, pela constância e a vontade de construir um país diferente.

Às autoridades da Corporação de Saúde do estado Aragua, especialmente à Nora López *mi querida Mamuska*, pela amizade, conhecimento e apoio incondicional em todo o processo de construção deste trabalho.

A Benito Aguilera, Julio Useche, Yamil Gutiérrez e à equipe de saúde da paróquia, especialmente à Mairene Vizcaya, Mairene Vizcaya, Teresa Pérez, Juan Berrios, Pablo Castillo, Marina Bobadilla, Evelyn Ramírez, Carmela Díaz, Gladys Moreno, Yasmina Arias y Antonio Bonarrigo, porque todas as gestões efetuadas foram uma grande contribuição para o desenvolvimento da dissertação.

A Carlos Matus *in memoriam* porque com sua produção intelectual incentivou o olhar de outros caminhos na geração de conhecimentos úteis para as nossas realidades.

À Javier Rivera e ao Gustavo Bergonzoli por iluminar o caminho com suas produções científicas e as sugestões ao trabalho no momento oportuno.

À Mônica Martins, María Alicia Ugá, Marilene de Castilho Sá, Fernando Telles, Nilson do Rosário Costa, Marina Noronha Ferreira e Dália Romero, pela aprendizagem e apoio dado, os meus sinceros agradecimentos.

Ao meu amigo William Capó “*Profe. Berd*” pelas as lições, conselhos, palavras e a amizade sincera, você foi um grande apoio em todo momento.

Ao meu amigo Tomás Valdez, por ser um livro aberto que com sua experiência deu-me muitas lições. Obrigada pela grata companhia e a amizade sincera.

À minha amiga Márcia Schott, pela transparência, sinceridade, apoio e alegria nas horas em que mais necessitava.

Aos colegas de turma, pelo acolhimento e abertura em todos os meses que compartilhamos.

À Lia Ribeiro, Paulo Ribeiro, Zenilda Folly e Rafael Arouca, pela companhia e apoio dispensado.

Aos meus queridos Tibusay Machín, José García, María Cristina, Ivel Jiménez e Belén Arteaga, que mesmo à distância me animaram e me deram forças para continuar nos momentos difíceis.

À Mirlen Mujica, Vanessa Terán, Margarita Aponte, Lenny Mendoza e Eligia García, por todo o apoio dispensado desde Venezuela.

Ao Ministério do Poder Popular para a Saúde e ao Instituto de Altos Estudos em Saúde Pública pela liberação e apoio na formação acadêmica.

À Pasqualina Curcio pela orientação no momento certo para me inserção na área da Saúde Pública.

À Oscar Feo e Carlos Linger pelo apoio e as gestões efetuadas.

À Fundação “Gran Mariscal de Ayacucho” pelo apoio dispensado.

Aos **meus pais e irmãos** fonte de incentivo e ajuda incondicional em todo momento,
para vocês me eterno agradecimento.

E a **Deus** por brindar-me esta oportunidade e por guiar-me em todo momento nesta
vivência repleta de ensinamentos.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	I
LISTA DE TABELAS.....	III
LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS.....	IV
LISTA DE SIGLAS.....	VII
RESUMO.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
APRESENTAÇÃO.....	1
I. A EQÜIDADE EM SAÚDE À LUZ DAS TEORIAS CONTEMPORÂNEAS DE JUSTIÇA SOCIAL: O CASO VENEZUELANO.....	10
Introdução.....	10
I.1 AS TEORIAS CONTEMPORÂNEAS DE JUSTIÇA SOCIAL.....	11
A teoria de justiça de John Rawls (1971).....	11
Amartya Sen: justiça social, igualdade e liberdade (1992).....	18
I.2 AS BASES CONCEITUAIS DA EQÜIDADE.....	25
I.3 A EQÜIDADE NO MARCO LEGAL DA SAÚDE EM VENEZUELA.....	43
I.3.1 Eqüidade em saúde nas leis da Venezuela.....	43
Constituição da República Bolivariana da Venezuela (CRBV-1999).....	43
Lei Orgânica de Seguridade Social (2002).....	44
Projeto de Lei de Saúde e do Sistema Público Nacional de Saúde (setembro, 2006).....	45
I.3.2 Os Planos Nacionais da Venezuela e a eqüidade em saúde.....	48
O Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (PNDES 2001-2007).....	48
O Plano Estratégico Social (2002).....	49
Considerações Finais.....	53
II. A PROPOSTA METODOLÓGICA DO PES PARA O NÍVEL LOCAL EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM COMUNICATIVA, COM UM OLHAR DESDE A EQÜIDADE.....	55
Introdução.....	55
II.1 A TEORIA DO AGIR COMUNICATIVO: ELEMENTOS BÁSICOS PARA SUA COMPREENSÃO.....	58
II.1.1 O conceito tríplice do mundo.....	59
II.1.2 O mundo da vida e o sistema.....	59
II.1.3 A teoria da ação comunicativa: um novo paradigma.....	63
II.1.4 Agir Comunicativo versus Agir Estratégico.....	65
II.2 O INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E REPRESENTAÇÃO DE NECESSIDADES SOCIAIS DE VENEZUELA.....	71
II.2.1 Necessidades Sociais.....	71
II.2.2 Identificação e Representação das Necessidades Sociais.....	72
II.2.3 Aplicação do Instrumento nos níveis locais de saúde na Venezuela.....	77
Análise da Situação de Saúde (ASIS).....	83
A Sala Situacional.....	84
II.2.4 Importância do Instrumento para a adaptação do PES.....	89
II.3 OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO PES.....	91
II.3.1 O planejamento.....	91
II.3.2 O conceito de situação e a explicação situacional.....	92
II.3.3 O conceito de problema.....	97
II.3.4 O conceito de ator social.....	103

II.4 AS TEORIAS QUE SUSTENTAM O PES.....	105
II.4.1 A Teoria da Produção Social.....	105
II.4.2 A Teoria da Ação.....	114
Teoria do Comportamento versus Teoria da Ação Estratégica.....	117
Ação Estratégica, Ação Regulada e Reação.....	119
Processos Criativos e Criação de Possibilidades.....	121
II.4.3 A Teoria das Macroorganizações e a cultura da responsabilidade.....	122
II.5 OS QUATRO MOMENTOS DA PROPOSTA METODOLÓGICA DO PES, UMA ADAPTAÇÃO PARA O NÍVEL LOCAL.....	133
II.5.1 O conceito de Momento.....	133
II.5.2 O Momento Explicativo (tende a ser).....	134
A seleção do problema.....	136
A descrição e generalidades dos problemas selecionados o Vetor de Definição do Problema (VDP).....	137
A explicação situacional do problema.....	137
Identificação e seleção dos nós críticos ou causas chaves.....	144
Matriz de Impacto Cruzado e de Assuntos Chaves (MIC-MAC).....	144
Plano Cartesiano.....	145
Descrição dos nós críticos - Vetor de descrição dos nós críticos (VDN).....	146
II.5.3 O Momento Normativo (deve ser).....	147
II.5.4 O Momento Estratégico (pode ser).....	154
II.5.5 O Momento Tático-Operacional (fazer).....	163
Considerações Finais.....	168
III. O CONTATO COM A REALIDADE: APLICAÇÃO DO PES NO NÍVEL LOCAL EM SAÚDE NA VENEZUELA.....	172
Introdução.....	172
III.1 A PESQUISA DE CAMPO: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	174
III.1.1 Desenho da pesquisa e tipo de estudo.....	174
III.1.2 Fontes de informação.....	174
III.1.3 Proposta do PES para o nível local em saúde na Venezuela.....	175
A. Momento Explicativo.....	175
A.1 A seleção do problema.....	176
A.2 Descrição e generalidades do problema selecionado o Vetor de Definição do Problema (VDP).....	176
A.3 A explicação situacional do problema.....	177
A.4 Identificação e seleção dos nós críticos ou causas chaves.....	182
A.5 Descrição dos nós críticos - Vetor de descrição dos nós críticos (VDN).....	184
B. Momento Normativo.....	184
C. Momento Estratégico.....	185
III.1.4 A seleção da unidade de análise.....	186
III.1.4.1 A unidade de análise.....	186
III.1.4.2 Critérios de seleção da unidade de análise e dos atores-chave.....	186
III.1.4.3 Análise para a estimativa das necessidades relativas de saúde.....	187
III.1.4.4 Análise do potencial participativo dos atores-chave.....	192
III.1.5 Considerações Éticas.....	199
III.2 OS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA PROPOSTA DO PES NA VENEZUELA.....	200
III.2.1 Caracterização da paróquia Capital Santos Michelena.....	200
III.2.1.1 Situação Geral.....	201

III.2.1.2	Análise dos Indicadores Demográficos.....	206
III.2.1.3	Fatores Determinantes da Saúde.....	208
III.2.1.4	Resposta do Sistema de Saúde.....	209
III.2.1.5	Análise dos Fatores de Risco.....	213
III.2.1.6	Análise da Natalidade.....	214
III.2.1.7	Análise da Morbidade.....	216
III.2.1.8	Análise da Mortalidade.....	217
III.2.2	O Momento Explicativo: definição e priorização de problemas.....	220
III.2.2.1	Identificação e seleção do problema.....	220
III.2.2.2	Análise do problema.....	226
III.2.2.3	A outra face da explicação situacional: um olhar desde da equidade.....	242
III.2.3	O Momento Normativo: desenho do plano de ação.....	265
III.2.3.1	O processo do desenho do plano de ação.....	265
III.2.3.2	O plano de ação.....	275
III.2.3.3	Vulnerabilidade e surpresas no plano de ação.....	294
III.2.4	O Momento Estratégico: viabilidade do plano de ação.....	297
III.2.4.1	A análise da motivação dos atores em fase às operações do plano e do Vetor de Peso (VP) ou da capacidade de poder.....	297
III.2.4.2	Estratégias para as operações de conflitos.....	298
III. 3	LIÇÕES APRENDIDAS À LUZ DA EXPERIÊNCIA DESENVOLVIDA NO NÍVEL LOCAL EM SAÚDE NA VENEZUELA.....	300
	CONCLUSÕES.....	303
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	311
	ANEXOS	318

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. INTERPRETAÇÕES DO SEGUNDO PRINCÍPIO DA TEORIA DE JUSTIÇA SOCIAL DE RAWLS.....	16
QUADRO 2. PRINCIPAIS ETAPAS NA CONSTITUIÇÃO DOS DIREITOS COMO LIBERDADES E COMO OBRIGAÇÕES, DO SÉCULO XVII ATÉ NOSSOS DIAS.....	26
QUADRO 3. TIPOS DE EQÜIDADE SEGUNDO TURNER (1986).....	31
QUADRO 4. TIPOS DE EQÜIDADE EM SAÚDE SEGUNDO LE GRAND (1982, 1988).....	32
QUADRO 5. TIPOS DE EQÜIDADE SEGUNDO ARTELLS E MOONEY (1983).....	33
QUADRO 6. FORMULAÇÃO TEÓRICA DE BREILH SOBRE A PROBLEMÁTICA DA INEQUIDADE EM SAÚDE.....	38
QUADRO 7. ENFOQUES DA PLANIFICAÇÃO NA AMÉRICA LATINA SEGUNDO A TAXONOMIA DO MATUS (1987).....	58
QUADRO 8. AÇÃO COMUNICATIVA VERSUS DISCURSO.....	68
QUADRO 9. VARIÁVEIS CONSIDERADAS PARA A CONFORMAÇÃO DOS TERRITÓRIOS SOCIAIS.....	80
QUADRO 10. TIPOS DE PROBLEMAS SEGUNDO MATUS (1996).....	99
QUADRO 11. RELAÇÕES FUNDAMENTAIS NA EXPLICAÇÃO DA REALIDADE.....	112
QUADRO 12. CARACTERÍSTICAS DAS OPERAÇÕES OP E OPERAÇÕES OK.....	149
QUADRO 13. VARIÁVEIS DO GUIA DE OBSERVAÇÃO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	180
QUADRO 14. VARIÁVEIS CONSIDERADAS PARA A CONFORMAÇÃO DOS TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	181
QUADRO 15. INDICADORES UTILIZADOS PARA A ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS.....	188
QUADRO 16. PARÓQUIAS DO ESTADO ARAGUA QUE NÃO FORAM CONSIDERADAS NO TRABALHO.....	189
QUADRO 17. ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEGUNDO NÍVEIS DE ATENÇÃO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	211
QUADRO 18. OPÇÕES METODOLÓGICAS UTILIZADAS NOS MOMENTOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL APLICADAS NA PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	219
QUADRO 19. PROBLEMAS SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM OS ARTIGOS CONSTITUCIONAIS NÃO CUMPRIDOS INTEGRALMENTE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	221
QUADRO 20. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS E SUA RELAÇÃO COM OS ARTIGOS CONSTITUCIONAIS NÃO CUMPRIDOS INTEGRALMENTE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	225

QUADRO 21. DESCRITORES SEGUNDO FONTE DE VERIFICAÇÃO, DO PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	229
QUADRO 22. DESCRIÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	230
QUADRO 23. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS OU CAUSAS CHAVES, PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	240
QUADRO 24. ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS NOS DIFERENTES CENÁRIOS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	267
QUADRO 25. DESENHO DA SITUAÇÃO-OBJETIVO (CENÁRIO INTERMEDIÁRIO), PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	273
QUADRO 26. RESUMO DAS OPERAÇÕES PARA CADA NÓ CRÍTICO, PLANO DE AÇÃO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	275
QUADRO 27. ANÁLISE DA VULNERABILIDADE DO PLANO NO CENÁRIO DE REFERÊNCIA, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	295
QUADRO 28. SURPRESAS E SEU IMPACTO NO PLANO DE AÇÃO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	296
QUADRO 29. MOTIVAÇÃO DOS ATORES EM FACE DAS OPERAÇÕES DO PLANO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	297
QUADRO 30. ANÁLISE DA VIABILIDADE DAS OPERAÇÕES CONFLITIVAS NA SITUAÇÃO INICIAL, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	298
QUADRO 31. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	299

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS.....	190
TABELA 2. PORCENTAGEM DA VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS FATORES 1 E 2.....	190
TABELA 3. ÍNDICE DE NECESSIDADES PARA AS PARÓQUIAS DO ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	191
TABELA 4. VALOR DA MOTIVAÇÃO E POTENCIAL PARTICIPATIVO DOS ATORES-CHAVE DAS PARÓQUIAS PRÉ-SELECIONADAS.....	194
TABELA 5. ORGANIZAÇÃO DAS PREFEITURAS OU JUNTAS PAROQUIAIS NAS PARÓQUIAS PRÉ-SELECIONADAS.....	195
TABELA 6. ORGANIZAÇÃO DOS COMITÊS DE SAÚDE NAS PARÓQUIAS PRÉ-SELECIONADAS.....	195
TABELA 7. ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS COMUNAIS DE SAÚDE NAS PARÓQUIAS PRÉ-SELECIONADAS.....	196
TABELA 8. ORGANIZAÇÃO DAS DIREÇÕES MUNICIPAIS DE SAÚDE NAS PARÓQUIAS SELECIONADAS.....	197
TABELA 9. RISCOS PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS NOS MENORES DE 19 ANOS PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA E ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006.....	213
TABELA 10. FATORES DE RISCOS NA POPULAÇÃO ADSCRITA NA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DA MISSÃO BAIRRO ADENTRO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2006.....	214
TABELA 11. ESTADO NUTRICIONAL PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006.....	214
TABELA 12. INDICADORES DE NATALIDADE PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006.....	215
TABELA 13. MORBIDADE PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2006.....	216
TABELA 14. MORTALIDADE GERAL E INFANTIL PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006.....	217
TABELA 15. MORTALIDADE GERAL POR GÊNERO PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006.....	217
TABELA 16. MORTALIDADE GERAL POR GRUPOS ETÁRIOS PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006.....	218
TABELA 17. MORTALIDADE GERAL POR CAUSA BÁSICA DA MORTE PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006.....	218
TABELA 18. MATRIZ DE IMPACTO CRUZADO E DE ASUNTOS CHAVES (MIC-MAC): BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	234
TABELA 19. SOMAS ATIVA E PASSIVA DA MATRIZ MIC-MAC, PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	237

TABELA 20. LOCALIDADES SEGUNDO PONTUAÇÃO FINAL OBTIDA NO GUIA DE OBSERVAÇÃO APLICADO NA PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	243
TABELA 21. CONFORMAÇÃO DOS TERRITÓRIOS SOCIAIS SEGUNDO CONDIÇÕES DE VIDA, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	244
TABELA 22. RECURSO HUMANO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	249
TABELA 23. INDICADORES SOBRE O RECURSO HUMANO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	252
TABELA 24. RAZÃO PADRONIZADA DE MORTALIDADE GERAL NAS LOCALIDADES DA PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007.....	260
TABELA 25. FREQUÊNCIA DO SERVIÇO DE ÁGUA NAS LOCALIDADES AFETADAS POR FALHAS NO ABASTECIMENTO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	262

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E DIAGRAMAS

FIGURA 1. A PRODUÇÃO DA SAÚDE NA ABORDAGEM DAS “CAPACIDADES BÁSICAS”.....	23
FIGURA 2. AS DIFERENÇAS NO ENFOQUE DA IGUALDADE (TODAS AS PESSOAS EM ESFERAS VALORADAS DA VIDA).....	40
FIGURA 3. AS DIFERENÇAS NO ENFOQUE DA DIVERSIDADE (TODOS OS SUJEITOS EM SUA IDENTIDADE E OPÇÕES VALORADAS).....	40
FIGURA 4. CRUZAMENTO DAS ESTRUTURAS DA PERSONALIDADE COM A CULTURA E A SOCIEDADE.....	61
FIGURA 5. VIGILÂNCIA DA SAÚDE PÚBLICA.....	86
FIGURA 6. VIGILÂNCIA DA SAÚDE PÚBLICA: PROCESSO DE INTERAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES E INTERVENÇÕES.....	87
FIGURA 7. SALA SITUACIONAL FASES DO PROCESSO METODOLÓGICO.....	88
FIGURA 8. O PROCESSO DE PRODUÇÃO SOCIAL.....	106
FIGURA 9. RELAÇÕES FUNDAMENTAIS NA EXPLICAÇÃO DA REALIDADE.....	113
FIGURA 10. TAXONOMIA DA AÇÃO SOCIAL. INTENCIONAL E REFLEXIVA.....	114
FIGURA 11. TAXONOMIA DAS AÇÕES SOCIAIS DE HABERMAS (1987).....	116
FIGURA 12. RELAÇÕES SEGUNDO A TEORIA DO COMPORTAMENTO.....	117
FIGURA 13. TRAJETÓRIA DA AÇÃO REGULADA.....	120
FIGURA 14. TRAJETÓRIA TÍPICA DA REAÇÃO.....	120
FIGURA 15. TEORIA MACROORGANIZATIVA DO PES.....	124
FIGURA 16. A METÁFORA DO JOGO ORGANIZACIONAL.....	132
FIGURA 17. O FLUXOGRAMA SITUACIONAL.....	138
FIGURA 18. DIAGRAMA DO MODELO EXPLICATIVO.....	139
FIGURA 19. MAPA DA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. ANO 2007.....	203
FIGURA 20. MAPA DO ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	203
FIGURA 21. MAPA MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, PARÓQUIA CAPITAL, ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	204
FIGURA 22. PLANO PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA E ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	205
GRÁFICO 1. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR IDADE E GÊNERO. ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	207
GRÁFICO 2. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR IDADE E GÊNERO MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA. ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	207
GRÁFICO 3. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR IDADE E GÊNERO. PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA. ESTADO ARAGUA. ANO 2007.....	207
GRÁFICO 4. TAXAS DE NATALIDADE POR 1000 HAB. PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA E ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006.....	216
FIGURA 23. FLUXOGRAMA SITUACIONAL: BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	228

GRÁFICO 5. PLANO CARTESIANO: PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	238
GRÁFICO 6. TERRITÓRIOS SOCIAIS SEGUNDO CONDIÇÕES DE VIDA, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	245
FIGURA 24. DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS TERRITÓRIOS SOCIAIS SEGUNDO CONDIÇÕES DE VIDA, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	247
GRÁFICO 7. PERCENTUAL DA CAPACIDADE INSTALADA DE RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007.....	255
GRÁFICO 8. PERCENTUAL DE PARTOS ATENDIDOS NOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS DA DIREÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007.....	257
GRÁFICO 9. PERCENTUAL DE PARTOS ATENDIDOS EM ESTABELECIMENTOS PRIVADOS SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS , PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007.....	258
GRÁFICO 10. PERCENTUAL DE COBERTURA DE CITOLOGIA SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007.....	259
GRÁFICO 11. PERCENTUAL DE MERCALES (MERCADOS POPULARES) SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007.....	263

LISTA DE SIGLAS

AUII - Ambulatório Andrés Eloy Rodríguez – Urbano Tipo II
ARC - Autopista Regional do Centro
ARII - Ambulatório de Curiepe – Rural Tipo II
ASIS - Análise da Situação de Saúde
AUII - Ambulatório Andrés Eloy Rodríguez – Urbano Tipo II
BM - Banco Mundial
CDI - Centro de Diagnóstico Integral
CMMBA - Coordenação Municipal da Missão Bairro Adentro
CORPOSALUD ARAGUA - Corporação de Saúde do Estado Aragua
CRBV - Constituição da República Bolivariana de Venezuela
DMS - Direção Municipal de Saúde
DMSSM - Direção Municipal de Saúde de Santos Michelena
FMI - Fundo Monetário Internacional
FNU - Fundo das Nações Unidas
IAESP - Instituto de Altos Estudos de Saúde Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
INE - Instituto Nacional de Estatísticas de Venezuela
ISEqH - International Society for Equity in Health
MIC-MAC - Matriz de Impacto Cruzado e de Assuntos Chaves
MPPS - Ministério do Poder Popular para a Saúde
NAP - Núcleos de Atenção Primária
NCS - Nós Críticos Seleccionados
NV - Nascidos Vivos
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OK - Operações táticas para a construção de viabilidade do plano
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OP - Operações para enfrentar os nós críticos do plano de ação
OPAS ou OPS – Organização Pan-americana da Saúde
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PESS - Plano Estratégico Social
PNDES 2001-2007 - Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social da Nação
SISMAI - Sistema de Informação em Saúde do Modelo de Atenção Integral
SISVAM - Sistema de Vigilância Alimentaria e Nutricional
SPT 2000 - Saúde para todos no ano 2000
SRI - Sala de Reabilitação Integral
TLF - Tendência Linear
TMG - Taxa de Mortalidade Geral
TMI - Taxa de Mortalidade Infantil
VDN - Vetor de Descrição os Nós Críticos
VDNC - Vetor dos Nós Críticos Transformados
VDP - Vetor de Definição do Problema
VDR - Vetor de Descrição de Resultados
VMP - Vetor de Momento de Peso
VP - Vetor de Peso

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo geral propor a adaptação do enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para o nível local em saúde considerando a abordagem comunicativa e a dimensão da equidade. Para tanto, além do referencial teórico o trabalho apoiou-se na aplicação do enfoque em uma das paróquias do Estado Aragua, Venezuela a partir de uma problemática em saúde priorizada pelos atores-chave e que resultou num plano de ação.

Se realizou um estudo documental e de campo. A seleção da paróquia foi realizada a partir de dois critérios considerados inovadores na aplicação do PES: (a) a análise para a estimativa das necessidades relativas de saúde; (b) a análise do potencial participativo dos atores-chave frente às operações do plano. Ficou selecionada a paróquia Capital Santos Michelena do Estado Aragua, onde os atores priorizaram, entre vários dos problemas existentes, a “baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde”.

Nos três momentos do PES aplicados na paróquia para o processamento do problema utilizaram-se diversas técnicas metodológicas. Destaca-se no momento explicativo: a) a identificação de problemas, relacionando-os com os artigos referentes a direitos consagrados na Constituição venezuelana, b) a conformação de territórios sociais a partir da utilização de um guia de observação e acompanhamento com informantes-chaves de cada localidade; c) a medição de iniquidades a partir de indicadores de saúde associados ao problema selecionado. No momento normativo foram incorporados critérios de equidade em cada operação, fundamentalmente considerando a análise das *brechas* por iniquidade nos territórios sociais. No momento estratégico, a análise da motivação dos atores-chave em face às operações do plano de ação e a análise da capacidade de ação (poder), procuraram ressaltar elementos comunicativos, como a negociação e consideração de atores com interesses divergentes não como oponentes, mas desde o início como colaboradores potenciais.

Da análise do problema foram selecionados cinco nós críticos para desenhar o plano de ação. Conformaram-se os territórios sociais através da construção de um indicador ponderado e dos 42 territórios sociais da paróquia Capital Santos Michelena, 38 foram classificados nas categorias: condições de vida regulares, condições de vida ruins e condições de vida muito ruins. Se analisou a presença de iniquidades entre os extratos sociais mediante o cálculo da ANOVA para indicadores relacionados com a cobertura dos serviços de saúde. O plano de ação ficou constituído por 6 operações e 21 ações, das quais duas são ações de demanda para Corposalud Aragua e a prefeitura do município.

A conclusão principal deste estudo é que a incorporação do enfoque comunicativo e da dimensão da equidade no PES permite potencializar a gestão em saúde e contribuir para a diminuição das *brechas por iniquidade*.

Palavras-chave: Planejamento em saúde/métodos; Iniquidade social; Condições de vida; Saúde pública; Análise de situação; Planejamento estratégico; Informação estratégica em saúde; Tomada de Decisões Gerenciais.

ABSTRACT

This study had like general objective proposed the adaptation of a Situational Planning Strategy (SPS) for the local health level that considers the communicative boarding and the dimension of the equality. For so much, besides the theoretical referential system the work supported in the application of the approach in one of the parishes of the Aragua State, Venezuela from a problematic in health prioritized by the actors-key and what turned in a plan of action.

A documentary study and of field was made. The selection of the parish was carried out from two criteria considered innovatory in the application of SPS: (a) The analysis for the estimation of the relative necessities of health and; (b) The analysis of the participative potential of the actor-key at front of the operational plan. The selected area was the Santos Michelena's Capital Parrish where the actors prioritized, in between of several existing problems, the "low solving capacity of the local health system net".

At three moments of SPS applied in the parish for the processing of the problem were used diverse methodology techniques. It stands out at the explicative moment: a) the identification of problems connecting them with the articles referring to right consecrated in Constitution Venezuelan, b) the construction of social territories from the use of the Observational Guide with support of key-informants of each area; c) measurement of iniquities based on health indicators associated with the problem select. At the strategic moment criteria of equity were incorporated in each operation, fundamentally considering the analysis of the breaches by iniquity in the social territories. At the strategic moment, the analysis of the actor-key motivation in front of the plan of action and the analysis of the capacity for the action (power), tried to emphasize communicative elements, like the negotiation and actors' consideration with divergent interests not eat opponents, but from the beginning like potential collaborators.

From the analysis of the problem five critical aspects were selected to design the plan of action. The social territories were constructed through the conformation of a pondered indicator and from the 42 areas that make the Santos Michelena's Parrish, 38 were classified into the following categories: regular life conditions, bad life conditions and very bad life conditions. Similarly, the analysis of iniquities in the different social strata within the population was made based on the calculus of ANOVA, which is related to the coverage of the health services. The plan of action was constituted by 6 operations and 21 actions, of which two are actions of demand for Corposalud Aragua and the town hall of the local authority.

It is the principal conclusion of this study what the incorporation of a communicative approach allows the improvement and reinforcement of the health and of the dimension of the equity in allows SPS to strengthen the management in health and to contribute to the reduction of the iniquities within the population.

Key-Words: Health Planning and Methods; Life conditions; Public Health; Situational Analysis; Strategic Planning; Health Information Strategies; Decision -making Strategies; Health Management

APRESENTAÇÃO

Depois da enorme crise econômica posterior à segunda guerra mundial e devido ao grande impacto dela sobre a maioria dos países, se inicia um período de restauração da humanidade em matéria de direitos sociais e o reconhecimento da problemática ocasionada visando as possíveis soluções. Portanto, foram organizados diversos eventos multilaterais, entre eles um de maior relevância, a Conferência de Alma Ata, celebrada em 12 de setembro de 1978, que teve como acordo central o compromisso das nações de dar respostas às necessidades básicas da população para enfrentar as causas fundamentais da falta de saúde: de ordem social, econômico e político; traçando como objetivo, “Saúde para todos no ano 2000” –SPT2000 – (Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a infância, 1978).

No entanto, o ano 2000 chegou e os países não alcançaram o objetivo. Neste sentido, a conferência de Alma Ata significou uma declaração de princípios, reflexo da situação de crises sanitária do mundo e (só) impulsionou o interesse dos povos em reclamar os espaços de participação que não foram concedidos.

Em paralelo à celebração de Alma Ata, se aplicaram as políticas neoliberais no mundo, as quais advogavam por uma tendência de uma economia globalizada que gerou um conjunto de restrições da soberania nacional na maioria dos países, para decidir sobre a condução de suas economias e oferecer respostas às necessidades sociais das populações. Isto introduziu o desenvolvimento de políticas de ajuste estrutural e as reformas do Estado impostas mediante a pressão de instituições financeiras internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), entre outras.

A aplicação das reformas neoliberais implicou novas características políticas, econômicas e sociais que geraram um crescente processo de crises com o aumento da pobreza, condizente a transformações no cenário mundial. Em palavras de Stiglitz, dentre as principais conseqüências da aplicação das políticas neoliberais temos:

[...] La creciente división entre los poseedores y los desposeídos ha dejado una masa creciente en el Tercer Mundo sumida en la más abyecta pobreza y viviendo con menos de un dólar por día. A pesar de los repetidos compromisos sobre la mitigación de la pobreza en la última década del siglo XX, el número de pobres ha aumentado en casi cien millones. Esto sucedió al mismo tiempo que la renta mundial total aumentaba en promedio un 2,5 por ciento anual [...] En África las ambiciosas aspiraciones que siguieron a la independencia colonial se han visto en buena

parte frustradas. En vez de ello, el continente se precipita cada vez más a la miseria, las rentas caen y los niveles de vida descienden [...] La crisis en Asia y América Latina han amenazado las economías y la estabilidad en todos los países en desarrollo [...] El resultado fue que algunas de las naciones más pobres de la Tierra empeoraron aún más su situación [...] Incluso los países que han experimentado un moderado crecimiento han visto cómo los beneficios han sido acaparados por los ricos, y especialmente por los muy ricos -el 10 por ciento más acaudalado- mientras que la pobreza se ha mantenido y en algunos casos las rentas más bajas han llegado a caer [...] Según algunos registros un centenar de países han entrado en crisis (Stiglitz, 2003:29, 30, 32, 40, 44)

Contraditoriamente, ao mesmo tempo em que se observava um dos maiores índices de pobreza no mundo, também existia uma prosperidade nunca antes vista, embora, só beneficiara a uns poucos.

Em setembro de 2000, no marco da “Reunião do Milênio”, 190 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) subscreveram a Declaração do Milênio. O documento contém oito compromissos conhecidos como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre os quais destaca erradicar a pobreza e a fome. Os ODM propõem que os benefícios dos ganhos alcançados se distribuam de forma equitativa, com o fim último de enfrentar a desigualdade econômica e social existente no mundo (ONU, 2000).

A pobreza como fenômeno complexo, pode ser definido de forma genérica como a situação onde as necessidades não são atendidas de forma adequada (Rocha, 2003). Como uma manifestação das iniquidades sociais representadas pelo acesso limitado aos serviços básicos, a pobreza é priorizada porque gera restrições na utilização dos serviços de saúde, educação, habitação, abastecimento de água potável, saneamento ambiental, serviços de eletricidade, entre outras. Por sua parte, as iniquidades sociais são entendidas, como desigualdades evitáveis e sistemáticas e potencialmente remediáveis (Macinko & Starfield, 2001).

Neste sentido, o diretor da campanha para o cumprimento das Metas do Milênio da ONU, Salil Shetty, ao participar do Fórum sobre Desigualdades na América Latina (2005), afirmou que a pior crise que o mundo enfrenta na atualidade é a pobreza e a desigualdade, sendo que 5% dos mais ricos no mundo recebem 114 vezes o ganho dos 5% mais pobre (ONU, 2005).

Do mesmo modo, no Informe sobre o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização das Nações Unidas (ONU, 2007) se observa que apesar dos

avanços obtidos, a pobreza e as desigualdades continuam sendo os principais problemas.

En todo el mundo, el número de personas en países en desarrollo que viven con menos de 1 dólar al día descendió a 980 millones en el 2004 (de 1250 millones de personas en 1990) [...] Sin embargo, este éxito no se distribuye de manera equitativa, ya que el descenso de la pobreza global se debe fundamentalmente al rápido crecimiento económico en Asia [...] Los beneficios del crecimiento económico en los países en desarrollo se han distribuido de manera desigual, tanto dentro de un mismo país, como entre los distintos países [...] las desigualdades más evidentes siguen registrándose en América Latina y el Caribe y en el África subsahariana, donde el 20% de la población más pobre representa únicamente un 3 por ciento del consumo nacional (o de los ingresos – ONU, 2007:7-8).

A Venezuela não escapou dessa situação, para o relatório do primeiro semestre do ano 1998 do Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 49% das famílias do país (2.296.946) se encontravam em pobreza e 21% em pobreza extrema (985.270 famílias). Além disso, os indicadores sociais demonstram que o custo do ajuste estrutural, é sofrido pelos setores mais pobres e desprotegidos da população venezuelana (INE, 2004 e 2006), aumentando assim as *brechas* por iniquidades sociais¹.

É importante destacar que essa situação tem sido melhorada com as diferentes políticas implementadas no país após a promulgação da Constituição da República Bolivariana da Venezuela no ano 1999, assim o demonstra o relatório do primeiro semestre do ano 2006 indicando que 33,9% das famílias do país (2.034.736) estavam em pobreza e 10,6% em pobreza extrema (639.690 famílias). Contudo a pobreza constitui um problema importante no país, e sua redução é o centro das políticas sociais atuais (INE, 2006).

O período com maior percentual de famílias na linha de pobreza foi o segundo semestre do ano 2003 onde 55,1% das famílias do país (3.074.301) se encontravam em pobreza e 25% em pobreza extrema (1.386.377 famílias), segundo o INE (2006) produto da greve petrolífera suscitada no final do ano 2002.

Com a promulgação da Constituição da República Bolivariana da Venezuela como novo contrato social da nação, os principais lineamentos se dirigiram ao desenvolvimento de

¹ “Las brechas por inequidad, representan la distancia de consumo de atención y de los patrones de calidad de vida y la salud alcanzados por los diversos grupos humanos y territorios. Es medir esta distancia entre los que tienen acceso y mayor dominio sobre sus condiciones de calidad de vida y salud y los que están en peores condiciones sociales, económicas y/o de salud, lo que otra vez explica que las respuestas no son equitativas” (Plan Estratégico Social, 2002:8)

políticas públicas sob os princípios de universalidade, equidade, gratuidade e de participação social e ativa das comunidades organizadas na planificação, organização, avaliação e controle. Assim, na Constituição se concebe uma condição cidadã distinta (à que existia), que exige a garantia dos direitos sociais fundamentais através de políticas públicas enquadradas dentro de princípios e mecanismos concretos de participação ativa e de co-responsabilidade nas relações estado-sociedade.

Nesta direção se desenhou o Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social da Nação (PNDES 2001-2007), onde se estabeleceram os delineamentos estratégicos do país em cinco eixos ou equilíbrios: econômico, político, territorial, internacional e social, tendo este último o objetivo de alcançar a justiça social. Para cada equilíbrio se desenvolveu um plano, no Plano de Equilíbrio Social se fez uma abordagem da saúde com a finalidade de garantir o benefício dos direitos sociais de forma universal e equitativa, sendo seu objetivo fundamental a atenção das necessidades do coletivo.

A evolução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na Venezuela durante o período 1998-2005 evidencia o impacto positivo das diferentes políticas assumidas no país. Segundo o INE (2006b), no ano 1998 o IDH alcançou a cifra de 0,6917, posteriormente foi aumentando até alcançar 0,7796 no ano 2001. Para o ano 2005 chegou a 0,8144, quer dizer, se incrementou em 0,1227 de 1998 até 2005. Assim Venezuela passou do desenvolvimento humano mediano alto para o desenvolvimento humano alto. Porém, a distribuição do IDH no interior do país apresenta importantes variações, evidenciando as brechas existentes que afetam, sobretudo às populações mais carentes.

Por sua parte o Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS) em concordância com as disposições reitoras antes mencionadas, tendo como pano de fundo o mandato constitucional e os lineamentos expressados no PNDES desenvolveu o Plano Estratégico Social (PESS) e o Instrumento de Identificação e Representação das Necessidades Sociais. O primeiro como instrumento para a planificação política criado para desenvolver capacidades de condução estratégica e a viabilização de mudanças substantivas nas condições de qualidade de vida e saúde da população venezuelana, procurando determinar os problemas de saúde, com a finalidade de reduzir as *brechas* por iniquidades sociais (Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social/Atualmente denominado MPPS, 2002:3).

E o segundo como ferramenta operacional para a planificação estratégica, baseada no Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, que implica a valoração,

priorização e abordagem das necessidades sociais² de forma estratégica e equitativa, onde a participação dos atores locais (governamentais e comunidade organizada) é chave para a identificação e desenvolvimento de planos de intervenção dos problemas de saúde. Desde uma perspectiva mais próxima do cidadão, incorporando outros setores como: educação, cultura, esporte, economia e ambiente, na resolução da problemática local (Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social/Atualmente denominado MPPS, 2002b).

Dentro dessa perspectiva, as comunidades organizadas identificam e sustentam os seus problemas, mediante um processo participativo que conta com os atores-chave que têm domínio dos recursos críticos para viabilizar o plano, determinando os problemas prioritários a intervir, o que precisa de um complexo processo de negociações (Castellanos, 1998).

Neste sentido em meados do ano 2003, no Instituto de Altos Estudos de Saúde Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAESP)³, se iniciou a formação de pessoal e a aplicação de provas pilotos do Instrumento de Identificação e Representação de Necessidades Sociais no nível local, em alguns estados do país, na busca de caminhos que permitissem desenvolver planos de ação para dar respostas mais equitativas aos problemas presentes na realidade local, mediante a articulação dos diversos setores responsáveis pela saúde da população e a comunidade organizada, tendo como base o enfoque de Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (PES).

A zona centro-norte-costera do país conformada pelos estados Vargas, Miranda, Distrito Capital, Aragua, Carabobo e Cojedes foi uma das priorizadas para aplicar as provas piloto do Instrumento de Identificação e Representação de Necessidades Sociais pelas seguintes razões:

- Nesta habita mais do 50% da população nacional (INE, 2007, projeção da população 2005-2015), o que gerou um crescimento acelerado da população sem maior

² As necessidades sociais entendidas como “a expresión de los déficit en la garantía de los Derechos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en la realidad cotidiana de la población” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Atualmente denominado MPPS, 2002b).

³ O IAESP antiga Escola de Malariologia e Saneamento Ambiental é um organismo criado no ano 2001 pelo Executivo Nacional da República Bolivariana de Venezuela, como Serviço Autônomo, adstrito ao MPPS para contribuir com a formação dos recursos humanos de alta competência que se desempenharam nas áreas estratégicas e nos diferentes níveis do Sistema Público Nacional de Saúde no marco das Políticas do Governo Nacional. O IAESP como organismo executor da Política de Formação de Recursos Humanos em Saúde contempla: (a) liderar a formação e capacitação dos recursos humanos, vinculada às demandas do setor, para a construção e fortalecimento do Sistema Público Nacional de Saúde; (b) desenvolver a pesquisa para a ação em saúde com estratégias inovadoras que aportem conhecimentos para a tomada de decisões; (c) Contribuir com o desenho de Políticas Públicas de Saúde (IAESP, disponível em <http://www.iaesp.edu.ve>, ultimo aceso em agosto 2006).

planificação urbanística, ocasionando uma elevada demanda de serviços públicos no centro do país que não tem sido coberta pelos organismos públicos e privados.

- É uma das regiões de Venezuela com elevada concentração da população, altos níveis de exclusão e deterioração das condições de vida.

Dentro da zona centro-norte-costeira, foi no estado Aragua que se desenvolveram várias experiências da aplicação do instrumento, pelas razões que se mencionam a seguir:

- É o sexto estado com maior população da Venezuela (1.641.334 habitantes), conformado por 18 municípios autônomos e 50 paróquias (segundo a projeção do censo 2001 - INE, 2007), com uma extensão territorial de 7.014 Km² que representa 0,77% do território nacional.
- Dos estados da zona central do país, Aragua é um dos que apresenta maior desenvolvimento industrial e se considera uma ponte geográfica que comunica a mencionada região com os estados da zona centro *llanera* e também com a zona sul da Venezuela. Estas características lhe concedem um potencial para o desenvolvimento socioeconômico, o que representa um atrativo migratório para o resto da população venezuelana, além da sua proximidade com a cidade capital.

Segundo as cifras do relatório social por estado do INE (2004c), Aragua se encontra nos primeiros lugares de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (0.7732), e o Índice do Nível de Vida Alcançado (0.7822), ocupando o quarto e quinto lugares respectivamente. Essa posição situa o estado Aragua acima da média nacional do país, o que significa uma alta posição na escala do desenvolvimento social venezuelano.

Assim mesmo, o estado Aragua segundo o relatório do INE intitulado “Mapa da Pobreza 2001”⁴, baseado nos resultados do censo desse mesmo ano, das 341.226 famílias do estado, 23,01% eram pobres e 7,93% estavam em situação de pobreza extrema (INE, 2005). O que situou a Aragua para o 2001 como o sexto estado com menos pobreza no país.

Embora Aragua seja um dos estados menos afetados pela pobreza, foi considerado para a aplicação das provas piloto do instrumento pelas fortalezas existentes na rede de serviços de saúde e no sistema de informação, já que era uma forma de garantir um mínimo de viabilidade do trabalho a desenvolver, o qual posteriormente foi replicado em vários estados do país.

Destaca-se que no estado Aragua criou-se a primeira região sanitária da Venezuela no ano 1947, além disso, foi o primeiro que assinou o convênio de descentralização dos

⁴ O relatório “Mapa da Pobreza” foi construído seguindo o método de Necessidades Básicas Insatisfeitas.

serviços de saúde em outubro de 1993. Para 1996 em Aragua se decretou a desconcentração dos serviços de saúde com uma nova estrutura estadual e foram criados os municípios sanitários, colocando assim o estado como pioneiro na reorganização sanitária nacional. Atualmente conta com uma extensa rede de serviços e programas de saúde, respaldado pelo Sistema de Informação em Saúde do Modelo de Atenção Integral (SISMAI) desagregado até o nível de localidades, elemento de muita ajuda para a identificação e sustentação dos problemas sociais.

Uma vez aplicada a metodologia no estado Aragua, se desenvolveram experiências em outros estados do país: Barinas, Trujillo, Carabobo, Portuguesa, Falcón, Anzoátegui, Yaracuy, Apure, Bolívar e Amazonas. Da experiência acumulada durante esses quase três anos de trabalho em vários estados do país surgiram as seguintes questões:

- Como desenvolver habilidades na formulação e execução de planos que resolvam os problemas locais prioritários, onde as técnicas, métodos e instrumentos a utilizar, sejam práticos e que por sua vez, permitam construir, analisar, interpretar, e modificar de maneira favorável a complexa dinâmica da situação de saúde no nível local (Heredia et al., 2006);
- Como aplicar estratégias que contribuam a lograr um desenvolvimento humano sustentável com ótimos níveis de eficiência, eficácia, qualidade e equidade dentro de um período e custos socialmente razoáveis;
- Como contribuir à tomada racional de decisões para resolver os problemas de saúde da população com um máximo de equidade, eficiência e participação social;
- Como gerar uma adaptação do PES para o nível local, a partir da experiência desenvolvida na Venezuela, que permita intervir e enfrentar adequadamente os problemas em saúde no nível local; que seja eficaz, simples e operativa e que não deixe por isso de abranger a complexidade que se necessita nesse nível; que valorize a ação comunicativa e o olhar equitativo no processo de planejamento; e por fim que contribua com respostas operativas às novas regras da sociedade venezuelana (Constituição, leis e planos acima assinalados), que exigem um maior deslocamento de poder de decisão para o nível local.

Nesse sentido, é dentro do esforço de ampliar o debate teórico-metodológico da aplicação do planejamento estratégico situacional em saúde, que propomos este trabalho como uma contribuição a mais na procura de métodos e ferramentas para a análise e transformação da saúde das populações, um objeto de estudo complexo e fundamentalmente multidisciplinar. Se teve como objetivo geral:

- Propor a adaptação do enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para o nível local em saúde considerando a abordagem comunicativa e a dimensão da equidade, apoiada na aplicação do enfoque em uma das paróquias do Estado Aragua, Venezuela.

E como objetivos específicos:

- Reconstruir o enfoque do PES, a partir de revisão de bibliografia sobre abordagem comunicativa, a dimensão da equidade e as adaptações para o nível local de saúde.
- Selecionar a paróquia com mais necessidades relativas de saúde e com maior potencial participativo dos atores-chave em face ao desenvolvimento do plano;
- Aplicar a metodologia adaptada na paróquia selecionada;
- Contribuir com a construção de um plano de ação a ser assumido pelos atores locais;
- Rever a adaptação da metodologia à luz da experiência da aplicação.

O presente trabalho se desdobra em um conjunto de três capítulos. Nestes o Planejamento Estratégico Situacional em saúde é abordado desde o olhar da equidade e do enfoque comunicativo habermasiano, para propor uma adaptação do método que permita incorporar esses aspectos.

No primeiro capítulo está exposta uma revisão sobre o conceito da equidade à luz das teorias da justiça social contemporânea. Se apresentam os aportes de Rawls e Sen, através dos quais é abordada a análise da equidade no marco legal da saúde na Venezuela atualmente vigente. Tentando marcar os traços presentes na definição desse princípio, que por sua vez repercute tanto na formulação das políticas de saúde, na organização dos sistemas de saúde e na definição das regras básicas que determinam o planejamento estratégico situacional, foco central deste trabalho.

Em seguida, no segundo capítulo se aborda o enfoque do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus e se constrói uma proposta adaptando o método para o nível local. Aqui são resgatadas e incorporadas a categoria da equidade e o enfoque comunicativo, a partir de várias contribuições, principalmente, do Instrumento de Identificação e Representação das Necessidades Sociais desenvolvido na Venezuela e dos aportes da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas.

Por fim, no terceiro capítulo se processam os resultados obtidos na aplicação da proposta adaptada do PES para o nível local em saúde, em uma paróquia do Estado Aragua na Venezuela. Através de um contraponto com os aportes teóricos apresentados nos capítulos anteriores a adaptação é revista à luz das experiências desenvolvidas no contexto venezuelano.

Desse modo, ainda que limitado a um espaço geográfico específico do estado Aragua na Venezuela, este estudo pretendeu contribuir com:

- A adaptação do PES para a o processamento de problemas de saúde no nível local, na qual se considerem:
 - (a) A análise das necessidades relativas de saúde e do potencial participativo dos atores-chave para selecionar a unidade de análise (paróquia) na qual se desenvolveu a pesquisa;
 - (b) A incorporação do enfoque comunicativo de Habermas nos quatro momentos do PES;
 - (c) A equidade como categoria que permeia todos os momentos do PES;
- O desenho de um plano de ação para o enfrentamento de um problema de saúde priorizado em uma paróquia do estado Aragua;
- A formulação e avaliação das políticas sociais assegurando o cumprimento dos direitos de cidadania estabelecidos no texto constitucional da Venezuela.

I. A EQÜIDADE EM SAÚDE À LUZ DAS TEORIAS CONTEMPORÂNEAS DE JUSTIÇA SOCIAL: O CASO VENEZUELANO

"La Justicia es la reina de las virtudes republicanas y con ella se sostiene la igualdad y la libertad", Simón Bolívar

Introdução

As mudanças que vem ocorrendo no mundo contemporâneo têm gerado uma série de ajustes em todos os âmbitos da vida social. Destacando as reformas nos sistemas de saúde, como tema crucial nos debates atuais, com a finalidade de responder aos problemas de saúde das populações.

As respostas dos diferentes países são diversas, na maioria o conceito de equidade tem sido incorporado ao conjunto de princípios que fundamentam os processos de reforma dos sistemas de saúde na América Latina. Porém, a conseqüente abordagem ao problema da eficiência e uso dos recursos, e da extensão da cobertura dos serviços de saúde, com a finalidade de garantir o acesso e melhorar a qualidade dos mesmos, varia nos países segundo a compreensão que domine sobre o significado e a abrangência do termo (Teixeira, 2005).

Assim mesmo, no desenho de políticas sociais a discussão sobre a justiça social nos últimos anos vem ocupando um lugar de importância, o fato de que ainda não se tem um consenso sobre a conceituação de justiça social, faz que ela hoje seja um dos temas centrais no desenvolvimento das filosofias moral e política (Porto, 1997:14).

Neste capítulo discutimos sobre o conceito de equidade à luz das teorias contemporâneas de justiça social desenvolvidas por Rawls (1971) e Sen (1992), por ser eles os principais autores que geraram uma teoria baseada na definição de igualdade e desigualdade (de muita importância na construção do conceito de equidade); assim como as diversas formas de intervenção do Estado na busca de resolver as problemáticas sociais. Finalmente, esta construção do referencial teórico-conceitual servirá de pano de fundo para:

- Analisar o enfoque de justiça social e da equidade presente nas leis venezuelanas, especificamente na área da saúde, à luz dos aportes desenvolvidos por Rawls e Sen;
- Incorporar a categoria equidade nos diferentes momentos do planejamento estratégico situacional no nível local.

I.1 AS TEORIAS CONTEMPORÂNEAS DE JUSTIÇA SOCIAL

I.1.1 A teoria de justiça de John Rawls (1971)

Neste ponto tentaremos esboçar as idéias principais da obra *Uma teoria da justiça social* publicada por Rawls originalmente em 1971, na qual propõe uma concepção não utilitarista da justiça, baseada em uma versão inovadora da tese do contrato social, e centrada na integração de um extenso sistema de liberdades individuais com garantias de igualdade de oportunidades e de maior benefício aos menos favorecidos. Rawls define a sociedade como um sistema eqüitativo de cooperação e os indivíduos dessa sociedade como sendo livres, iguais e dispostos a cooperar uns com os outros a fim de obter maiores benefícios, chegando através de um consenso, aos princípios de justiça que regularam a distribuição dos benefícios resultantes da cooperação social.

O autor parte de uma situação hipotética onde a sociedade é conformada por pessoas auto-suficientes que reconhecem as regras de conduta estabelecidas e geralmente agem de acordo com elas. As regras concebem um sistema de cooperação para promover os bens e serviços que fazem parte dela. Nessa sociedade também há uma concepção pública de justiça social, efetivamente regulada onde: “(a) todos aceitam e sabem que os outros aceitam os mesmos princípios de justiça, e (b) as instituições sociais básicas geralmente se sabe que satisfazem esses princípios” (Rawls, 1997:4).

Deste modo, Rawls formula uma concepção da justiça social para a estrutura básica da sociedade a qual é concebida como sistema fechado e isolado de outras sociedades. Destacando duas limitações no alcance de sua teoria de justiça: (a) só se interessa na instância da aplicação do conceito de justiça social, mais do que a justiça de instituições e práticas sociais em geral, quer dizer, o conceito de justiça aplicado quando há uma distribuição de algo que pode ser vantajoso ou não; (b) examina os princípios de justiça que deveriam regular uma sociedade bem ordenada.

É a partir dessa situação hipotética que Rawls constrói sua teoria de justiça social, tendo como pano de fundo o modelo contratualista de Rousseau e a racionalidade kantiana no contexto da evolução do conceito de cidadania (Porto, 1997:25).

Porto (1997:24) destaca que a teoria da justiça desenvolvida por Rawls, deve ser compreendida no contexto da evolução do conceito de cidadania. Neste sentido, um dos exemplos do pensamento que antecede o de Rawls, com sua tipologia de cidadania e a definição das instituições públicas responsáveis pelo seu efetivo exercício é o proposto por Marchall (1967 apud Porto, 1997:24-25):

- *Elemento Civil, que se compõe dos direitos necessários à liberdade individual, como, por exemplo, liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, sendo as instituições mais intimamente associadas com os direitos civis os tribunais de justiça;*
- *Elemento Político, entendido como o direito de participar no exercício do poder político seja como membro de um organismo investido de autoridade política seja como eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos de governo local;*
- *Elemento Social, referido a tudo o que abrange desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança até o direito de participar, sendo as instituições mais intimamente ligadas àquelas relativas ao sistema educacional e aos serviços sociais.*

Para Rawls o conflito de interesses se dá quando os benefícios precisam ser compartilhados e para isso se exige um conjunto de princípios de justiça social que permitam escolher entre várias formas de ordenação social, onde a divisão das vantagens se baseia em um acordo sobre a distribuição adequada das partes.

Os princípios de justiça social são os que fornecem um modo de atribuir os direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade e definem a distribuição apropriada dos benefícios como encargos da cooperação social (Rawls, 1997:5). Fica claro então, que é preciso ter uma definição de justiça para determinar os seus princípios, no entanto, para Rawls além do consenso nas concepções de justiça social a sociedade tem outros problemas fundamentais mais particulares de coordenação, eficiência e estabilidade; para isto é preciso contar com um sistema de cooperação social com regras básicas que guiam as ações, capaz de restaurar a organização social quando ocorram infrações.

Neste sentido, o objeto primário da justiça social está constituído pela forma como as instituições sociais mais importantes (a constituição política e os principais acordos econômicos e sociais⁵) distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens provenientes da cooperação social. É o que Rawls denominou “estrutura básica” constituída pelas principais instituições políticas, sociais e econômicas da sociedade, assim como pelo modo através do qual elas se combinam em um sistema de cooperação social (Rawls, 1997:7,10).

O sistema político e as circunstâncias econômicas e sociais definem os direitos e deveres dos homens, influenciando desta forma os seus projetos de vida e determinando as diferenças (níveis sociais e condições) dos indivíduos na estrutura básica da

⁵ Para Rawls alguns exemplos de instituições sociais mais importantes são: A proteção legal de pensamento, os mercados competitivos e as famílias monogâmicas.

sociedade. Também favorecem alguns pontos de partida (desigualdades especialmente profundas), é nessas desigualdades (supostamente inevitáveis) na estrutura básica de qualquer sociedade que os princípios de justiça social devem ser aplicados.

Por outro lado, existe uma diferença entre o ideal social e a concepção da justiça social, o primeiro se refere à concepção de sociedade, à visão do modo como os objetivos e propósitos de cooperação social devem ser entendidos. E a segunda é uma concepção mais completa que define os princípios para todas as estruturas básicas, isso significa, que na concepção da justiça social os princípios da justiça são apenas uma parte, embora a parte mais importante.

Em suma, o conceito de justiça é diferente da concepção da justiça porque o primeiro se refere ao “equilíbrio adequado entre reivindicações concorrentes”, e “se define pela atuação de seus próprios princípios na atribuição de direitos e deveres e na definição da divisão das vantagens sociais, sendo a concepção de justiça uma interpretação dessa atuação”. A concepção da justiça é “o conjunto de princípios correlacionados com a identificação das causas principais que determinam esse equilíbrio”, sendo apenas uma parte do ideal social. Destaca-se que o conceito de justiça desenvolvido por Rawls não entra em conflito com a noção tradicional de Aristóteles, para quem justiça “é evitar a pleonexia, em outras palavras evitar que se obtenham vantagens em benefício próprio tomando o que pertence a outros” (Rawls, 1997:11-12).

Os princípios norteadores da justiça para a estrutura básica da sociedade nascem do consenso original, os quais são aceitos em uma posição inicial de igualdade por pessoas livres e racionais, preocupadas em promover seus próprios interesses. Tais princípios regularam os acordos determinando os tipos de cooperação social e as formas de governo que se podem assumir. Rawls denomina a essa forma de considerar os princípios como “justiça com equidade. Na qual a posição original de igualdade corresponde ao estado da natureza na teoria tradicional do contrato social e onde os princípios de justiça são acordados em uma situação inicial que é equitativa” (1997:13). Tomando como referência a Kant (1970), Rawls parte de que o consenso original é hipotético, onde ninguém conhece a sua posição na sociedade, nem a distribuição de dotes e habilidades naturais. Portanto, os princípios de justiça são escolhidos sob o “véu da ignorância”, garantindo desta forma que ninguém seja favorecido ou desfavorecido tanto pelas circunstâncias quanto pelo acaso natural, sendo o resultado de um consenso ou ajuste equitativo. Isto significa que a posição original é o “status quão inicial apropriado”, onde as relações são totalmente simétricas, equitativas e os indivíduos são pessoas éticas que agem a favor de um senso de justiça (Rawls, 1997:13-14).

Para Rawls apesar de que nenhuma sociedade seja um sistema de cooperação que os homens aceitem voluntariamente (em um sentido literal), essa sociedade pode aproximar-se a ser um sistema voluntário na medida em que satisfaça os princípios da justiça social como a equidade, porque se acerca mais a princípios que pessoas livres e iguais aceitariam em circunstâncias equitativas.

Na perspectiva da justiça com equidade as partes na situação inicial são concebidas como racionais e mutuamente desinteressadas, ou seja, indivíduos com apenas certos tipos de interesses (riquezas, prestígio e poder), mais que não têm interesse nos interesses das outras pessoas e que supõem que seus objetivos podem sofrer oposição. Como foi dito anteriormente Rawls é influenciado por Kant, ao utilizar o conceito de racionalidade kantiana, “adotar os meios mais eficientes para determinados fins”.

Os princípios de justiça para Rawls (1997:64) que devem ser aplicados primeiramente à estrutura básica da sociedade são:

1. “...cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os cidadãos têm direitos à mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais”.
2. “...as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de tal modo que sejam ao mesmo tempo:
 - a. consideradas como vantajosas para todos dentro dos limites do razoável;
 - b. vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos”.

Os dois princípios distinguem aspectos do sistema social, um que assegura as liberdades básicas iguais, e outro que especifica e estabelece as desigualdades econômicas e sociais. As liberdades e os direitos estabelecidos pelas mais importantes instituições da sociedade (políticas e de expressão e reunião, de consciência e de pensamento, da pessoa, entre outras) devem ser aplicados igualmente a todos. O segundo princípio aplica-se à distribuição da renda e riqueza e ao escopo das organizações que fazem uso de diferenças de autoridades e de responsabilidade, integrando assim na perspectiva econômica um elemento re-distributivo. Destacando que cada pessoa se beneficia das “*desigualdades permissíveis*” na estrutura básica.

A aplicação dos princípios obedece à ordem em que foram apresentados. Isto significa que não se justificam violações das liberdades básicas iguais protegidas pelo primeiro princípio, nem podem ser compensadas por maiores vantagens econômicas e sociais (Rawls, 1997:65).

Do mesmo modo, os princípios visam através da estrutura básica da sociedade distribuir os “bens primários” sociais (liberdade e oportunidades, direitos, renda e riqueza e auto-

estima) de forma igualitária, quer dizer, os direitos e deveres são semelhantes para todos e a distribuição da renda e a riqueza se faz de forma imparcial. As desigualdades se aceitam só se a posição inicial de todos é melhorada, nesse caso as desigualdades entre os homens se entenderam como justas.

Para Rawls a saúde, a imaginação e a inteligência ainda que sejam bens primários, os separa e os denomina bens naturais, já que segundo o autor são influenciados pela estrutura básica da sociedade, mas não estão diretamente sob seu controle.

Com os dois princípios Rawls (1997:66) chega a uma concepção mais geral de justiça social:

Todos os valores sociais – liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases sociais da auto-estima – devem ser distribuídos igualmente a não ser que uma distribuição desigual de um ou de todos esses valores traga vantagens para todos.

A teoria de justiça social assegura a distribuição equitativa pela característica equitativa da situação inicial e ao mesmo tempo considera que com a intervenção do estado através de suas instituições se garantirá a implementação dos critérios de justiça na distribuição dos bens primários.

Por outro lado, Rawls construiu um quadro combinando os dois princípios, para explicar o significado das frases: “Igualmente abertos para todos” e “Vantajosa para todos” presentes no segundo princípio. Como resultado se obtiveram quatro interpretações: o sistema de liberdade natural, a igualdade liberal, a aristocracia natural e a igualdade democrática, sendo esta última a adotada pelo autor como a interpretação da justiça como equidade (quadro 1).

Só faremos um breve comentário sobre o significado da igualdade democrática por ser a escolhida por Rawls para explicar a teoria de justiça social. Segundo o quadro 1, a partir da combinação da igualdade de oportunidades equitativas com o princípio da diferença chega-se à igualdade democrática. Para Rawls, é a partir do princípio da diferença que as “desigualdades econômicas e sociais da estrutura básica devem ser julgadas”. Parte do critério “*maximin*”, onde serão justas as maiores expectativas daqueles em melhores condições na medida em que aportem à melhora dos membros menos desfavorecidos na sociedade. Quer dizer, maximizar o bem-estar da pessoa em pior situação na sociedade para Rawls é o melhor critério, pois se está assegurando um mínimo de sofrimento para os indivíduos menos favorecidos.

Em palavras de Rawls (1997:80): “... a ordem social não deve estabelecer e assegurar as perspectivas mais atraentes dos que estão nas melhores condições a não ser que, fazendo

isso, traga também vantagens para os menos afortunados”. Isso significa que as políticas da estrutura básica da sociedade devem visar maximizar as expectativas dos menos favorecidos e aceitar as desigualdades só quando as expectativas dos mais favorecidos contribuem para o bem-estar dos menos favorecidos, ou seja, são justas.

QUADRO 1. INTERPRETAÇÕES DO SEGUNDO PRINCÍPIO DA TEORIA DE JUSTIÇA SOCIAL DE RAWLS

			“Ventajosa para todos”		
“Igualmente abertos”			Princípio da eficiência	Princípio da diferença	
Igualdade como carreiras abertas a talentos	Sistema Natural	de Liberdade	Aristocracia Natural		
Igualdade como igualdade de oportunidades equitativas	Igualdade Liberal		Igualdade Democrática		

FONTE: Rawls (1997).

Neste sentido, Rawls estabelece claramente um critério distributivo baseado em uma discriminação positiva, admitindo a importância da intervenção do Estado na distribuição dos bens primários. Assim mesmo, o autor marca distância do utilitarismo ao considerar que este é injusto e que sua teoria da justiça é uma alternativa ao pensamento utilitarista em geral. O princípio da utilidade estabelece que as maiores vantagens desfrutadas por uns, geram expectativas inferiores em outros, sendo conflitante com a concepção de cooperação social entre iguais para a vantagem mútua (Rawls, 1997:24).

A Teoria da Justiça de John Rawls, além de ser considerada a primeira grande teoria geral sobre a justiça, tem servido de referência na busca de se definir os princípios que regulam a distribuição das vantagens sociais e a atribuição dos direitos e deveres entre os cidadãos. É por isso que os aportes produzidos pelo autor foram alvo de numerosas análises, através de trabalhos com opiniões diversas.

Neste sentido, alguns autores como Stuart Hampshire, G.J. Warnosck e Marshall Cohen opinam que trabalho de Rawls foi uma obra ‘magistral’ ao demonstrar que a filosofia analítica pode contribuir para um pensamento moral e político substancial (Gorovitz, 1979).

Outros autores, ainda reconhecendo a importância do trabalho de Rawls fizeram críticas ao qualificá-lo de inacabado, incoerente, confuso e até marcado pelo pensamento utilitarista.

Na opinião de Schramm (2000), a resposta de Rawls é simples e os problemas de iniquidade são complexos, em especial nas democracias pluralistas contemporâneas,

marcadas pelo politeísmo de valores legítimos sem poder referir-se a princípios universais, estabelecidos aprioristicamente, mas tão somente se contentar em soluções procedimentais, parciais e circunstanciais, sempre precárias e negociáveis, mas nem sempre realizáveis.

Segundo Porto (1997), Nozick em sua obra *Anarquia, o Estado e a Utopia* (1974) – como uma resposta direta ao trabalho de Rawls e onde define os princípios distributivos justos –, é talvez o autor que faz uma das críticas mais radicais do lado liberal, enfatizando a idéia do véu da ignorância. Ao respeito Porto (1997:29) destaca:

Nozick vai defender que unicamente pode ser de intolerável injustiça o resultado da aplicação dos critérios distributivos adotados por indivíduos em situação na qual desconhecem suas capacidades, talentos e seus correspondentes investimentos prévios em educação e trabalho. Para Nozick, uma distribuição é justa se existiu justiça na aquisição inicial e nas transferências efetuadas posteriormente. Algumas situações concretas podem não estar geradas de acordo com os princípios de justiça na propriedade, os de justiça na aquisição e na transferência, como no caso de roubo, fraudes ou confiscos.

Desta forma, para Nozick a distribuição dos bens se dá de forma natural, dependendo das capacidades de cada pessoa, defendendo assim a existência de um Estado liberal sem intervenção alguma na distribuição dos bens.

Para Lacoste, o conceito de igualdade de Rawls cai em segundo plano ao ter presente no segundo princípio um realismo utilitarista:

...para Rawls, não existe injustiça no fato de um pequeno número obter vantagens superiores à média, contanto que justamente por aí – mas como é possível saber – a situação dos mais desfavorecidos seja melhorada (Lacoste, 1992).

Assim mesmo, Habermas (2004) fez vários questionamentos à teoria da justiça social de Rawls, destacando os seguintes: (a) o procedimento utilizado por Rawls ao propor o modelo de uma posição original, que já tem os princípios de justiça os quais os cidadãos se limitarão a receber e vivenciar, sem a possibilidade que possam reconhecer-se como seus autores nem submetê-los a revisão; (b) Rawls quando renuncia à pretensão de verdade para sua teoria, porque desconfia que a “razoabilidade” da “justiça como equidade” já não consegue tomar posição entre aceitabilidade racional com vista à justiça e mera aceitação social com vista à estabilidade; (c) ao subordinar o princípio de legitimação democrática aos direitos liberais básicos, Rawls não conseguiu – como pretendia – reconciliar o princípio de liberdade com o princípio de justiça.

Em resumo, as críticas fundamentais à proposta de Rawls consideram que:

- É limitada ao deixar de lado os fatores relacionados à estrutura de produção, restringindo a abordagem aos padrões de distribuição;
- Carece de uma concepção que permita a geração, limitações, desenvolvimento ou simplesmente problemas do poder político (Porto, 1997).

Não obstante, apesar das críticas a obra de Rawls, a teoria da justiça é um clássico, que fundamenta alguns aspectos importantes na definição do termo equidade porque:

- (a) O Estado joga um papel importante na distribuição dos bens básicos, assim como no desenho de políticas que visem à diminuição das desigualdades, favorecendo de alguma forma a população menos favorecida;
- (b) O autor preocupa-se com a incorporação dos interesses coletivos no contrato original entre os indivíduos.

I.1.2 Amartya Sen: justiça social, igualdade e liberdade (1992)

O economista Amartya Kumar Sen, é um pensador indiano que vem trabalhando desde a década de 50 em estudos sobre teoria da escolha social e economia do bem-estar; influenciando substantivamente as análises e os programas do Banco Mundial e das Organização das Nações Unidas. Em 1993 participou na elaboração do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a partir dos anos 90 forma parte da equipe que prepara o Relatório de Desenvolvimento Humano. As diversas contribuições à economia do bem-estar o levaram a ser agraciado com o Prêmio Nobel de Economia em 1998.

Sen faz uma crítica à teoria do bem-estar do welferismo⁶, por suas limitações (teóricas e práticas) e conseqüências, mantendo a preocupação inicial do que o bem-estar social é composto pelo bem-estar individual (Sen, 2001).

Assim mesmo, Sen apontou em seu artigo “Equality of what” (1980:3) duas questões cruciais para a discussão da igualdade: (a) “o que deve ser igualado”; e (b) “qual aspecto da condição de uma pessoa deve contar como fundamental para avaliar melhor a extensão da desigualdade”. Em sua obra *Desigualdade reexaminada*, publicada originalmente em 1992, o autor tenta responder a essas questões, defendendo que “as capacidades são as que devem ser igualadas” (Sen, 2001:12).

Para Siqueira-Batista & Schramm (2005), a razão para tales questionamentos, radica em que a igualdade –em termos absolutos– representa uma abstração impossível de ser

⁶ Termo meta-ético com que Sen costuma referir-se à exigência moral de que “a bondade de um estado de coisas seja uma função somente da informação da utilidade relativa ao estado” (Sen 1986:39)

estendida ao cotidiano, haja vista a infinita diversidade humana em todos os horizontes da existência. Portanto, as concepções de justiça precisam integrar a diferença à discussão, permitindo a possibilidade da “escolha” por uma o varias dimensões da manifestação da igualdade.

Em palavras de Vita (1999:472) “Nenhuma concepção de igualdade distributiva pode tornar as pessoas iguais em todas essas dimensões ao mesmo tempo, das circunstâncias sociais ao nível de realização das preferências e valores de cada qual. A opção por igualá-las em uma dessas dimensões implica aceitar que elas sejam desiguais em outra”. Diversas repostas são encontradas para essas questões, cada uma das correntes de pensamento determina segundo seu olhar os elementos que serão importantes e aceitos como desigualdade. Por exemplo, para os *igualitaristas clássicos*, os pesos devem ser iguais para as utilidades de todos, se concentrarem na medida do prazer e a felicidade. Por sua parte os *igualitaristas libertários*, consideram a liberdade e o respeito à classe inteira de direitos e liberdades. A prioridade para os *igualitaristas de renda*, repousaria em rendas idênticas e a importância dela em si mesma. E os *igualitaristas de bem-estar*, pedem um mesmo nível de bem-estar, onde a qualidade de vida é o essencial, tendo como medida os tipos de vida que as pessoas podem levar (Sen, 2000 e 2001).

Sen defende a última corrente, sendo o ponto central de sua teoria, considerar as capacidades dos indivíduos para exercerem as funções, quer dizer, as capacidades das pessoas para transformar bens em funções. Em palavras de Siqueira-Batista e Schramm (2005:11) Sen desenha “uma igualdade (complexa) de oportunidades, a partir da caracterização e delimitação das capacidades e dos funcionamentos”.

Neste sentido, “*o bem-estar de uma pessoa* pode ser concebido em termos da qualidade (a “bem-dade” [well-ness]) do “estado” da pessoa” e *o viver* se constitui no conjunto de “funcionamentos” inter-relacionados, compreendem estados e ações. Por conseguinte, a realização de uma pessoa pode ser concebida como o vetor de seus funcionamentos (Sen, 2001).

A igualdade de oportunidades de Sen se baseia nas capacidades e no funcionamento entendidas como:

- (1) *A capacidade (capabilities) é, portanto, um conjunto de vetores de funcionamentos, refletindo a liberdade da pessoa para levar um tipo de vida ou outro. O "conjunto capacitário", no espaço de funcionamentos, representa a liberdade da pessoa para escolher dentre vidas possíveis[...] É o conjunto de capacidades do indivíduo que representam sua efetiva oportunidade de consecução do bem-estar, assegurando a liberdade de escolha entre formas de vida – escolha entre o*

conjunto de vetores de funcionamentos possíveis (Sen, 2001:89-94).

- (2) *Os funcionamentos têm raízes aristotélicas, reflete as várias coisas que uma pessoa pode considerar valioso fazer ou ter. Representam partes do estado de uma pessoa em particular, as coisas que logra fazer um vivente* (Sen, 2000:95). *Os funcionamentos relevantes variam desde coisas elementares como – estar bem nutrido, ter boa saúde – até os mais complexos como – ser feliz, ter respeito próprio –. Sob esta perspectiva os funcionamentos são constitutivos do “estado” de uma pessoa e em conseqüência uma avaliação do bem-estar deve assumir-los* (Sen, 2001:89-94).

Portanto a capacidade é um tipo de liberdade, entendida como: “a liberdade substantiva de realizar combinações alternativas de funcionamentos (a liberdade para ter estilos de vida diversos)”. Por exemplo, uma pessoa abastada que faz jejum pode ter a mesma realização de funcionamento quanto comer ou nutrir-se que uma pessoa destituída, forçada a passar fome extrema, mas a primeira pessoa possui um “*conjunto capacitário*” diferente do da segunda. A primeira pode escolher comer bem e ser bem nutrida de um modo impossível para a segunda. (Sen, 2000:95).

A análise das igualdades e justiça tendo como base às capacidades e funcionamentos, é muito mais abrangente e integral ao representar segundo Kerstenetzky (2000) uma visão dos propósitos humanos que vai muito além do espaço do “ter”, inscrevendo-se, no espaço do “fazer” e do “ser”; onde “cada pessoa pode agir e ocasionar mudanças e cujas realizações podem ser julgadas de acordo com seus próprios valores e objetivos, independentemente de avaliarmos ou não também segundo algum critério externo” (Sen, 2000:33). O indivíduo poderá escolher a partir de uma variedade de anseios e valores, o que Sen chama de escolhas pessoais autênticas, não “*turvadas*”.

É importante salientar, que a perspectiva de Sen se contrapõe e é mais abrangente que:

- *O utilitarismo*, ao facultar a livre escolha. A abordagem utilitarista do bem-estar pode ser facilmente influenciada e condicionada pelo condicionamento mental e atitudes adaptativas, sendo restritivo ao concentrar-se apenas em características mentais (prazer, felicidade ou desejos), quando são feitas comparações inter-pessoais de bem-estar e privação:

“os fracassados e os oprimidos acabam por perder a coragem de desejar coisas que outros, mais favoravelmente tratados pela sociedade, desejam confiantemente. A ausência de desejo por coisas além dos meios de que uma pessoa dispõe pode refletir não uma valoração deficiente por parte dela, mas apenas uma ausência de esperança, e o medo da inevitável frustração.

O fracassado enfrenta as desigualdades sociais ajustando seus desejos às suas possibilidades” (Sen, 1990 apud Siqueira-Batista & Schramm 2005).

Assim mesmo, o utilitarismo para Sen não leva em consideração desigualdades na distribuição da felicidade e não atribui importância intrínseca às reivindicações de direitos e liberdades.

- *O igualitarismo*, ao considerar além da renda outros elementos importantes, entre eles as capacidades:

[...] rendas iguais podem ainda deixar bastante desiguais nosso potencial de fazer o que podemos valorizar fazer. Uma pessoa incapacitada não pode realizar funcionamentos do modo que uma pessoa com o "corpo hábil" pode, ainda que ambas tenham exatamente a mesma renda (Sen, 2001:73).

Como afirmamos anteriormente, na teoria de Sen são as *capacidades* os elementos a serem igualados no sentido de permitir sua igual expressão; através das políticas públicas se podem aumentar as capacidades das pessoas a levar o tipo de vida que elas valorizam, tendo em conta, que é um processo de mão dupla, porque, a direção das políticas públicas pode ser influenciada pelo uso efetivo das capacidades participativas do povo.

As instâncias centrais para Sen são a igualdade e a liberdade, entendendo-se esta última em um sentido amplo, *[...] a liberdade pode ser vista como intrinsecamente importante para uma boa estrutura social. Uma boa sociedade também é, nesta concepção, uma sociedade de liberdade (Sen, 2001:70).* O autor estabelece como requisito para a liberdade, a segurança social e econômica, além da possibilidade de escolha individual Porto (1997).

Segundo Batista & Schramm (2005), Sen consegue demonstrar que as escolhas genuínas fazem uma “vida boa”, de modo que ninguém seja obrigado a viver de alguma forma específica, por mais rica que possa ser em outros aspectos. E que esta visão se aproxima, de algum modo, da concepção marxista e engeliana de liberdade, como o transcrito da Ideologia alemã: “[uma sociedade liberta possibilitaria] tornar possível, que eu fizesse uma coisa hoje e outra amanhã, caçasse pela manhã, pescasse à tarde, cuidasse do gado à noite, tecesse críticas após o jantar, tal como pretendesse, sem nunca me tornar um caçador, pescador, pastor ou crítico” (Marx & Engels, 1947 apud Segundo Batista & Schramm, 2005:12).

Por outro lado, Sen (2000) reconhece a importância da teoria de Rawls, mas também argumenta que a concepção dos bens primários de Rawls não é adequada como enfoque

informacional porque não assegura a equidade, ao não levar em conta todas as variações relevantes na relação entre renda e recursos, assim como, entre bem-estar e liberdade. Os bens primários não são constitutivos de liberdade como tal, senão que são meios para a liberdade. O uso dos bens primários como recursos para gerar o potencial para fazer coisas valiosas (para gerar capacidades) está sujeito às seguintes variações: heterogeneidades pessoais, diversidades ambientais, variações no clima social, diferenças de perspectivas relativas e distribuição na família. Por exemplo, a saúde pessoal e a capacidade para ser saudável podem depender de uma grande variedade de influências. É importante entender que os conceitos de bens primários, capacidades e realizações são diferentes, e se resume a seguir:

Se o objetivo é concentra-se na oportunidade real de o indivíduo promover seus objetivos (como Rawls recomenda explicitamente), então será preciso levar em conta não apenas os bens primários que as pessoas possuem, mais também as características pessoais relevantes que governam a conversão de bens primários na capacidade de a pessoa promover seus objetivos. Por exemplo, uma pessoa mais idosa ou mais propensa a doenças pode ser mais desfavorecida em um sentido geralmente aceito, mesmo possuindo um pacote de bens primários maior, do que um indivíduo jovem e menos propenso a doenças (Sen, 2000:83-85).

A equidade na realização e distribuição da saúde está incorporada e fazendo parte integral de um conceito mais amplo da justiça, ao analisar a saúde como uma das condições mais importantes da vida humana e um dos componentes fundamentais das possibilidades humanas que apresentam motivos para valorizá-la. Deste modo, “nenhuma concepção da justiça social que aceite a necessidade de uma distribuição equitativa e de uma formação eficiente das possibilidades humanas pode ignorar o papel da saúde na vida humana e nas oportunidades das pessoas para alcançar uma vida sana, sem doenças e sofrimentos evitáveis, nem mortalidade prematura” (Sen, 2002:303).

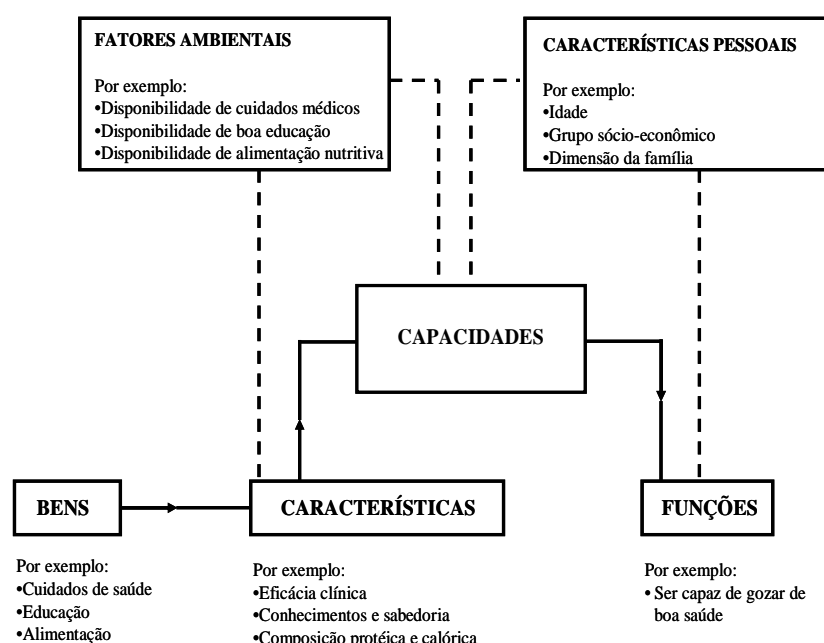
O estado de saúde na proposta de Sen vai depender das capacidades de funcionamento que o indivíduo tem e das oportunidades que a sociedade gera, entendendo que as capacidades incorporam diversas determinantes (sociais, biológicos, econômicos, da prestação e qualidade dos serviços).

Segundo Pereira (1990:418), a importância da abordagem de Sen na análise do problema da equidade em saúde pode ser compreendida através da figura 1, que apresenta um esquema de produção da função “boa saúde”, onde o estado de saúde vai depender, das capacidades de funcionar que as pessoas têm à sua disposição. Estas

capacidades serão determinadas pelos bens (por exemplo, cuidados de saúde, educação, alimentação) ou, mais diretamente, pelas características dos bens (eficácia clínica, conhecimentos e sabedoria e composição protéica e calorífica).

Da mesma forma, as características dos bens estão relacionadas com fatores ambientais (disponibilidade de cuidados médicos, de boa educação, de alimentação nutritiva) e características pessoais (por exemplo, idade, nível socioeconômico, dimensão da família, entre outros). Assim, se um indivíduo é ou não capaz de atingir um estado saudável dependerá do seu acesso a bens produtores de saúde, e da sua titularidade de funções produtivas de saúde, em se próprios determinados, em parte, pelo acesso aos bens de consumo (Porto:1997).

FIGURA 1. A PRODUÇÃO DA SAÚDE NA ABORDAGEM DAS “CAPACIDADES BÁSICAS”



FONTE: Pereira (1990:419).

A distribuição diferenciada dos recursos dispensados á saúde para os distintos grupos e pessoas, pode representar a melhor forma de se alcançar uma sociedade mais justa, o que, em última análise, é um legado aristotélico, em palavras de Sen (2002:304):

[...] as desigualdades, inclusive na atenção sanitária e não apenas no alcance da saúde, também podem ser importantes para a justiça social e a equidade na saúde [...] Suponhamos que as pessoas A e B têm exatamente as mesmas predisposições em relação à saúde, entre elas a mesma propensão para uma enfermidade particularmente dolorosa. Mas A é muito rico e consegue curar ou suprimir completamente sua doença com algum tratamento médico caro, enquanto B, que é pobre, não

pode pagar tal tratamento, pelo que sofre muito com a moléstia. Aqui há uma clara desigualdade na saúde. [...] os recursos usados para curar o rico A poderiam ter sido usados para proporcionar algum alívio a ambos [...].

Na abordagem de Sen a equidade deve ser entendida como igualdade de oportunidades reais e nas capacidades de funcionamento que as pessoas possuem, as quais lhes permitiram fazer escolhas que levem à realização de bem-estar. Em tal sentido, é necessário compensar as desigualdades de capacidades para alcançar a equidade (igualdade de oportunidades). Em suma, no que diz respeito à equidade em saúde, igualdade de capacidades implica igual acesso aos benefícios da saúde.

I.2 AS BASES CONCEITUAIS DA EQUIDADE

Durante décadas se vem discutindo sobre equidade, dada a importância do tema para a reivindicação dos direitos das populações. Neste sentido, a equidade tem sido relacionada conceitual e historicamente com a igualdade e a liberdade, estando presente nos debates sobre justiça social e na constituição dos direitos e deveres do homem, como cidadão perante o Estado (Bobbio, 2000 apud Teixeira, 2005).

O aumento das desigualdades no mundo nas últimas décadas, permitiu que a noção de “desenvolvimento como equidade” ganhasse força, gerando uma série de espaços de discussão com a finalidade de construir alternativas através do consenso das distintas correntes político-ideológicas.

Para Almeida (2002) os momentos chaves dessas discussões são: (a) nos séculos XVII e XVIII, culminando na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, após a Revolução Francesa; (b) no século XX, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 e a Convenção Européia dos Direitos do Homem de 1950, que distinguem a nova era depois da Segunda Grande Guerra Mundial e serviram de guia para todas as constituições posteriores, dos diversos países nos quais se adotou o chamado Estado de Direito.

As características mais importantes das etapas antes mencionadas se apresentam no quadro 2, destacando direitos: como liberdades e como obrigações e deveres. Os primeiros do cidadão diante do seu Estado e os segundos do Estado para com os cidadãos. Para Almeida (2002:29-30) “os direitos individuais se inspiram no valor primário da liberdade e os direitos sociais se inspiram no valor primário da igualdade, são direitos que tendem a eliminar e corrigir desigualdades, que nascem das condições de partida, econômicas e sociais, mas também, em parte, das condições naturais de inferioridade física”.

A equidade é produto dessa construção histórica e está estreitamente vinculada à idéia de igualdade, concretizando-se nas intervenções possíveis de serem efetuadas pelo Estado, através das políticas públicas para promover a igualdade.

No século XX depois da Segunda Guerra Mundial, o desenho dos princípios dos sistemas de saúde foi influenciado pela noção de igualdade, o direito à saúde era visto como direito de cidadania, adotando-se o princípio de que todo cidadão que necessitasse de atenção à saúde deveria ter direito assegurado de acesso aos serviços e somente a intervenção do Estado como provedor e financiador de serviços, através da arrecadação

fiscal ou de contribuições sociais, poderia promover a equidade, entendida como igualdade de oportunidades no consumo de bens e serviços de saúde (Almeida, 2002).

QUADRO 2. PRINCIPAIS ETAPAS NA CONSTITUIÇÃO DOS DIREITOS COMO LIBERDADES E COMO OBRIGAÇÕES, DO SÉCULO XVII ATÉ NOSSOS DIAS

Etapas	Principais características
Primeira (Constitucionalização)	Se transformou uma aspiração ideal secular em um direito público subjetivo (restrito no âmbito de uma nação).
Segunda (Extensão)	Dura até hoje, em uma evolução contínua, iniciando no próprio interior dos direitos de liberdade (direitos civis, de ir e vir), passando pelo reconhecimento dos direitos políticos (de associação) até a concessão do sufrágio universal masculino e feminino (passagem do Estado liberal para o Estado democrático) e a introdução dos direitos sociais (Estado democrático e social).
Terceira (Universalização)	Seu ponto de partida foi a Declaração Universal dos Direitos dos Homens (1948), contemplando a universalização, isto é a transposição da sua proteção interna –do Estado nacional– para o sistema internacional, embora esta transposição seja, segundo Bobbio, mais hipotética do que real.
Quarta (Direitos)	Para Bobbio uma quarta etapa é a da especificação dos direitos, uma vez que a expressão “direito dos homens” é demasiado genérica e não é suficiente, sendo necessário, desde o início, diferenciar os direitos do homem em geral dos direitos do cidadão, no sentido de que a este último se podem atribuir direitos ulteriores. Como por exemplo: as necessidades de exigências específicas de proteção, segundo gênero (direitos das mulheres), fase da vida (direito das crianças, dos idosos) ou condições específicas de proteção (de doentes, deficientes, doentes mentais, entre outros).

FONTE: A partir de dados tomados de Bobbio (2000 apud Teixeira, 2005).

A partir dos anos 80, uma vez que explode a crise econômica e a crises do Estado de Bem-Estar Social, se iniciam as reformas dos Estados e, portanto, dos sistemas de saúde, tendo como questionamentos principais a extensa intervenção estatal nos sistemas de saúde (financiamento público, prestação de serviços, entre outros). As reformas buscam garantir a saúde de forma mais eficiente e efetiva e com melhores resultados em termos de equidade (Almeida, 2002).

Como consequência dos ajustes macroeconômicos implementados na maioria dos países nessa década, se deu o aumento inquestionável das desigualdades sociais (sobretudo ao sul do planeta), tornando-se para os anos 90 um dos principais pontos da agenda de discussão sobre as reformas (do Estado e setoriais) nos fóruns nacionais e internacionais o debate da equidade se ampliou consideravelmente (Almeida, 2002). A seguir, apresentaremos as principais contribuições presentes no debate contemporâneo sobre o conceito da equidade em relação às políticas de saúde.

Uma primeira abordagem é a clássica, atribuída a Aristóteles e desenvolvida sobre tudo no campo jurídico, na qual a equidade é um princípio de justiça superior que retifica as insuficiências de uma igualdade submetida à objetividade, a imparcialidade da normativa legal ou à aplicação de uma prescrição universal (D'Elia & Maingon, 2004:10).

Nesse sentido o justo para uns pode ser injusto para outros quando não se contemplam as diferenças de circunstâncias, oportunidades e condições prévias das pessoas e que alcançam relevância ética e moral atendendo ao mesmo sentido de justiça.

Por exemplo, se um sistema universal de saúde ou de educação não contempla a equidade, ainda quando todos tenham a mesma oportunidade de acesso alguns receberam coisas que não precisam, e outros, coisas que lhe serão insuficientes, porque existem desigualdades prévias, e porque as capacidades de controle sobre os recursos e as opções também são assimétricas. A consequência é os que estão em pior situação obterão menos do que precisam, a diferença dos que estão em melhor situação que utilizarão mais do que na verdade requerem (D'Elia & Maingon, 2004).

Na conceituação aristotélica a justiça tem conotação redistributiva e compensatória, nela se identifica a raiz de dois conceitos que ainda fundamentam a concepção moderna de equidade: equidade horizontal (tratamento igual para iguais) e a equidade vertical, (tratamento desigual para desiguais). (West & Cullis, 1979; Wagftaff & Van Doorslaer, 1992; Donaldson & Gerald, 1993; Carr-Hill, 1994; Ossanai, 1994).

Para Culyer (1993 apud Porto, 1997), essa análise da equidade teria dois problemas cruciais: “a) a definição dos aspectos relevantes para dimensionar, em cada caso, a igualdade ou a desigualdade; b) a o estabelecimento de um consenso sobre o que se entende por tratamento”.

Por exemplo, parece razoável que duas pessoas com o mesmo problema de saúde devam receber igual tratamento (Equidade horizontal). Uma, entretanto, por desfrutar de condições físicas superiores, ou melhor, estado nutricional, reage mais rapidamente à terapêutica. Neste caso, a igualdade de tratamento resulta em desigualdade de resultado. Em consequência, teria sido mais equitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente cuja capacidade de resposta fosse presumivelmente pior (Equidade vertical). Le Grand, (1988:57 apud Porto:1997).

Cabe destacar, que neste exemplo a igualdade horizontal perde aplicabilidade porque é impossível que existam duas pessoas iguais, em duas situações idênticas.

Nesta abordagem da equidade, um mesmo caso pode ter diversas formas para dimensionar a igualdade, dependendo dos critérios (variáveis) utilizados pelo avaliador; é por isso que ao operacionalizar o conceito de equidade se pode obter que o mesmo tratamento conduza a resultados diversos, dependendo das características sociais que podem existir entre pessoas que apresentam um mesmo problema de saúde. Em outras palavras, a saúde do indivíduo não depende apenas do acesso aos serviços de saúde e o tratamento, porque também incidem outros fatores.

Do mesmo modo, a definição de igualdade de tratamento pode ser dimensionada como igualdade no consumo de serviços de saúde (inputs) ou se referir à igualdade dos resultados esperados com determinada intervenção (outcome), (Culyer, 1993 apud Porto, 1997).

Wagstaff & Van (1992), propuseram o critério da igualdade de tratamento para igual necessidade, onde pessoas com igual necessidade de atenção de saúde recebam o mesmo tratamento independentemente de qualquer característica pessoal que não tenha que ver com a necessidade (capacidade de pago, gênero, lugar de residência, entre outros). O problema na aplicação deste critério está na dificuldade da definição de necessidade e tratamento. Nessa mesma linha Jardonovski & Guimarães (1993) associaram:

- *Equidade horizontal ao tratamento intra-necessidades*, que supõe tratamento igual para necessidades de saúde iguais, considerando-se como na proposta de Wagstaff & Van (1992), a existência de necessidades diferentes, segundo gênero, idade ou condições sociais dos indivíduos.
- *Equidade vertical ao tratamento inter-necessidades*, que implica o tratamento “apropriadamente desigual” de necessidades de saúde distintas, sustentando propostas de hierarquização de necessidades, altamente questionáveis, como as que buscam definir “pacotes mínimos” de serviços de saúde para determinados grupos da população.

Na equidade horizontal ou intra-necessidades, a operacionalização da igualdade de acesso é tratada pela maioria dos países, como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais, ou como igualdade de tratamento para necessidades iguais (Travassos 1997). Nesta abordagem, independentemente da condição social e econômica, os indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados.

Quanto à equidade vertical, Porto (1997) destaca que se contrapõe ao conceito de equidade, ao propor uma hierarquização geral das necessidades, através da implementação de pacotes mínimos de necessidades de saúde.

A abordagem de equidade horizontal e vertical, também é utilizada na análise da equidade no financiamento da saúde por Wagstaff & Van (1992), distinguindo:

- *A equidade horizontal é o tratamento igual para iguais*, quer dizer, que aqueles que possuem recursos iguais fazem pagamentos iguais independente do gênero, estado civil, lugar de residência, raça, entre outros. A iniquidade horizontal se produz quando indivíduos com igual renda contribuem de forma diferente de acordo com certas características que não tem a ver com sua capacidade de pago.
- *A equidade vertical se define como o tratamento desigual para desiguais*. Aplicado ao financiamento significa que as pessoas com desigual capacidade de pagamento devem realizar pagamentos distintos ao sistema, desta forma indivíduos com maiores recursos contribuem em maior quantidade no financiamento do sistema, fazendo contribuições ao sistema proporcionais com seu nível de renda. A equidade vertical no financiamento implica a redistribuição da renda final entre as pessoas de uma sociedade. Assim mesmo, a equidade vertical de uma fonte de financiamento equivale à progressividade da mesma, sendo progressiva quando as contribuições que efetua um indivíduo (como proporção de sua renda) aumentam conforme aumenta sua renda.

A equidade vertical no financiamento do sistema de saúde nos países onde se tem mais de uma fonte de financiamento (impostos, seguros, entre outros), vai depender da progressividade das fontes e da proporção da contribuição de cada uma delas para o financiamento do sistema de saúde.

Outra leitura da equidade dos serviços de saúde desde a perspectiva econômica foi feita por Donaldson & Gerald (1993), segundo eles se devem levar em conta as seguintes premissas para cada dimensão:

a) Equidade horizontal:

- *Igual gasto para igual necessidade*: por exemplo, igual custo de enfermeira por taxa de leitos em todos os hospitais.
- *Igual utilização para igual necessidade*: igual número de dias de ocupação por condição de saúde.
- *Igual acesso para igual necessidade*: igual tempo de espera para tratamento para pacientes com condições similares.

- *Igual saúde/diminuição de iniquidades em saúde*: razão estandardizada de mortalidade entre a saúde das regiões.

b) Equidade vertical:

- *Diferente tratamento para diferente necessidade*: por exemplo, diferente tratamento para aqueles pacientes com eventos triviais versus graves condições de doença.
- *Financiamento progressivo baseado na disponibilidade para pagar*: por exemplo, gasto direito do paciente.

Cada uma dessas dimensões deve ser analisada cuidadosamente e contextualizadas em cada sistema de saúde, ficando claro que a equidade se enfoca no alcance de menores diferenças possíveis entre as pessoas e os grupos (Del Pilar et al., 2003).

Ossanai (1994) para explicar a inequidade na oferta de serviços de saúde, parte dos principais conceitos de equidade presentes no debate contemporâneo sobre a natureza das políticas sociais, produzidos principalmente no campo da economia:

- Igual oportunidade para todos
- Igual oportunidade de bens e serviços para todos
- Distribuição de acordo com necessidades
- Níveis de vida/saúde iguais para todos
- Igual atenção à demanda (tende a agravar diferenças)
- Prioridade para o que afeta a maioria
- Compartilhar custos/riscos de forma solidária
- Distribuição buscando redução da “inveja”
- Mínimo de serviços básicos (equidade pelo mínimo)

Metzger (1996) amplia a lista de Ossanai para definir equidad com os siguientes itens:

- *Direitos derivados de modos de aquisição legítimos*: Herança, poupança, ou redistribuição estatal.
- *“Mínimo decente”*: Padrão básico a que todos devem ter acesso.
- *Liberdade de escolha*: Mais opções do que necessidades.

O autor chama atenção sobre a inexistência da palavra inequidade tanto na língua Espanhola como na Portuguesa, já que esta é uma tradução direta do inglês *inequity*, sendo que em ambas as línguas se encontra o termo “iniquidade”, no sentido de injustiça. Para o que propõe utilizar o anglicismo inequidade com a conotação de desigualdade com iniquidade ou desigualdade injusta.

Ao mesmo tempo, Metzger (1996) considera que existem duas situações modais de inequidade: (a) a inequidade em-si, situação “inequitativa” comparada com um ideal; (b) a inequidade relativa, situação “inequitativa” comparada com outros sujeitos.

Outra abordagem importante foi a desenvolvida por Turner, na qual o autor destaca e relaciona quatro tipos de equidades. O autor ao propor igualdade de oportunidades e igualdade de condições, está na linha de Sen, para ambos um processo equitativo deve considerar as oportunidades e as condições ou capacidades de funcionamento (quadro 3 – Porto, 1997).

QUADRO 3. TIPOS DE EQÜIDADE SEGUNDO TURNER (1986)

Tipos	Principais características
1. Igualdade ontológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É própria de certas concepções religiosas e tradições morais. ▪ Se funda na noção de igualdade ante Deus.
2. Igualdade de oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de um critério meritocrático considerado como um evidente legado das Revoluções Francesa e Americana. ▪ O alcance das realizações pessoais depende do mérito individual, deixando aparentemente de lado distinções de idade, sexo ou riqueza. Aparentemente, porque resulta fácil demonstrar a existência de diferenças de oportunidades, quando baseadas exclusivamente no mérito entre indivíduos de distintos grupos sociais: pessoas que, por herança, partem de situações mais favoráveis tanto em relação a seu nível econômico quanto a sua posição social, têm mais oportunidades que outras que não contam com a mesma herança.
3. Igualdade de condições	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considera que é necessário levar em conta as desigualdades existentes nos pontos de partida (condições/<i>handicaps</i>) para que a igualdade de oportunidade tenha algum significado real. Como exemplo da implementação deste tipo de objetivo, Turner cita as políticas Welfarianas em alguns países da Europa.
4. Igualdade de resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Turner associa a igualdade de resultados às políticas socialistas que pretendem compensar, para além das desigualdades de condições, as diferenças de talento e habilidade.

FONTE: Turner (1986:35-36 apud Porto, 1997).

A equidade em saúde tem sido estudada por Julian Le Grand, quem distinguiu nos seus primeiros trabalhos cinco tipos de equidade concernentes à distribuição dos gastos públicos e depois em trabalhos mais recentes reconhece que os cinco tipos de equidade representam variações da mesma idéia e os sintetiza em três tipos de equidade Le Grand (1988 apud Porto, 1997). As duas classificações são apresentadas no quadro 4.

Na primeira classificação de Le Grand (1982 - quadro 4) é percebido que o autor desenvolve mais do que conceitos, formas de operacionalização da equidade em saúde, destacando o papel que o Estado deve assumir para que a população possa alcançar melhores níveis de equidade. Além disso, para operacionalizar adequadamente os tipos de equidade, a igualdade da utilização e a igualdade nos níveis de saúde, é necessário levar em conta os fatores biológicos e sociais das necessidades das populações (Porto, 1997).

Por outro lado, na segunda classificação de Le Grand (1988 – quadro 4), os três tipos de equidade não são equivalentes. O tratamento que finalmente se recebe é um fenômeno da interação entre o serviço de saúde e o paciente, não depende apenas dos custos de acesso, mas também das condições do paciente (entendidas como as capacidades no sentido da teoria de Sen) e de sua percepção sobre os benefícios da assistência sanitária. Assim mesmo, na saúde de uma pessoa se deve considerar a influência de outros fatores, além do acesso aos serviços de saúde ou do tratamento adequado.

Em suma, na segunda classificação todos os tipos de equidade estão vinculados a fatores determinantes das desigualdades de necessidades existentes, resultando difícil sua aplicação na prática, sendo mais utilizadas as duas primeiras: tratamento igual para necessidades iguais e igualdade de acesso (Vargas; Vázquez & Jané, 2002).

QUADRO 4. TIPOS DE EQUIDADE EM SAÚDE SEGUNDO LE GRAND (1982, 1988)

Primeira classificação (1982)	Segunda classificação (1988)
1. A que objetiva a igualdade do gasto público per capita.	1. <i>Tratamento igual para necessidades iguais</i> , onde pessoas com igual necessidade de atenção de saúde recebam o mesmo tratamento independentemente de qualquer característica pessoal que não tenha que ver com a necessidade (capacidade de pago, sexo, lugar de residência, entre outros).
2. A que persegue a igualdade de rendimento, procurando compensar os rendimentos das populações de mais baixa renda mediante a despesa pública com políticas sociais, obtendo-se desta maneira equiparação entre os rendimentos dos diferentes grupos sociais.	2. <i>Igualdade de acesso</i> é a igualação dos custos pessoais para a obtenção da atenção médica de uma determinada qualidade. Se consideram como custos de acesso: os custos dos serviços, os custos de transporte e os custos de tempo de espera no atendimento.
3. A que procura a igualdade de utilização, em que a despesa pública deverá favorecer a igualdade no consumo dos diferentes serviços.	3. <i>Igualdade de saúde</i> , resulta ainda mais problemático, devido à influência que na saúde têm outros fatores, como a educação e a renda, nos quais os serviços de saúde não tem influência nenhuma. Além da dificuldade para medir os níveis de saúde.
4. A referida à igualdade do gasto, na qual os recursos públicos deverão ser alocados de forma tal que todos os indivíduos tenham o mesmo gasto pessoal por unidade de serviço utilizado.	
5. A apresenta por finalidade a consecução da igualdade nos níveis de saúde por meio de distribuição da despesa pública orientada para obtenção de iguais resultados.	

FONTE: Julian Le Grand (1982, 1988 apud Porto, 1997).

Artells e Mooney (1983 apud Porto 1997) propõem uma tipologia mais abrangente, que incorpora e supera a contribuição de Le Grand, na qual se incluem sete formas distintas de se definir operacionalmente equidade em saúde: igualdade de despesa per capita, igualdade de recursos per capita, igualdade de recursos para necessidades iguais, igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais, igualdade de utilização para iguais necessidades, igualdade de satisfação de necessidades marginais e igualdade nas condições de saúde. Seguindo um modelo hierárquico indicando, por exemplo, que para obter igualdade nas condições de saúde, é preciso ter cobertas os outros tipos de equidade. As características de cada uma são apresentadas no quadro 5.

QUADRO 5. TIPOS DE EQUIDADE SEGUNDO ARTELLS E MOONEY (1983)

Tipos	Principais características
1. Igualdade de despesa per capita	Parte do pressuposto de que a distribuição é equitativa quando efetuada em função do tamanho populacional.
2. Igualdade de recursos per capita	Incorpora à distribuição realizada em base populacional, correções em função das diferenças de preço observadas em cada região.
3. Igualdade de recursos para necessidades iguais	Estabelece que para obter distribuições equitativas, devem ser levadas em conta as diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando correções com base tanto no perfil demográfico quanto no epidemiológico.
4. Igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais	Reconhece, além das diferentes necessidades determinadas pelo perfil demográfico e epidemiológico, a existência de desigualdades no custo social do acesso (por exemplo, a distância para chegar aos serviços).
5. Igualdade de utilização para iguais necessidades	Considera não só a distribuição da oferta e os custos sociais, como outros fatores condicionantes da demanda. Neste caso deverá efetuar-se uma discriminação positiva em favor dos grupos regionais ou sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços de saúde.
6. Igualdade de satisfação de necessidades marginais	Parte do pressuposto de que as necessidades mantêm a mesma ordem de prioridades nas diferentes regiões. Assim, a equidade seria alcançada quando: o incremento ou corte nos recursos e o aumento ou a diminuição na cobertura das necessidades, fossem os mesmos em todas as regiões.
7. Igualdade nas condições de saúde	Tem por objetivo a igualdade nos indicadores de saúde.

FONTE: Artells e Mooney (1983 apud Porto 1997).

A classificação de Artells e Mooney, também considera as contribuições de equidade vertical de Jardimovski & Guimarães (1993), só que agora chamadas como “igualdade de satisfação de necessidades marginais”. Da mesma forma só são consideradas apropriadas para distribuições regionais de recursos, as três primeiras definições

operacionais mencionadas: igualdade de despesa per capita, igualdade de recursos per capita e igualdade de recursos para necessidades iguais (Porto, 1997). Cabe destacar, que esta tipologia não considera fatores relacionados com a qualidade dos serviços de saúde e do atendimento.

Travassos (1997) traz outra contribuição ao debate sobre equidade em saúde, na qual considera importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. Sob esta perspectiva, as desigualdades sociais, refletem, fortemente, nas desigualdades em saúde, quer dizer, a igualdade no uso de serviços é condição importante, mas não suficiente, para diminuir as desigualdades relativas a adoecer e morrer existentes entre os grupos sociais. No esquema da análise que utiliza Travassos (1997:325): (a) a saúde apresenta um forte gradiente social, que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos menos desfavorecidos; (b) tanto as características da oferta de serviços de saúde como as necessidades de saúde da população determinam o uso dos serviços de saúde.

Para a autora a igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde deve ser abordada em, pelo menos, duas dimensões: a dimensão geográfica e a dimensão social.

A primeira, a dimensão geográfica, diz respeito à comparação na utilização de serviços de saúde entre áreas geográficas e pode ser mensurada a partir da análise de taxas de utilização entre regiões/estados/municípios. [...] A dimensão social das desigualdades no uso de serviços de saúde reflete o caráter seletivo da estrutura do sistema de saúde, pois a organização local desses serviços impacta diretamente o perfil de desigualdades entre os grupos sociais (Travassos 1997:328).

Esta abordagem tem elementos do esquema de Sen, incorporando outros além dos fatores considerados no conceito de capacidades, entre eles: incorpora fatores relacionados com a qualidade dos atendimentos e serviços; fatores relacionados com a implementação da política de saúde, levando em conta suas características organizacionais e gerenciais (oferta de serviços, composição em termos do mix público/privado, estrutura do financiamento, formas de pagamento, entre outros). Assim como o nível de conhecimento e experiência dos profissionais, sua ideologia⁷ e o grau de autonomia (Porto, 1997).

⁷ “Travassos se refere à possibilidade de um profissional escolher tratamentos diferentes para necessidades iguais em função do grupo social ao que pertence cada paciente. Em outras palavras, a ideologia poderia determinar tratamento de primeira para cidadão de primeira e tratamento de menor qualidade para pessoas de baixa renda” (Porto, 1997).

Outra contribuição amplamente debatida na literatura é a definição de Whitehead (1992), esta autora define o conceito de equidade por meio de dois antônimos: desigualdade (*inequality*) e inequidade (*inequity*). A desigualdade indica diferenças sistemáticas, evitáveis e relevantes entre os membros de uma dada população, sendo o termo às vezes usado em um sentido puramente matemático ou epidemiológico. A inequidade implica diferenças ou variações não só desnecessárias e evitáveis, mas também desleais e injustas (“*unfair and unjust*”). Como foi dito anteriormente, esta polissemia traz problemas de tradução para os idiomas predominantes na América Latina (Almeida-Filho, 1999).

Para a autora as políticas públicas se centrariam na redução ou eliminação das diferenças evitáveis e injustas, implicando um juízo de valor sobre o que se considera justo, quer dizer, que o conceito de equidade é variável dependendo da sociedade e o momento onde se aplique.

No entanto, devido à ambigüidade existente e mesmo ao perigo de se despolitizar uma questão necessariamente política, os documentos oficiais da WHO-EURO para o programa SPT-2000 já propunham abandonar o tema das desigualdades e fixar o par significativo “equity-inequity” (Almeida-Filho, 1999). Foi nesse contexto que Whitehead propôs critérios para classificar a desigualdade em saúde como injusta ou não injusta, considerando que são independentes da intervenção, ou seja, não estão relacionadas com as diferenças de classes:

- O que não define as desigualdades como injustas: variações biológicas naturais; comportamentos perigosos que são escolhas dos indivíduos; vantagens temporárias de um grupo, como saúde, as quais podem ser incorporadas rapidamente por outros grupos;
- O que define as desigualdades como injustas: comportamentos perigosos nos quais os indivíduos têm pouca escolha em relação ao modo de vida; condições de vida definidas por fatores socioeconômicos; condições de trabalho (exposição a fatores de risco); inadequado acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais.

Para a International Society for Equity in Health (ISEqH), “equidade é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente” (Macinko; Starfield, 2001:1). Assim, se apresenta uma definição de equidade em uma linha técnico-operacional, que textualmente exclui do conceito a noção de desigualdades injustas (trabalhada por

Whitehead, 1991) e aborda as diferenças como sistemáticas e potencialmente remediáveis.

Nessa ordem de idéias, Starfield (2001:53), discute o conceito de desigualdade indicado por Whitehead e propõe as seguintes definições que estão centradas nos pontos debatidos por Travassos (1997):

- *Eqüidade em saúde*: Eqüidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente.
- *Eqüidade nos serviços de saúde*: implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (eqüidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (eqüidade vertical).

Starfield define a eqüidade no cuidado à saúde, enquanto a igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos.

Para Stiglitz (prêmio nobel da economia 2001), a eqüidade é garantida por uma maior igualdade de oportunidades, significando que o Estado utilize melhor os recursos humanos básicos, assegurando que todas as pessoas desenvolvam seu potencial, esta concepção está baseada na teoria de Sen. Além disso, o autor assinala a importância da eqüidade inter-geracional e a sustentabilidade, portanto, é preciso preocupar-nos com a igualdade e justiça dos que vivem hoje e das próximas gerações, ou seja, a sustentabilidade do bem-estar das gerações futuras, o que inclui a proteção do meio ambiente, a conservação dos recursos naturais, a manutenção das infraestruturas e o fortalecimento de nossa cultura (Stiglitz, 2003).

Jaime Breilh (1997), faz uma sistematização da discussão terminológica e conceitual a partir da abordagem denominada “*perspectiva de los sin poder*”, parte da *inequidade* como o problema chave a resolver na atualidade:

[...] la inequidad es integral. Copa no sólo los sitios de trabajo y la esfera del mercado donde nos vemos impelidos a conseguir los bienes para la vida, sino que se filtra por todos los poros de la vida, afectando la cotidianidad, relaciones fundamentales como las de género y adueñándose del ámbito de las culturas. [...] se hace indispensable una epidemiología de la inequidad (Breilh, 1997:3).

Destaca-se que para Breilh o eixo fundamental do conhecimento geral continua sendo o estudo das relações que produzem e condicionam a *inequidade*, quer dizer, que os

processos de formação das classes sociais têm um papel determinante sobre a situação de saúde.

Breilh (1998) para definir equidade propõe um quadro teórico com uma série encadeada de categorias centradas no conceito chave de *inequidade*. Almeida-Filho (1999), sintetiza a formulação teórica de Breilh sobre a problemática da inequidade em saúde, a qual se apresenta no quadro 6.

A primeira categoria é a “diversidade” definida como variação de características, diferenciação sem dimensionalidade. Por exemplo, gênero, etnia, cultura, nacionalidade, geração. Para o autor em um contexto de equidade:

[...] lo diverso fructifica como una característica enriquecedora y se constituye en potencia favorable, porque las relaciones intergénero, interétnicas y entre edades, son solidarias y cooperativas. [...] Pero cuando aparece históricamente la inequidad, es decir la apropiación de poder y la concentración del mismo en unas clases, en uno de los géneros y en algunas etnias, entonces la diversidad, en lugar de ser fuente de avance humano, pasa a ser vehículo de explotación y subordinación (Breilh, 1998).

A segunda categoria é a *inequidade* definida pelo autor como o processo fundamental que gera as iniquidades, ou seja, as injustiças sociais determinantes das desigualdades. Assim, a categoria “desigualdade” constitui a expressão observável, “típica y grupal” da inequidade. Para Almeida-Filho (1999:13), a *inequidade* para Breilh em síntese é:

Uma categoria analítica referente à essência do problema da distribuição de bens na sociedade distingue-se da ‘desigualdade’, sua evidência empírica. Equivalente ao termo inglês inequality e ao francês inégalité, o conceito de ‘desigualdade’ portanto refere-se à esfera do consumo, enquanto “una injusticia o iniquidad (con i) en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad (con e) es la falta de equidad, es decir la característica inherente a una sociedad que impide el bien común...” (Breilh, 1998).

E a terceira categoria proposta por Breilh é a “diferença” como expressão combinada da diversidade e da *inequidade*, que se expressa na esfera individual. Na proposta do autor, esta categoria assume duas modalidades: (a) em um contexto de equidade social, as diferenças dos indivíduos perante a saúde serão essencialmente genofenotípicas; (b) em contextos de *inequidade* social, essas diferenças implicarão padrões de deterioração desigual da saúde individual primordialmente distintos entre si.

QUADRO 6. FORMULAÇÃO TEÓRICA DE BREILH SOBRE A PROBLEMÁTICA DA INEQUIDADE EM SAÚDE

Contexto (oposição básica)	Processo genético (modo de devenir)	Expressão	
		Particular	Individual
Solidário	Diversidade	Igualdade (na diversidade)	Diferença (genofenotípica)
Concentrador (acumulação de poder)	Inequidade	Desigualdade	Diferença (deterioração desigual).

FONTE: Almeida-Filho (1999).

Almeida-Filho (1999:14) propõe as seguintes definições que consideramos importantes para o entendimento do termo equidade:

- a) **Diversidade:** Variação de características, diferenciação sem dimensionalidade (por exemplo: gênero, etnia, cultura, nacionalidade, geração), na esfera coletiva ou populacional. Configurando problemas de investigação semi-estruturados ou não estruturados, a diversidade pode ser abordada empiricamente através de tipos ou variáveis nominais.
- b) **Desigualdade:** Diferenciação com dimensionalidade, na esfera coletiva ou populacional; enquanto “evidência empírica da *inequidade*”, pode ser expressa através de indicadores. Corresponde ao termo inglês ‘inequality’.
- c) **Diferença:** Expressão dos efeitos da diversidade e da desigualdade, que se manifestam na esfera individual. Esses efeitos poderão compor indicadores de ocorrência cumulativa, como por exemplo, as medidas epidemiológicas de risco.
- d) ***Inequidade:*** Anglicismo por referência a ‘inequity’, implica diferenças ou variações sistemáticas, desnecessárias e evitáveis no seio de populações ou agregados humanos. Metodologicamente, será necessário o desenvolvimento de indicadores de segundo e terceiro níveis para a apreensão do seu caráter relativo ou comparativo frente às heterogeneidades intragrúpicos.
- e) **Iniquidade:** Refere-se às *inequidades* que não só são evitáveis, mas também iníquas (desleais, vergonhosas e injustas) resultante de injustiça social perante diversidades, desigualdades ou diferenças.

Para D’Elia & Maingon (2004:15) a equidade deve se definir desde um enfoque que entrelace a “igualdade e a diversidade”, o que significa: “que todos tengan igual oportunidad para alcanzar un algo que es propio de los seres humanos e, que las oportunidades expresen todas las opciones posibles para la realización personal de cada uno”.

Nesse sentido, a abordagem das autoras implica o reconhecimento de que todos somos distintos e de muitas formas diferentes (Sen, 2001). Portanto, todos precisamos de coisas em tempos diferentes, assim como uns precisam mais do que outros. O reconhecimento das diferenças é o que outorga a possibilidade de serem tratados igualmente.

A definição da equidade como um princípio de igualdade orientado pelas diferenças e baseado na conjugação da igualdade e da diversidade, requer da explicação do que significa “diferente” desde a perspectiva de igualdade, como condições desiguais, ou desde a perspectiva de diversidade, como condições distintas.

As diferenças desde a perspectiva de igualdade são tratadas no seu caráter negativo, porque o importante é que todas as pessoas tenham possibilidade real de acesso e boa posição, nas esferas que universalmente estão reconhecidas como necessidades a todas as pessoas em condição de seres humanos. O justo é que não exista diferença onde deve existir igualdade (Figura 2 - D’Elia & Maingon, 2004:15).

De existir diferenças é porque umas pessoas e não outras (exclusão), ou umas pessoas mais que outras (assimetrias ou diferenciais), têm desvantagens em algo que social e culturalmente faz parte dos direitos de todos. O equitativo é: “responder en forma igual o proporcional a las diferencias entre unos y otros, respecto de ese espacio o aspecto valorado” (D’Elia & Maingon, 2004:15).

Nesta perspectiva existem duas formas de abordar a diferença:

1. As diferenças entendidas como discriminação por origem e/ou condição, ferindo os direitos humanos universais, indivisíveis e interdependentes. O campo de ação da equidade são as *brechas* e os déficits no acesso as leis, políticas, recursos e meios de atenção para satisfazer as necessidades, capacidades ou potencialidades humanas, independentemente das características e condições sociais e/ou culturais das pessoas. Esta forma de equidade recebe o nome de equidade horizontal, onde “a necessidades iguais correspondem respostas iguais” ou a uma situação corresponde “um trato igual entre pares ou entre iguais”.

As políticas universais de direitos e de acesso aos serviços sociais para todos (como os de saúde), assim como a redistribuição horizontal de recursos entre todos os grupos, estão baseadas nesta forma de equidade.

2. As diferenças entendidas como produto das desigualdades de oportunidades, que se convertem em *inequidades* quando limitam ou obstaculizam a satisfação de necessidades vitais entre os seres humanos. Devido a que as desigualdades são heterogêneas, o justo é gerar uma ação diferenciada, desigual em um sentido

positivo, que opere a favor da igualdade. A equidade tem como campo de ação as *brechas* de oportunidades e de resultados no desenvolvimento de capacidades e potencialidades humanas fundamentais.

Esta forma de equidade recebe o nome de equidade vertical e consiste em que “a necessidades diferentes correspondem respostas diferentes”, ou em outras palavras, que se aplique “um trato desigual para sujeitos não iguais”, porque o igual nem sempre é equitativo. As políticas de redistribuição de recursos que consideram as desigualdades entre grupos ou intra-grupos, e as políticas de atenção que apóiam de forma diferenciada a todos os grupos segundo as suas vantagens e fragilidade social, estão baseadas nesta forma de equidade (D’Elia & Maingon, 2004:15-16).

As diferenças desde a perspectiva de diversidade são de caráter positivo, o importante é que cada sujeito possa aspirar e realizar-se em seus propósitos da vida segundo suas diferenças. O justo é que cada sujeito (mulher e homem de cada idade, de grupo social, povo ou país) tenha realmente controle sobre suas opções e que estas sejam reconhecidas como desfrutadas e exercidas plenamente. Portanto, o reconhecimento das múltiplas diversidades que apresentam os seres humanos, é condição indispensável para a existência real de opções expressas em direitos, oportunidade e capacidades para realizar plenamente a vida, da forma mais próxima aos valores, experiências e objetivos de cada um (Figura 3 - D’Elia & Maingon, 2004:16).

FIGURA 2. AS DIFERENÇAS NO ENFOQUE DA IGUALDADE (TODAS AS PESSOAS EM ESFERAS VALORADAS DA VIDA)

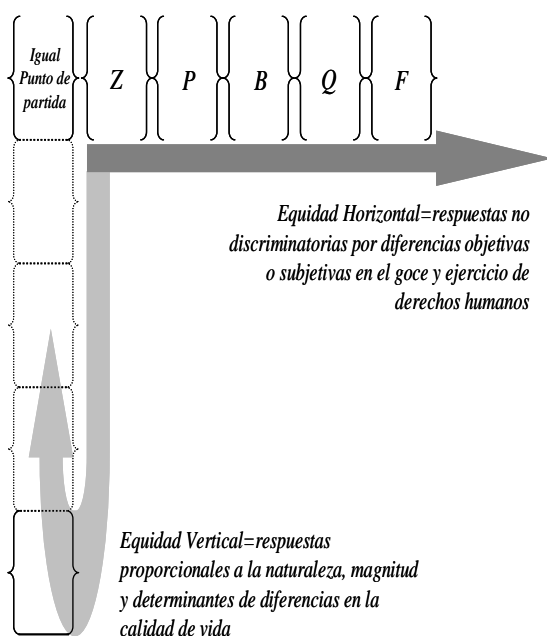
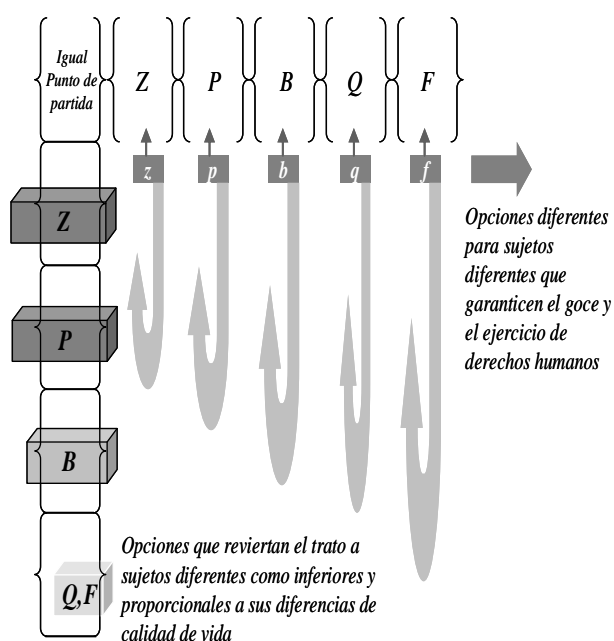


FIGURA 3. AS DIFERENÇAS NO ENFOQUE DA DIVERSIDADE (TODOS OS SUJEITOS EM SUA IDENTIDADE E OPÇÕES VALORADAS)



Desde esta perspectiva a equidade se entende como uma resposta ajustada às diferenças de cada um e em oposição às *inequidades* por causa de relações de superioridade/inferioridade tecidas no gênero, na classe social, na idade e/ou na etnia, entre outras; as quais anulam a possibilidade da autodeterminação e da autonomia das pessoas, na sua identidade própria e no que valorizam como projeto de vida.

Em suma, um trato desigual sempre não é *inequitativo*, nem ou diferente é sempre injusto. A equidade permite tratos desiguais que garantam uma real igualdade e tratos desiguais em relação com identidades e modos de vida distintos. Isto é assim, porque as injustiças além de que se expressam de múltiplas formas, não afetam a todos do mesmo modo, quer dizer, não somos “igualmente desiguais”.

Finalmente, nos trabalhos revisados se pode perceber que:

- Em todos os trabalhos, a equidade é vista como uma forma de alcançar um maior patamar da igualdade, e se definem os fatores que mais se ajustam para implementar operacionalmente o conceito de equidade. Existem vários níveis de complexidade nos modelos apresentados que vão desde igualdade nos gastos até igualdade nos resultados. Assim mesmo, visam responder às seguintes questões: igualdade de que? e, igualdade entre quem?
- As contribuições dos diferentes autores têm sido importantes para definir o conceito da equidade.
- Ao operacionalizar o conceito de equidade em saúde os autores consideram pelo menos três importantes campos: distribuição de recursos, oportunidades de acesso e utilização dos serviços, tendo em conta o problema dos recursos limitados e a forma mais equânime de distribuí-los.
- Existem diversos termos associados ao conceito da equidade: *inequidade*, *iniquidade*, *desigualdade*, *diversidade*, *diferença*.
- Na maioria dos trabalhos se considera implícita ou explicitamente a importância da intervenção do Estado para garantir a equidade, através da implementação de políticas distributivas equânimes, ou seja, que reconhecem as diferenças (justas ou injustas).

As diversas conceituações de equidade apresentadas se sustentam essencialmente nas teorias da justiça formuladas por Rawls (2000) e Sen (2001), essa vinculação da equidade com a justiça permite abordar o sentido distributivo, implicando a igualdade de oportunidades e pressupõem o tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, ou seja, que apresentam menores capacidades.

Dessa forma, como afirmam Viana, Fausto & Lima (2003) a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Devido a que um padrão universal é insuficiente se ele não comportar o direito à diferença, então mais que um padrão homogêneo, se precisa de um padrão equânime.

Desta maneira, a ausência de saúde ao afetar as oportunidades dos indivíduos de serem alguém, evidencia a importância da reflexão sobre a justiça social em saúde. Nesse sentido, é essencial considerar as diferenças para aplicar políticas e programas que dêem respostas a problemas específicos e, por conseguinte, permitam alcançar maiores níveis de equidade.

Concordamos com Sen (2002) ao considerar que a equidade em saúde é um conceito multidimensional, que inclui: (a) a justiça nos processos; (b) a atenção à ausência da discriminação na prestação da assistência sanitária; (c) a versatilidade dos recursos e as diferenças de alcance e impacto dos diferentes acordos sociais; (d) aspectos relacionados com o alcance da saúde em seu sentido amplo e não apenas com a distribuição da atenção sanitária.

Em suma, tendo como base os diversos aportes apresentados a equidade será entendida como o princípio ético-normativo que rege as funções distributivas, as quais têm como função diminuir as desigualdades existentes consideradas socialmente injustas. Especificamente no setor saúde, se adotou o conceito de igualdade de oportunidades no uso de serviços de saúde, incorporando a igualdade no acesso e a igualdade no tratamento necessário como na qualidade deste.

I.3 A EQÜIDADE NO MARCO LEGAL DA SAÚDE EM VENEZUELA

Os critérios operacionais para a aplicação da eqüidade são reflexo dos valores priorizados por cada sociedade em um momento histórico determinado. Neste sentido, no desenvolvimento deste ponto se aborda a análise da eqüidade no marco legal da saúde na Venezuela atualmente vigente, com a finalidade de marcar os traços presentes na definição desse princípio, que por sua vez repercute: na formulação das políticas de saúde, na organização dos sistemas de saúde e na definição das regras básicas que determinam segundo Matus (1996) o planejamento estratégico situacional, foco central deste trabalho.

I.3.1 Eqüidade em saúde nas leis da Venezuela

Constituição da República Bolivariana da Venezuela (CRBV-1999)

A CRBV-1999 estabelece que:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa (Art. 83);

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad[...] La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (Art. 84);

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. [...] El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. (Art. 85).

Na Constituição venezuelana se infere que as políticas de saúde não desenvolveram apenas mecanismos para garantir o acesso aos serviços, senão que incluem elevar a qualidade de vida e o bem-estar coletivo, tendo em conta o princípio de equidade. Em outras palavras, as pessoas portadoras de um mesmo problema de saúde, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados, assim como devem ter a mesma oportunidade de gozar de qualidade de vida e bem-estar, para o que é necessário o desenvolvimento de suas capacidades.

Com o artigo 85, se dá um grande passo ao considerar um financiamento integrado (proveniente do fisco e da seguridade social), com isto é possível pensar em um conjunto de recursos para garantir o direito à saúde. Contudo, os mecanismos para eliminar a fragmentação do financiamento devem ser claramente estabelecidos na Lei de Saúde ou em seu regulamento.

Permitindo inferir que o conceito de equidade está relacionado à igualdade de oportunidades e de condições no sentido da proposta elaborada por Sen (2001). No entanto, esta ainda sem definir de que forma será garantida na prática a equidade em saúde.

Lei Orgânica de Seguridade Social (2002)

Na Lei Orgânica de Seguridade Social (2002) no capítulo referente à saúde se confirma a inferência anterior ao indicar que:

Se crea el Régimen Prestacional de Salud en consonancia con los principios del Sistema Público Nacional de Salud que tiene por objeto garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida en función del interés público, en todos los ámbitos de la acción sanitaria dentro del territorio nacional. El Régimen Prestacional de Salud y el componente de restitución de la salud del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, se gestionarán a través del Sistema Público Nacional de Salud; desarrollando una acción intergubernamental, intersectorial y participativa, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas hacia la universalidad, la equidad y la promoción de la salud y la calidad de vida, abarcando la protección de la salud desde sus determinantes sociales; la rehabilitación; la educación y prevención de enfermedades y accidentes y la oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones (Art. 52);

El Sistema Público Nacional de Salud garantiza la protección a la salud para todas las personas, dentro del territorio nacional, sin discriminación alguna (Art. 53).

Nos artigos acima apresentados, a universalidade e a equidade são consideradas. De igual forma é trabalhado um conceito abrangente de saúde, que considera os determinantes sociais. Além disso, no artigo 55 se ratifica o direito e o dever das comunidades organizadas a participar na tomada de decisões sobre a planificação, execução e controle de políticas específicas nas instituições de saúde, em virtude da relevância pública da saúde.

Cabe assinalar que dentro dos princípios norteadores para o alcance da equidade em saúde se encontra a participação cidadã, como elemento fundamental do desenvolvimento de mecanismos de prestação e prestação de contas nos serviços de saúde, sendo esta uma das regras básicas destacada por Matus (1996) na sua Teoria das Macroorganizações, que será detalhada no segundo capítulo.

Projeto de Lei de Saúde e do Sistema Público Nacional de Saúde (setembro, 2006)

No Projeto de Lei de Saúde se especifica:

El derecho a la salud tiene carácter universal en todo el territorio nacional. La ausencia de identificación o registro en el Sistema de Información de la Seguridad Social, no será motivo para impedir el acceso al servicio (Art. 2);

La salud es el estado de completo bienestar físico, social y mental, se manifiesta como la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar. La salud es el resultado de condiciones materiales, psicológicas, culturales, determinantes sociales, ambientales y biológicos, y de la organización y funcionamiento del Sector Salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida [...] El Estado utilizará la atención primaria en salud, como estrategia para garantizar el derecho a la salud, elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso universal y equitativo a condiciones, recursos y servicios de salud, respondiendo a las necesidades sociales de toda la población, según sus diferentes expresiones en grupos humanos, territorios y categorías sociales y acercando la atención en salud al lugar donde la gente vive y trabaja (Art. 3).

Este Projeto de Lei ratifica o conceito abrangente de saúde, entendida esta como o produto dos determinantes sociais, ambientais e biológicos, onde os serviços de saúde atendem uma parte do problema.

Além disso, incorpora a saúde como um dos fatores que permitirá às pessoas exercer suas capacidades potenciais, o qual coincide com a abordagem feita por Sen que discutimos no ponto I.2. Portanto, a equidade é entendida como igualdade de oportunidades reais e as capacidades de funcionamento que as pessoas possuem, as quais lhes permitirão fazer escolhas que levem à realização de bem-estar.

Assim mesmo, no artigo 49 do Projeto de Lei de saúde que trata sobre a pesquisa em ciências da saúde, se lhe dá uma prioridade à melhora da equidade, através da análise das iniquidades em saúde como um dos aspectos de relevância a considerar nas linhas de pesquisa.

La investigación en ciencias de la salud debe ser desarrollada preferentemente en función del Plan Nacional de Salud y contribuir con la promoción de la calidad de vida y salud de la población, en condiciones de equidad. Es de particular interés para el Sistema Público Nacional de Salud, que además de las áreas tradicionales de investigación, se desarrollen programas que contemplen los siguientes aspectos:

- 1. Las condiciones de las ofertas que afectan o limitan el derecho a la salud.*
- 2. El acercamiento a modelos explicativos de la representación territorial de necesidades sociales, según sus asimetrías.*
- 3. La realidad socio sanitaria y sus determinantes.*
- 4. El análisis de las inequidades en salud entre grupos de la población, territorios y clases sociales y problemas emergentes en salud [...] (Art. 49).*

Nos princípios que norteiam o Sistema Público se ratifica novamente a participação cidadã, e a equidade é definida como o acesso universal da população aos serviços de saúde. Também são considerados os princípios de solidariedade, gratuidade e pertinência cultural e lingüística, os quais se apresentam a seguir:

El Sistema Público Nacional de Salud se rige por los principios de: Universalidad, todas las personas tienen derecho a la salud, para lo cual se garantizará su acceso a los servicios y programas de salud sin discriminación alguna y en condiciones de igualdad efectiva. Equidad, Serán reconocidas y atendidas las distintas necesidades de los grupos de la población, con el objeto de reducir las desigualdades de salud asociadas a su ubicación geográfica, clase social, género, etnia y otras categorías de población. Solidaridad, Todas las personas contribuirán con el funcionamiento de este sistema de acuerdo con sus capacidades, para el logro del bienestar común y la salud colectiva. Gratuidad, Todas las personas tendrán acceso al Sistema Público Nacional de

Salud de manera gratuita. No se permitirán cobros directos ni indirectos a las personas en los servicios de salud prestados en el Sistema Público Nacional de Salud, según los términos establecidos en esta Ley. Participación: la comunidad organizada participará en el diseño de las políticas, planes, proyectos, programas de salud, así como en la ejecución y evaluación de la gestión. Pertinencia Cultural y Lingüística: las políticas, planes, servicios y programas de salud se diseñarán y ejecutarán considerando la diversidad cultural nacional y adecuándose al carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe del Estado (Art. 64);

Por outro lado, a distribuição orçamentária da saúde será feita com base a critérios relacionados com as metas previstas na área e às necessidades em saúde (características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas da população, e das outras situações da saúde próprias de cada localidade). O projeto de lei tem um espírito equitativo na distribuição dos recursos, presente explicitamente no artigo 104 que diz respeito á criação do Fundo Nacional de Saúde.

É importante lembrar que este projeto ainda está na discussão na Assembléia a Nacional da Venezuela, e que o financiamento é um ponto chave para operacionalizar ou não na prática processos equitativos que visem à igualdade na distribuição de recursos, refletindo de alguma forma na igualdade de oportunidades de acceso para necesidades iguais e na igualdade de utilização para iguais necesidades.

Se crea el Fondo Nacional de Salud del Sistema Público Nacional de Salud, adscrito al ministerio con competencia en materia de salud [...] Los recursos financieros del Fondo Nacional de Salud sólo podrán utilizarse para el financiamiento de los programas y servicios de salud que se presten en el Sistema Público Nacional de Salud, a través del ministerio con competencia en materia de salud, para lo cual deberán seguirse criterios de asignación con base en los planes nacionales, estatales y municipales de salud, fomentando la equidad y los principios que rigen el Sistema Público Nacional de Salud (Art. 104);

Para la asignación de los recursos dentro del presupuesto ordinario del ministerio con competencia en salud, destinados a las unidades estatales de salud, se considerarán los siguientes criterios:

- 1. Las metas y acciones previstas de acuerdo a los planes nacionales, estatales y municipales de salud correspondientes.*
- 2. El número de habitantes.*
- 3. Indicadores epidemiológicos.*
- 4. Situación socioeconómica.*

5. *Dispersión geográfica de la población.*
 6. *Necesidades particulares de salud.*
 7. *La magnitud y complejidad de la red de establecimientos prestadores de servicios.*
 8. *Programas de salud en la entidad federal correspondiente*
 9. *Cualesquiera otros criterios aplicables.*
- Estos criterios afectarán también a todos los recursos integrados en el Fondo Nacional de Salud (Art. 107).*

A classificação dos tipos de equidade de Artells e Mooney, apresentada no ponto anterior poderiam servir como base para operacionalizar os critérios estabelecidos no Projeto de Lei de Saúde para a distribuição dos recursos, uma vez que são considerados vários aspectos dos propostos pelos autores. Além disso, a classificação utiliza um modelo hierárquico interessante para garantir a equidade em saúde.

Em termos gerais as leis venezuelanas entendem a equidade em saúde como a igualdade de capacidades e igualdade de oportunidades, quer dizer, igual acesso aos benefícios da saúde para toda a população, no sentido da teoria desenvolvida por Sen. Nos planos mais importantes do país, é aprofundada essa abordagem do conceito de equidade, os quais se apresentam a seguir.

I.3.2 Os Planos Nacionais da Venezuela e a equidade em saúde

O Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (PNDES 2001-2007)

O primeiro plano desenhado após da promulgação da Constituição da República Bolivariana de Venezuela foi o PNDES, nele “se consolidan las bases principistas y políticas para la interacción dinámica del crecimiento económico sostenido, las efectivas oportunidades y equidades sociales, la dinámica territorial y ambiental sustentables, la ampliación de las oportunidades ciudadanas y la diversificación multipolar de las relaciones internacionales” (PNDES, 2001:7).

Neste plano se estabelecem as linhas gerais para o desenvolvimento das políticas públicas nacionais para um período de sete anos (2001-2007) através de uma estratégia integral, expressada em cinco eixos ou lineamentos gerais que se mencionam a seguir: político, econômico, social, territorial e internacional, os quais confluem em ações para alcançar o objetivo de bem-estar para toda a população venezuelana.

O eixo social é abordado através do Plano de Equidade Social, cujo objetivo principal é alcançar a justiça social, neste se determina o compromisso de responder às necessidades da população, considerando-se um imperativo ético a luta contra as iniquidades sociais e a pobreza. Este plano visa o desenvolvimento humano,

melhorando as oportunidades efetivas em: educação, saúde, emprego, rendas, organização social e seguridade cidadã; promovendo a universalização dos direitos sociais com equidade e participação, como ação que confere legitimidade aos processos democráticos (PNDES, 2001:91).

Neste plano foram estabelecidos lineamentos para a implantação de ações voltadas à melhoria da equidade da população venezuelana. Os objetivos estratégicos que orientam o alcance da equidade social visam a universalização dos direitos com garantia de equidade; a redução das brechas de riqueza, renda e qualidade de vida; a apropriação do público como espaços do interesse coletivo e construção de cidadania.

A saúde ao igual que nas leis apresentadas anteriormente, é considerada um direito humano social fundamental, universal e uma necessidade vital para as pessoas, sua proteção e defesa representa a conquista da qualidade de vida. Também fica claramente estabelecida a importância da saúde no desenvolvimento das capacidades dos cidadãos, no sentido da proposta de Sen.

[...] promover la salud como desarrollo de las capacidades para el ejercicio de la autonomía de los individuos y del colectivo incluyendo las políticas y acciones educativas para la calidad de vida, la protección de la vida, la prevención de las enfermedades, la asistencia curativa en tiempos oportunos y adecuados, y el acceso universal a los servicios básicos (PNDES, 2001:95).

Da mesma forma, se confirma que o conceito de equidade no PNDES é o trabalhado na abordagem de Sen: “[...] El Plan de Equidad Social aboga por la equidad desde la visión universalista, transformándose en la expresión superior de justicia que garantiza a todos y todas el ejercicio de derechos, dando a cada cual según su necesidad y pidiendo a cada cual según su capacidad (PNDES, 2001:92).

O Plano Estratégico Social (2002)

No ano 2002 o MPPS com a finalidade de fazer efetivos os princípios e disposições da Constituição da República Bolivariana de Venezuela, assim como desenvolver os lineamentos do PNDES, em seu eixo social, formulou um instrumento de planificação estratégica orientado à organização da política de saúde e desenvolvimento social; baseado nos princípios fundamentais de direito, justiça social e equidade, o Plano Estratégico Social (PESS, 2002).

No PESS se afirma que a saúde além dos serviços de saúde, é a expressão da qualidade de vida, portanto é resultado dos determinantes sociais. Nesse sentido, se estabelece

que: “Alcanzar salud significa haber alcanzado oportunidades equitativas de calidad de vida, en los derechos sociales fundamentales” (PESS, 2002:9).

Por ser o PESS um plano para operacionalizar a política de saúde, o desenvolvimento da categoria equidade esta mais aprofundada, reconhecendo que o objetivo da equidade é lograr a igualdade na diferença:

[...] la universalidad sólo será completa si se orienta por la equidad, lo que significa garantizar el derecho a todos y todas, respondiendo a cada uno según sus necesidades. La equidad es el reconocimiento de que necesitamos cosas distintas en tiempos diferentes; y se aplica en dos sentidos, a necesidades diferentes deberán corresponder respuestas diferentes (equidad vertical), y a necesidades iguales, respuestas iguales (equidad horizontal) [...] La equidad reconoce y dimensiona las diferencias con el fin de impedir una distribución desigual e injusta del poder y de los recursos, es decir, que se de menos a quien más necesita y más a quien menos necesita. Para alcanzar una igualdad plena es indispensable la equidad, esto es asumir que históricamente se ha hecho una jerarquía injusta de las diferencias entre hombres y mujeres, clases sociales, etnias y razas, produciendo subordinación, discriminación, marginación y opresión. La equidad se convierte así en el vehículo para lograr “igualdad en las diferencias” [...] La equidad debe tener expresión en oportunidades de acceso, pero también en oportunidades a mejores condiciones de calidad de vida y salud (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002:6,8)

Assim, para que a universalidade seja de fato uma verdadeira expressão de justiça, precisa da equidade. Universalidade com equidade, significa igualdade de oportunidades (no sentido da proposta de Sen), incorporando nessa igualdade a diversidade, a heterogeneidade e as diferenças que fazem parte da complexidade do humano, e dos contextos particulares onde acontece a vida (Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social/Atualmente denominado MPPS, 2002). Também são determinados os sentidos de aplicação da equidade, coincidindo com a proposta de Wagstaff , & Van (1992) e Donaldson & Gerald (1993), apresentada no ponto I.2.

O objetivo transcendental do PESS é a redução das desigualdades de acesso e a superação das *brechas* entre os que têm mais, e os que não têm na sociedade venezuelana. Para isto, no plano são definidas uma série de estratégias voltadas ao alcance da meta: estratégia de qualidade de vida e saúde, as redes promocionais de qualidade de vida e saúde, a reconstrução da *institucionalidade* pública.

O PESS no direcionamento e operacionalização das políticas e ações do sistema de saúde venezuelano tem dois princípios norteadores:

- A conquista dos direitos sociais dentro de um estado democrático e social, de direito e de justiça como o estabelece a Constituição da República Bolivariana de Venezuela;
- A universalização dos direitos sociais com equidade e participação como objetivos centrais do PNDES (PESS, 2002).

Neste sentido, o PESS visa garantir a universalização dos direitos sociais com equidade de oportunidades para uma plena qualidade de vida e saúde. Em outras palavras, significa:

[...] construir una nueva ciudadanía de contenido social, donde la inmensa mayoría de la gente de este país, postergada, excluida y desvalorizada en su condición humana y dignidad, sea reconocida como sujetos portadores de derechos con legítima participación en la riqueza y con pleno poder de intervenir en las decisiones públicas, de manera activa y protagónica. Es sin duda un paso de avance hacia un Estado definido por sus responsabilidades sociales, que efectivamente garantice los derechos políticos, civiles y sociales de toda la población (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002:3).

Assim, é priorizado o desenvolvimento de ações que buscam melhorar as capacidades da população excluída, através das seguintes diretrizes estratégicas:

1. *Orientar la función de las políticas públicas hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud, con universalidad y equidad, combatiendo los déficits de atención entre necesidades y ofertas, y reduciendo las brechas por inequidad social como disparidades de oportunidades entre grupos humanos y territorios.*
2. *Adoptar la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud, que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades, entendida como el ejercicio de las potencialidades para satisfacer necesidades y deseos, a través de la transectorialidad y la acción sobre territorios-poblaciones, atacando las determinaciones sociales de los problemas y generando capacidades de organización y empoderamiento social.*
3. *Reorientar el modo de atención mediante la estructuración de respuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas, conformadas en redes públicas y sociales de calidad de vida y salud en los*

ámbitos nacional, estatal y municipal, para que sean espacios de gestión transectorial de políticas y acciones en territorios sociales y del ejercicio político y social entre autoridades públicas y comunidades organizadas.

4. *Construir una nueva institucionalidad pública con capacidad rectora, conducción y liderazgo dentro de una estructura intergubernamental, descentralizada y participativa, comprometida con la transformación de los patrones de calidad de vida y salud de la sociedad alrededor de metas concertadas, convertidas en impulso del progreso de la gestión y del desarrollo económico y social del país (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002:10).*

A equidade permeia as diretrizes estratégicas do PESS, sua definição está baseada na abordagem de Sen, na qual é definida como: a igualdade de oportunidades reais e as capacidades de funcionamento que as pessoas possuem, as quais lhes permitiram fazer escolhas que levem à realização de bem-estar (Sen, 2001). Para isto, o acesso às redes sociais, aos serviços de saúde, aos serviços básicos e aos serviços educativos é de vital importância, porque lhe permitem ao indivíduo obter qualidade de vida e saúde e sua plena autonomia.

Ao respeito uma das estratégias mais importantes no Plano é a estratégia promocional de qualidade de vida e saúde, definida como:

La estrategia de promoción de calidad de vida y salud es la que articula las acciones alrededor de un esfuerzo colectivo y transectorial, que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades, entendiendo por autonomía la “capacidad de realizar en actos mis deseos”, o sea, de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con deseos y necesidades, lo cual dependerá de las oportunidades a una buena calidad de vida y salud (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002:12).

No PESS a participação social é considerada uma peça chave para que os indivíduos alcancem sua plena autonomia:

La participación social forma parte de los imperativos de la estrategia de promoción de la calidad de vida, porque es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades. Las personas, familias y comunidades, como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas con poder y saber, tendrán

posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida según sus necesidades, aspiraciones y deseos, ganando el mayor dominio sobre los mecanismos que conducen a una calidad de vida y salud, y a la defensa de sus derechos, tanto individual como colectivamente (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002:15).

O PESS contempla vários eixos para operar nos processos de planejamento e na formulação e instrumentação de políticas e projetos, tendo como pano de fundo a estratégia da promoção de qualidade de vida e saúde. Dentre os eixos para a formulação operativa do PESS temos: os eixos populacionais por ciclo vital; os eixos de desenvolvimento da autonomia; os eixos da organização de respostas e os eixos transversais (o enfoque de classes sociais, o enfoque de gênero, o enfoque de etnia e raças). Esses eixos permitem:

[...] (a) ubicar al actor en la trama de conceptos significativos que propone el PESS; (b) establecer una lógica de interrelación y diálogo entre sus diferentes componentes, lo que ayuda a manejar la complejidad y a combatir la tentación de reducir los problemas a los espacios de acción particulares; (c) hacer visible la complejidad de los problemas, en sus causas y determinantes, y en su impacto diferencial en los sujetos, lo cual obliga a pensar, combinar esfuerzos y formular respuestas integradas para “llegar antes” y superarlos con equidad. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002:19)

Os planos apresentados seguem as orientações das leis venezuelanas e aprofundam a discussão sobre a equidade em saúde, no sentido da teoria desenvolvida por Sen, entendendo-la como a igualdade de capacidades e igualdade de oportunidades, quer dizer, que toda a população tenha igual oportunidade de acesso aos benefícios da saúde; que as oportunidades expressem todas as opções possíveis para a realização pessoal de cada uno; e que as pessoas tenham a capacidade para transformar os recursos que a sociedade lhe dá, na realização de funcionamentos humanos valiosos que lhe permitam levar uma boa vida segundo o que valoramos dela (D’Elia & Maingon, 2004).

Considerações Finais

Neste capítulo, foi estudado o conceito de equidade á luz das teorias contemporâneas de justiça social desenvolvidas por Rawls (1971) e Sen (1992), cujos aportes apontam que

para garantir a igualdade de oportunidades na consecução do bem-estar é necessário: compensar as desigualdades entre as capacidades básicas determinadas pelos fatores biológicos, socioeconômicos e disponibilidade de oferta existente; garantir a liberdade de escolha.

Assim, a equidade funciona como um princípio ético-normativo associado ao justo entendido como desnecessário, evitável e inaceitável, que pode e deve ser resolvido pela sociedade, mediante sua ação, recursos e instituições. Também a equidade chama a atenção sobre os compromissos da ética e a responsabilidade com os problemas de injustiça que se vivem nos contextos concretos de nossas sociedades e que afetam de forma diferenciada às pessoas e aos grupos sociais que as integram.

Nos diferentes trabalhos revisados, a definição operacional de equidade em saúde, é variada, considerando aspectos gerais, até os mais específicos. Estes têm como ponto em comum que nas diversas abordagens a equidade é entendida como o alcance de um maior patamar de igualdade. Assim mesmo, existem diversos termos associados com o conceito de equidade: *inequidade*, iniquidade, desigualdade, diferença.

Como foi dito acima, considerando os diversos aportes apresentados a equidade será entendida como o princípio ético-normativo que rege as funções distributivas, as quais têm como função diminuir as desigualdades existentes consideradas socialmente injustas. Especificamente no setor saúde, se adotou o conceito de igualdade de oportunidades no uso de serviços de saúde, incorporando a igualdade no acesso e a igualdade no tratamento necessário como na qualidade deste.

Da mesma forma, tendo como pano de fundo a conceituação da equidade se analisou o enfoque de justiça social e da equidade presente nas leis venezuelanas, especificamente na área da saúde. Nesse sentido, o conceito de equidade em saúde presente nas leis venezuelanas diz respeito à igualdade de oportunidades e das capacidades de funcionamento que os cidadãos possuem para exercer a plena realização de bem-estar, no sentido da abordagem de Sem. Assim como no entendimento da igualdade de condições presente na tipologia de Turner.

Contudo, ainda se requer a aprovação da Lei de Saúde para implementar as mudanças que estão sendo discutidas, sobretudo no que diz respeito ao financiamento da saúde, por ser este um aspecto fundamental na garantia da equidade.

II. A PROPOSTA METODOLÓGICA DO PES PARA O NÍVEL LOCAL EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM COMUNICATIVA, COM UM OLHAR DESDE A EQUIDADE

"Nuestros gobiernos fracasan no tanto por el contenido de sus propuestas, sino por la debilidad de las herramientas de gobierno que dominan", Carlos Matus

Introdução

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) surge na América Latina no ano 1970. Desenvolvido por Carlos Matus enquanto ocupava o cargo de Ministro da Economia no governo de Allende (1970-1973), o PES é um enfoque de planejamento desenhado para servir aos dirigentes políticos, sendo seu tema central os problemas públicos. Originalmente o PES foi concebido para trabalhar no nível central, mas pode ser aplicado em outros níveis (regional, municipal ou local).

Matus define o PES como um método de planejamento de alta potência para processar problemas mal estruturados e complexos, que considera múltiplas dimensões (política, econômica, social, entre outras), assim como, aos diversos atores em situação de poder compartilhado envolvidos na problemática. Nesta concepção os problemas são gerados socialmente pois considera que a realidade é uma construção social histórica.

Rivera (1995, 1999, 2003) e Artmann (1993, 2001, 2006), têm feito uma releitura crítica do PES a partir da teoria do agir comunicativo de Habermas (1987) com a finalidade de resgatar os aspectos comunicativos presentes na obra de Matus e introduzi-los no interior do método.

Concordamos com os autores ao acreditar que o PES pode ser aplicado desde uma perspectiva mais comunicativa, onde se reconhece a linguagem como meio para chegar ao entendimento, como base da gestão participativa e como veículo e instrumento de cooperação e compromisso social.

Do mesmo modo, é fundamental a incorporação de estratégias que resgatem um olhar desde a equidade nos diferentes momentos do PES, quer dizer, assumir uma hierarquização justa das diferenças na identificação, análise e tratamento dos problemas, tendo como prioridade as populações menos favorecidas. Neste trabalho esse é um ponto central, porque o PES como instrumento de planejamento contribui para o alcance da equidade e a promoção da participação social no nível local que são objetivos propostos nas leis venezuelanas apresentadas no capítulo anterior.

Assim, o fim último da aplicação do PES no nível local, seria contribuir com a diminuição das desigualdades de capacidades e oportunidades a fim de alcançar a equidade em saúde para a população. Afirmamos que o PES pode contribuir com o ganho da equidade, porque estamos conscientes de que o método por se só não atingiria um objetivo de tal magnitude.

No entanto, acreditamos que no nível local, o PES que incorpore a abordagem comunicativa e a dimensão da equidade (as quais se complementam mutuamente) pode ser um instrumento de vital importância para a gestão pública em saúde, ao servir para operacionalizar planos de ação cujo impacto estará focado na melhora da saúde das populações, especialmente, as menos favorecidas.

Em tal sentido, neste capítulo apresentamos as bases teóricas que sustentam a adaptação da proposta metodológica do PES para o nível local, à luz da teoria do agir comunicativo de Habermas, considerando os trabalhos desenvolvidos por Rivera e Artmann. Cabe destacar, que nosso objetivo não é apresentar detalhadamente a obra de Habermas, e sim aproveitar sua teoria através das precisões que fizeram os autores acima mencionados para potencializar o PES. Contudo, fazemos um resumo dos principais aspectos da teoria habermasiana para sua melhor compreensão.

A adaptação do PES considera a categoria equidade permeando todos os momentos do método. Para isto, em primeiro lugar, utilizamos os critérios da equidade na seleção da paróquia, baseados na proposta desenvolvida por Porto (1997, 2002) nesta se estimam as necessidades de saúde a partir de um leque de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, com as quais é criado um indicador de necessidades relativas através de procedimentos de análise estatística multivariada.

Em segundo lugar, consideramos duas propostas que incorporam tanto elementos comunicativos, como critérios de equidade no processamento dos problemas:

- A proposta simplificada para aplicação do PES no nível local em saúde, fundamentada na crítica à trilogia de Matus e na qual se articulam três métodos: ZOOP – Zielorientierte Projektplanung (Planejamento de projetos orientados por objetivos), MAPP – Método Altadir de Planejamento Popular e o PES. Esta leva em conta a valorização dos aspectos comunicativos no planejamento a partir dos aportes de Habermas (Artmann, 1993; 1997);
- O Instrumento de Identificação e Representação de Necessidades Sociais, desenvolvido e aplicado pelo MPPS (2002b), que considera o momento explicativo do PES de Matus (1996). O instrumento visa identificar e representar as necessidades sociais com a finalidade de analisar as situações problemáticas dos

diferentes grupos populacionais, e propor medidas de intervenção que respondam às necessidades sociais e que ao mesmo tempo reduzam as iniquidades em saúde. A importância do instrumento é que incorpora estratégias para resgatar um olhar equitativo na priorização, análise e enfrentamento dos problemas. É por isso, que desenvolvemos a explicação dos aspectos fundamentais do instrumento neste capítulo, sobretudo, aqueles que incorporamos no trabalho.

E por fim, se consideraram aportes de vários autores da área da epidemiologia e da gestão em saúde, entre os que destacam:

- Barrenechea, Trujillo & Chorny (1989), propõem a análise dos espaços populacionais para a identificação de grupos postergados e a análise da participação social;
- Bergonzoli (2006) desenvolveu uma proposta da Sala de Situação como instrumento de vigilância da saúde pública que visa fortalecer a capacidade de gestão nos diferentes níveis de saúde;
- Organização Pan-americana da Saúde (OPAS-1999) e Bergonzoli (2006) trabalham com a Análise da Situação de Saúde (ASIS) como ferramenta fundamental para o estudo das interações entre as condições de vida e o nível dos processos de saúde em uma população.
- Pedro Luis Castellanos (1992, 1995, 1998), suas contribuições estão centradas na operacionalização da ASIS nos vários planos e espaços situacionais, com a possibilidade de integrar na explicação da situação de saúde de grupos populacionais específicos, as relações de produção social que se estabelecem entre os problemas de saúde e as respostas sociais aos mesmos.

Os primeiros pontos que se abordam no capítulo são: (a) A Teoria do Agir Comunicativo, elementos básicos do paradigma habermasiano; (b) O Instrumento de Identificação e Representação de Necessidades Sociais da Venezuela - por serem estes eixos fundamentais na adaptação do PES para o nível local em saúde. Posteriormente, é analisado o método PES propriamente dito através dos seguintes tópicos:

- Os conceitos fundamentais do PES: o planejamento, a situação e a explicação situacional, o problema e o ator social;
- As teorias que sustentam o PES: a Teoria da Produção Social, a Teoria da Ação, a Teoria das Macroorganizações e a cultura da responsabilidade;
- Os quatro momentos da proposta metodológica do PES, uma adaptação para o nível local: o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional.

II.1 A TEORIA DO AGIR COMUNICATIVO: ELEMENTOS BÁSICOS PARA SUA COMPREENSÃO

Habermas com sua obra a *Teoria da Ação Comunicativa* (1987) dá prosseguimento aos trabalhos da Escola de Frankfurt, reunindo quase 1.000 títulos atualizados e ao mesmo tempo fazendo uma releitura dos clássicos da sociologia (Weber, Lukács, os Frankfurteanos, Mead, Durkheim e Pearsons).

Segundo Rivera (1995), com o paradigma habermasiano surge o enfoque comunicativo, que supera os enfoques existentes da planificação na América Latina - o instrumental e o estratégico - propostos na taxonomia de Matus (1987, quadro 7). A teoria da ação comunicativa apesar de superar os mencionados enfoques não os suprime, nem os nega, sendo este um aspecto importante de Habermas que, segundo Rivera (1995) nem sempre é identificado por alguns críticos, os quais consideram que ele os omite, quando o que faz, é subordiná-los a uma racionalidade comunicativa, a qual detalharemos mais adiante.

QUADRO 7. ENFOQUES DA PLANIFICAÇÃO NA AMÉRICA LATINA SEGUNDO A TAXONOMIA DO MATUS (1987)

Enfoque	Principais características
Normativo	Parte do paradigma da consciência para estabelecer a relação entre o sujeito da planificação e a realidade planejada, onde um único sujeito (o Estado com seus fins) instrumentaliza uma ação sobre um sistema social concebido como objeto, em uma relação não interativa. As leis que se atribuem ao sistema social são objetivas e de caráter econômico. Para este enfoque técnico-econômico não existem outros atores, a realidade é concebida como uma problemática objetiva, bem estruturada, na qual ao existir só um ator o sistema de planejamento considera uma única situação-objeto.
Estratégico	É trabalhado por Matus (1987) na vertente do planejamento estratégico situacional, surge como uma crítica ao enfoque normativo, por seu caráter monológico, comportamental e voltado para os fins do Estado. Dando importância ao elemento político-interativo, em contraposição ao economicismo normativo. Para o enfoque estratégico a realidade planejada é semi ou mal estruturada, porque é complexa e inclui projetos de outros atores, portanto é interativa, na medida em que tais projetos representam fins valorativamente diferenciados, concepções de sociedades e criações imaginativas e ativas. Dentre das inovações deste enfoque temos que torna o paradigma da consciência mais dialético e dinâmico, e, reconhece a necessidade de uma explicação policêntrica e de um cálculo interativo, ao considerar a outros atores.

FONTE: A partir de dados tomados de Rivera (1995:51-56).

Apesar das vantagens que apresenta o enfoque estratégico em comparação com o instrumental, para alguns autores (Rivera 1995, Artmann 1993) este continua tendo problemas, ao manter-se preso ao paradigma da consciência, privilegiando o conhecer e o agir finalístico ao entendimento intersubjetivo. Assim, a concepção estratégica, de

natureza egocêntrica, objetualiza aos outros atores, os concebe como simples recursos ou obstáculos para o projeto próprio, e, utiliza a estratégia para prever seus comportamentos e reduzir o campo de ação destes (Rivera, 1995:52).

Ambos os autores evidenciam que a teoria do Matus desenvolvida desde o paradigma da consciência, submete o modelo comunicativo à ação estratégica, fazendo referência dele na sua taxonomia de ação, sem desenvolvê-lo posteriormente, tornando-lo insuficiente para analisar os contextos de ação comunicativa.

Porém, esses mesmos autores identificaram alguns traços do enfoque comunicativo presentes no planejamento estratégico situacional, tais como: a incursão que Matus faz na filosofia da linguagem de Austin e Serle; a concepção das múltiplas perspectivas de análise situacional baseada em Allison; o conceito de situação; a ação comunicativa no interior de uma força social, aspectos com os quais Matus revaloriza a dimensão comunicativa dentro do PES.

Nesse sentido, a seguir esboçaremos os traços mais importantes da teoria do agir comunicativo de Habermas, apresentando os conceitos fundamentais que são de importância para a discussão que permitira-nos resgatar os elementos comunicativos presentes na proposta de Matus e introduzi-los na adaptação do método para o nível local em saúde.

II.1.1 O conceito tríplice do mundo

Habermas (1987) baseado em Popper (1975), trabalha o “conceito tríplice de mundo”, a saber:

- Mundo objetivo, que se refere ao mundo físico ou aos estados de coisas existentes.
- Mundo social ou normativo, relacionado às normas sociais e culturais sob as quais agimos.
- Mundo subjetivo, que se refere ao mundo interno dos indivíduos.

II.1.2 O mundo da vida e o sistema

O mundo da vida para Habermas (1990) é um complexo simbolicamente estruturado, compõe-se de três elementos a cultura, a sociedade e as estruturas da personalidade, os quais estão entrecruzados através de um meio comum que é a linguagem.

A *cultura* é o armazém de saber, do qual os participantes da comunicação extraem interpretações no momento em que se entendem mutuamente sobre algo. Em outras palavras, são os conhecimentos e tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores (Habermas, 1990:96).

A *sociedade* compõe-se de ordens legítimas através das quais os participantes da comunicação regulam sua pertença a grupos sociais e garantem solidariedade, fornecendo o contexto normativo no qual agimos (Habermas, 1990:96).

E por fim, nas *estruturas da personalidade* o autor inclui todos os motivos e habilidades que colocam um sujeito em condição de falar e de agir, bem como de garantir sua identidade própria. Na personalidade se encontram as competências individuais para a comunicação (Habermas, 1990:96).

Habermas (1987: vol. II, 192) afirma que: “locutores e ouvintes entram em um entendimento a partir de seu mundo da vida comum sobre algo no mundo objetivo, social ou subjetivo”. Para o autor, os componentes do mundo da vida formam conjuntos de sentidos complexos e comunicantes, embora estejam incorporados em substratos diferentes:

- O *saber cultural* está encarnado em formas simbólicas: em objetos de uso e tecnologias, em palavras e teorias, em livros e documentos, bem como em ações;
- A *sociedade* encarna-se nas ordens institucionais, nas normas do direito ou nos entrelaçamentos de práticas e costumes regulados normativamente;
- As *estruturas da personalidade*, finalmente, estão encarnadas literalmente no substrato dos organismos humanos (Habermas, 1990:98).

A cultura, a sociedade e a personalidade articuladas pela linguagem, que é constitutiva do mundo da vida, nos fornecem o pano de fundo das pré-interpretações e saberes implícitos que orientam nossas ações. Além disso, determinam diferentes mundos da vida (por exemplo, do gestor em saúde e do líder comunitário), e diferentes panos de fundo das pré-interpretações e saberes implícitos que orientam suas ações (Artmann, 2001).

O mundo da vida ao estruturar-se através de tradições culturais, de ordens institucionais e de identidades criadas através de processos de socialização, não constitui uma organização à qual os indivíduos pertençam como membros, nem uma associação à qual se integram, nem uma coletividade composta de membros singulares. Para Habermas, o mundo da vida está centrado em uma prática comunicativa cotidiana que se alimenta de um jogo conjunto, resultante da reprodução cultural, da integração social e da socialização, e esse jogo está, por sua vez, enraizado nessa prática (figura 4. Habermas, 1999:100).

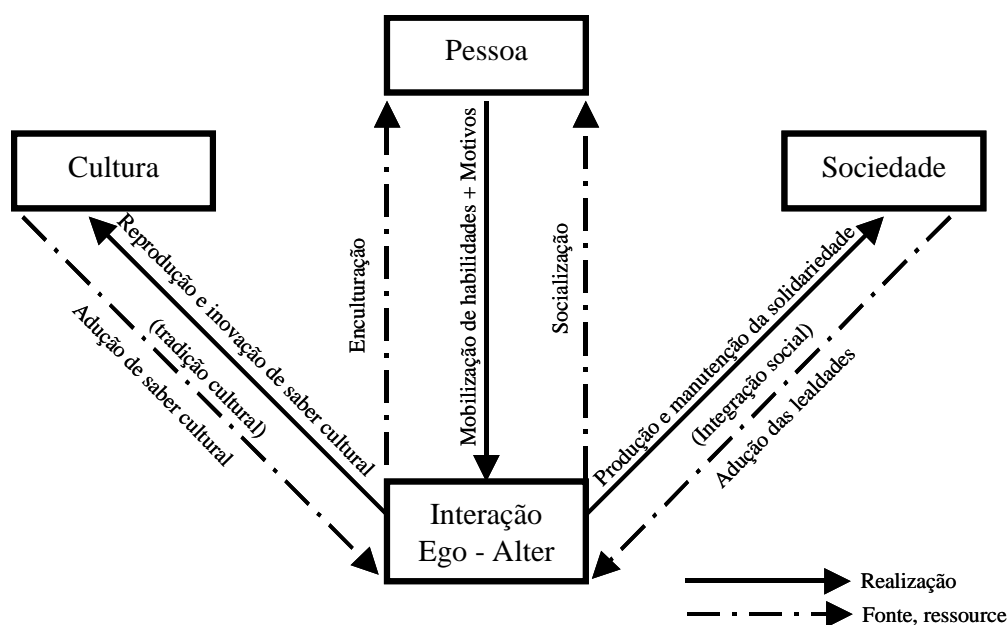
Para o autor no mundo da vida se dá um cruzamento entre as estruturas da personalidade, com a cultura e a sociedade, explicado assim:

Os organismos só podem ser descritos como pessoas quando e na medida em que forem socializados, isto é, penetrados por conjuntos de sentidos culturais e sociais e estruturados através deles. [...] A natureza interior e a exterior estabelecem limites externos para os indivíduos socializados e para seu mundo da vida, erigindo barreiras contra um ambiente; ao passo que as pessoas com sua cultura e sua sociedade permanecem internamente entrelaçadas através de relações gramaticais [...]

[...] Conteúdos transmitidos culturalmente configuram sempre e potencialmente um saber de pessoas; sem a apropriação hermenêutica e sem o aprimoramento do saber cultural através de pessoas, não se formam nem se mantêm tradições. [...] Toda a tradição cultural é simultaneamente um processo de formação para sujeitos capazes de ação e de fala, os quais se formam no interior dela e que, por seu turno, mantém viva a cultura [...]

[...] Toda integração social de conjuntos de ação é simultaneamente um fenômeno de socialização para sujeitos capazes de ação e de fala, os quais se formam no interior desse processo e, por seu turno, renovam e estabilizam à sociedade como a totalidade das relações legitimamente ordenadas. (figura 4. Habermas, 1999:100-1001).

FIGURA 4. CRUZAMENTO DAS ESTRUTURAS DA PERSONALIDADE COM A CULTURA E A SOCIEDADE



FONTE: Habermas (1990:101).

Para Siebeneichler (1989, apud Artmann 2001:185) no conceito do mundo da vida, embora Habermas se apóie na fenomenologia de Husserl e Schutz, ele faz uma diferenciação ao alargá-lo para além do horizonte da consciência dos sujeitos e concebe-

o a partir da relação intersubjetiva entre sujeitos que falam e agem visando coordenar cooperativamente seus planos de ação.

O mundo da vida é o pano de fundo comum a todos os atores envolvidos em uma mesma situação. Partindo do conceito husserliano de horizonte, Habermas, segundo Freitag (2005:43) distingue entre:

- Horizonte individual: é o conjunto de convicções de base, de saber pessoal e social, de experiência vivida, de intuição, mas especialmente de cultura e linguagem, que permitem ao ator se movimentar de forma inquestionável, em uma situação concreta.
- Horizonte coletivo (social): compõe-se do que é partilhado por todos os atores dessa situação, da experiência comum, das mesmas tradições, da língua e da cultura compartilhada por todos e a todos acessível.

Nesse sentido, o mundo da vida apresenta duas facetas: a da continuidade e a da mudança. Continuidade, porque é nele que se dá a reprodução cultural, a integração social e a socialização. Mudança, porque é o lugar em que se questionam e reformulam as aspirações de validade dos atores em relação aos três mundos formais (o objetivo, o social e o subjetivo ou interno).

O conceito de sistema em Habermas, não pode ser visto a partir da teoria geral dos sistemas biológicos. O autor construiu uma teoria da modernidade a partir de uma análise crítica as três correntes do pensamento (a histórica, a sistêmica e a teoria da ação na vida cotidiana), a qual permite captar tanto a lógica dos agentes dentro do mundo da vida, quanto a lógica dos sistemas de ação.

Nesse sentido, Habermas destaca que existe uma relação dialética entre o mundo da vida, mediado pela linguagem e representado pela razão técnica comunicativa, e, o sistema, mediado pelo poder e pelo dinheiro e representado pela razão técnica, instrumental. O autor através da crítica hermenêutica afirma que seria possível desvendar as formas distorcidas de comunicação e buscar uma reconciliação entre o mundo da vida e o sistema (Artmann & Rivera, 2006).

II.1.3 A teoria da ação comunicativa: um novo paradigma

Habermas parte de uma crítica à teoria da ação do Weber (1922), questionando profundamente o paradigma do sujeito e recuperando os significados múltiplos do conceito da ação social, para isso utiliza a teoria dos atos lingüísticos de Austin (1962) e a filosofia moderna da linguagem de Apel (1973), entre outros autores.

O autor assinala que a teoria Weberiana faz uma redução da ação a uma dimensão instrumental/teleológica, na qual o conhecimento e a intervenção sobre o estado das coisas se circunscrevem ao mundo objetivo e a validade da ação esta representada pela verdade ou pela eficácia da intervenção sobre o mundo. Essa dimensão pode ser também estratégica quando envolve outros atores sobre os quais se pretende influenciar. Neste caso os atores são reificados e vistos como meios ou obstáculos a superar (Artmann, 2001:185).

Para Habermas a mudança de paradigma, que assinala o trânsito da razão instrumental para a razão comunicativa, foi prenunciada nos trabalhos de Mead (1863-1931) e Durkheim (1858-1917). A racionalidade da ação como conceito compreende quatro tipos de ação:

- Ação teleológica ou estratégica: referida apenas ao mundo objetivo;
- Ação normativa: se produz e legitimam as normas sociais. Relaciona-se pelo menos com o mundo objetivo e o normativo;
- Ação expressiva: voltada para a comunicação e reconhecimento da autenticidade de estados internos ou subjetivos dos indivíduos. Pressupõe relações com um mundo externo e um mundo interno;
- Ação comunicativa: nela a linguagem assume o papel central como meio regulador do comportamento e do entendimento mútuo. Em palavras de (Artmann, 2001:185):

[...] corresponde a uma relação intersubjetiva mediada lingüisticamente onde são levantadas pretensões de validade (enunciados) que se candidatam a serem aceitos ou não pelos interlocutores. Apoiadas no tríplice conceito de mundo, as pretensões de validade se referem tanto a estados de coisas do mundo objetivo, a normas do mundo social e a expressões do mundo subjetivo. Isso significa que somente a ação comunicativa pressupõe o uso da linguagem em todas as suas dimensões, estando referida ao mesmo tempo aos três mundos, articulados pelo mundo da vida - o equivalente ao saber prévio ou conjunto de pretensões de validade cristalizadas - como acordo ou consenso, que se expressam como saber teórico, prático ou expressivo.

A ação comunicativa está na base de todas as outras formas e é através dela que pode se questionar o que sempre foi (o mundo da vida), onde o grupo só respeitará o que tiver sido consensualmente acordado no debate.

Da mesma forma, é no mundo da vida onde os diferentes aspectos da vida social podem ser questionados e redefinidos, não se fecham, permanece em aberto, sempre permeáveis à possibilidade de crítica, permitindo o entendimento entre os atores. A concepção formal dos três mundos (objetivo, social e subjetivo) oferece o sistema de referência que indica que nos aspectos do mundo pode haver um entendimento voltado para o consenso (Artmann, 2001; 1993).

Na ação comunicativa o ator se relaciona com os três mundos simultaneamente. Isto permite o questionamento da verdade das afirmações feitas por um locutor sobre objetos e coisas do mundo exterior, sobre a validade das normas e de sua interpretação (que regulamentam a interação no mundo social) e sobre a veracidade dos desejos e intenções exteriorizadas por ele (relação com o mundo objetivo, Freitag, 2005:44).

A solidez do mundo da vida é estremecida pela ação comunicativa, uma vez que esta última pode fraturar o saber acumulado (solo que nos sustenta) ao questioná-lo. Somente depois do entendimento geral, alcançado através da ação comunicativa, manifestado na cristalização de um consenso que confirma as “aspirações de validade” levantadas por qualquer participante da ação social em uma situação concreta, pode a solidez do mundo da vida ser restaurada (Habermas, 1987).

Na proposta hebermasiana da ação comunicativa (interação social), a ação instrumental de Weber é subsumida na ação estratégica. O autor confronta a ação comunicativa cujo objetivo principal é assegurar o esclarecimento dos pontos de vista, desvendar a verdade e obter o consenso através da ação cooperativa de todos, com a ação estratégica que visa o êxito e o sucesso de um relacionamento objetivamente manipulativo entre os atores (Freitag, 2005: 39).

A construção do conceito de ação comunicativa pressupõe uma mudança do paradigma da consciência ou da filosofia do sujeito para o paradigma da comunicação ou da intersubjetividade (Artmann, 2001:185).

O paradigma comunicativo está baseado em uma relação intersubjetiva lingüisticamente mediada, de construção solidária onde os atores se entendem sobre a melhor forma de agir. Nesta relação se emitem e resgatam pretensões de validade sobre coisas concernentes aos três mundos: o objetivo, o social ou normativo e o subjetivo. Portanto, desprende-se da relação sujeito/objeto, onde o mundo tenha a marca de dominação, o

controle de um sujeito sobre um objeto a ser conhecido ou manipulado (Artmann, 2001).

Nesse sentido, a racionalidade comunicativa não se restringe à racionalização instrumental ou teleológica:

“os locutores integram em um sistema os três conceitos formais do mundo, que, nos outros modelos da ação, aparecem de forma isolada ou dois a dois, e o pressupõem, conjuntamente, como um quadro interpretativo, dentro do qual um entendimento pode ser alcançado. Eles não se referem mais de forma direta a algo no mundo objetivo, social ou subjetivo, mas relativizam seus enunciados à luz da possibilidade de que sua validade seja questionada pelos outros atores” (Habermas, 1987: vol. I, 48)

No novo paradigma o fundamental é o enfoque performativo do entendimento intersubjetivo entre sujeitos capazes de falar e atuar, e não o enfoque objetivante. Por conseguinte, a razão centrada na comunicação em vez de ser processual é comunicativa, quer dizer, deduzida de uma lógica pragmática da argumentação, na qual se busca a validação através de procedimentos argumentativos que procuram resgatar direta ou indiretamente três tipos de pretensões de validade nos três mundos: objetivo, social ou normativo e subjetivo. Este tipo de razão inclui, além dos elementos cognitivos e instrumentais, os relacionados com a moral, a prática, a emancipação e a estética (Artmann, 2001:186).

Na razão centrada no sujeito, dois critérios mediam as relações entre o sujeito e o mundo: o de verdade no conhecimento de objetos e o de sucesso no domínio sobre objetos e coisas. Neste caso, para Habermas se conforma uma distorção, ao subordinar a relação comunicativa à teleológica ou à estratégica, já que os critérios de validação utilizadas nas últimas (do mundo objetivo) não servem para os demais mundos. Destacando que para o autor tanto a relação teleológica como a estratégica são necessárias, só que no paradigma da comunicação estariam subordinadas à relação comunicativa (Artmann, 2001).

II.1.4 Agir Comunicativo versus Agir Estratégico

Para Habermas (1990) nas interações mediadas pela linguagem, as ações de “agir” e “falar” encontram-se ligadas uma à outra. Esses tipos de interação se distinguem segundo o mecanismo de coordenação da ação, para isto é preciso saber, se a linguagem natural é utilizada apenas como meio de transmissão de informações ou também como fonte de integração social.

O primeiro caso, para o autor refere-se ao agir estratégico, no qual o efeito da coordenação depende da influência dos atores sobre os outros e sobre a situação da ação por meio de um cálculo de ganhos egocêntricos, sendo esta veiculada através de atividades não lingüísticas, orientadas exclusivamente para o sucesso.

No segundo caso refere-se ao agir comunicativo, neste se utiliza a força consensual do entendimento lingüístico, ou seja, as energias de ligação da própria linguagem, tornam-se efetivas para a coordenação das ações. Os atores tentam harmonizar seus planos de ação e a condição para obter suas metas é a existência de um acordo, ou de uma negociação sobre a situação e as conseqüências esperadas. Neste caso a orientação finalística fica subordinada ao entendimento (Habermas, 1990:71; Rivera, 1995:24).

Em ambos os casos, os mecanismos utilizados desde a perspectiva dos participantes, tanto o da influência que induz o comportamento, como o do entendimento motivador da convicção, se excluem mutuamente. Ou seja, “as ações de fala não podem ser realizadas com dupla intenção de chegar a um acordo com um destinatário sobre algo e, ao mesmo tempo, produzir algo nele de modo causal” (Habermas, 1990:71).

No agir comunicativo os acordos e o entendimento, não podem ser impostos a partir de fora, nem ser forçados por uma das partes, seja através da intervenção direta na situação de ação, ou indiretamente utilizando a influência calculada sobre os enfoques proposicionais de um oponente, porque o que se obtém neste caso não vale intersubjetivamente como acordo. Dito isto, é possível diferenciar entendimento de qualquer consenso ingênuo.

O interesse de Habermas (1987:367) quando fala de agir estratégico e de agir comunicativo, não é só pretender designar dois aspectos analíticos sob os quais uma mesma ação poderia estar descrita como processo de influência recíproca por parte dos oponentes que atuam estrategicamente, de um lado, e como processo de entendimento entre membros de um mundo da vida por outro. Senão que as ações sociais podem distinguir-se segundo as atitudes que os participantes adotem, seja a orientada ao êxito ou a orientada ao entendimento. E ao mesmo tempo essas atitudes em circunstâncias apropriadas podem ser a base do saber intuitivo dos mesmos participantes.

O entendimento voltado para o consenso é uma categoria fundamental para compreender o agir comunicativo. O entendimento é definido como um processo social de obtenção de um acordo entre sujeitos lingüística e interativamente competentes.

Portanto, é um processo que se dá através da linguagem, tendo como referência certas estruturas de racionalidade, isto é, porque não pode ser arrancado mediante uma atuação

instrumental sobre a situação da ação ou mediante um influxo calculado sobre as decisões de um oponente (Artmann, 2001:187; Rivera 1995:24).

Cabe destacar, que o entendimento tem um aspecto dinâmico ao ser um processo de comunicação dirigido à obtenção de um consenso sempre provisório e renovável, o qual não é definido por Habermas como um consenso já obtido. Artmann (2001:187) define o entendimento através da linguagem como:

[...] um processo que engloba uma série encadeada de atos de fala. Neste contexto o ato de fala de um participante só tem êxito quando o conteúdo ou a oferta contida nesse ato for aceita por outro participante que poderá responder afirmativa ou negativamente. Tanto o primeiro falante, que levanta uma pretensão de validade, como o segundo, que reconhece ou não aceita esta pretensão, têm suas decisões apoiadas em algum tipo de razão ou argumento.

Para ter mais claro o conceito de entendimento de Habermas (1997), Artmann (2001) contrapõe duas formas de comunicação “ação comunicativa versus discurso”. Para a autora a primeira constitui-se quando os participantes aceitam, sem discutir, sem questionar, pretensões de validade que formam o consenso básico natural. Destacado, ainda por Habermas, que os participantes ou atores aceitam as pretensões a partir da referência a um mundo da vida compartilhado que lhes garanta as pré-interpretações necessárias ao entendimento.

Entra-se na fase do discurso (a segunda forma de comunicação) quando são suspensas ou criticadas as pretensões de validade da ação comunicativa, quer dizer, os participantes interrompem a ação comunicativa fluida e perfeita, para procurar argumentos capazes de fundamentar pretensões de validade. Isso acontece quando as pretensões de validade se tornam problemáticas, questionáveis e parte do conteúdo do mundo da vida dos atores se mostra acessível à reflexão (Artmann, 2001:187).

Habermas amplia o conceito de discurso desdobrando-o em três dimensões básicas: (a) como um pressuposto idealizado, uma situação de fala ideal levada em conta sempre que se discutem pretensões de validade; (b) como parte de um trabalho argumentativo sistemático, sob a forma de discurso, que pode ser teórico, prático ou hermenêutico; (c) o próprio trabalho filosófico em geral.

Para Habermas (1987), o consenso que serve como pano de fundo para a ação comunicativa é também um requerimento de apoio quando as pessoas trocam entre si atos de fala. Esse consenso é explicitado através do reconhecimento recíproco antecipado, de pelo menos, quatro pretensões de validade que correspondem aos quatro

tipos de atos de fala chamados de universais constitutivos do diálogo ou universais pragmáticos. Na realidade essas tipologias de atos de fala assumem formas mistas, mesmo identificando no nível do discurso o predomínio de algumas formas puras que se apresentam a seguir:

- a) *a pretensão de inteligibilidade da mensagem contida nos proferimentos comunicativos;*
- b) *a pretensão de verdade do conteúdo propositivo dos proferimentos relacionados ao mundo objetivo, que se realizam através dos atos de fala constataativos;*
- c) *a pretensão de correção, validade ou de legitimidade do conteúdo normativo e valorativo da mensagem contida nos proferimentos que se referem ao mundo social e se realizam através dos atos de fala regulativos e valorativos;*
- d) *a pretensão de sinceridade e autenticidade dos proferimentos relacionados ao mundo subjetivo e que se realizam através dos atos de fala expressivos*
(Artmann, 2001:188)

Em geral, cada ação de fala pode ser inválida sob três aspectos: (a) como inverídica, em relação a uma asserção referente ao mundo objetivo; (b) como incorreta, em relação a contextos normativos existentes; (c) como não sincera, em relação à intenção do falante. Portanto, em todo ato de fala razoável se exige necessariamente a verdade dos fatos, a sinceridade da intenção manifestada nele, a validade das normas e a veracidade das manifestações subjetivas (quadro 8).

QUADRO 8. AÇÃO COMUNICATIVA VERSUS DISCURSO

Ação comunicativa	Discurso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inteligibilidade da mensagem ▪ Pretensão de verdade (mundo objetivo) ▪ Pretensão de correção (mundo normativo) ▪ Pretensão de sinceridade e autenticidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discurso: resgate das pretensões de validade ▪ Discurso Teórico: pretensões de verdade ▪ Discurso Prático: pretensões de correção ▪ Dialética: rompem-se os limites entre os tipos de discursos

FONTE: Artmann (2001:187-188).

O discurso resulta no resgate das pretensões de validade, assume a forma de discurso teórico quando se refere às pretensões de verdade do conteúdo propositivo dos proferimentos cognitivos referentes ao mundo objetivo e à forma de discurso prático, quando se propõe a resgatar pretensões de correção das normas que regulam a ação social. Habermas (1987) prevê uma passagem regulada de um tipo de discurso a outro, sem aceitar a separação rígida entre o mundo da natureza (mundo objetivo) e o mundo dos costumes (mundo social), porque desde o paradigma comunicativo, fatos e normas

podem ter o mesmo tratamento no discurso, no sentido de que podem ser fundamentados (Artmann, 2001:188).

Anteriormente mencionamos que em qualquer ato comunicativo estavam presentes três aspectos relacionados: a verdade, a legitimidade e a veracidade dos fatos. Estes constituem os três critérios de validade que podem ser questionados através do discurso teórico ou prático.

Retomando a análise do agir comunicativo versus o agir estratégico, temos que o primeiro se distingue do segundo, uma vez que a coordenação bem sucedida da ação não está apoiada na racionalidade teleológica dos planos individuais de ação, mas na força racionalmente motivadora de atos de entendimento; portanto, em uma racionalidade que se manifesta nas condições requeridas para um acordo obtido comunicativamente (Habermas, 1990:72).

O agir estratégico baseado no enfoque objetivador do agente orientado pelo sucesso, que deseja produzir algo no mundo, fracassa tão logo o destinatário descobre que o falante não deixou realmente de lado a sua busca unicamente pelo sucesso (Habermas, 1990:74).

Neste ponto culminamos a apresentação dos traços mais importantes da Teoria do Agir Comunicativo que nos serviram como pano de fundo para analisar o PES e resgatar nele a possibilidade de uma racionalidade comunicativa na sua aplicação no nível local. Em tal sentido consideramos importante desatacar algumas questões presentes na discussão sobre a teoria habermasiana, que retomamos nos seguintes pontos deste capítulo:

- A importância do agir comunicativo na definição cooperativa de planos de ação por diferentes atores, através do uso da linguagem como ação voltada para o entendimento, porém a ação não é desconsiderada;
- Considerar que a racionalidade comunicativa, resgata os nexos intersubjetivos e pressupõe a mútua aceitação de compromissos por parte dos atores para levar adiante o plano de ação.
- A necessidade de definir algumas disposições morais e cognitivas, apontando-se a insuficiência do saber de cada participante para enfrentar cada caso singular;
- Promover o reconhecimento do outro como um legítimo outro;
- Considerar a premissa de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.
- Entender que todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo. A arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas

fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades (Artmann & Rivera, 2006);

- Compreender que existem desigualdades nas trocas lingüísticas e impossibilidades comunicacionais que devem ser levadas em conta para que os espaços de diálogo tenham bases mais viáveis de se efetivarem (Habermas, 1990);
- Na aplicação do PES, é preciso compreender a natureza do processo comunicativo, segundo o modelo Habermasiano de entendimento;
- O PES deve ser visto como um enfoque que possibilita que vários atores com diferentes interesses, por meio da linguagem, estabeleçam um processo de negociação, através de uma rede de petições e compromissos, que se configura como uma relação comunicativa envolvendo os diferentes atores-chave (Mehry, apud Artmann & Rivera, 2006);
- O PES como enfoque que pode contribuir a fortalecer a cultura da comunicação (Artmann & Rivera, 2006).

II.2 O INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E REPRESENTAÇÃO DE NECESSIDADES SOCIAIS DE VENEZUELA

O instrumento tem como pano de fundo o Plano Estratégico Social (2002)⁸ e está baseado em uma adaptação do Planejamento Estratégico Situacional de Matus. O objetivo principal do instrumento é identificar, representar e analisar as necessidades sociais, com base em ferramentas de tipo qualitativas e quantitativas que permitam propor medidas de intervenção que contribuíssem na tomada de decisões, para a formulação e execução de soluções à problemática definida, desde uma perspectiva da equidade como nova ordem da justiça e a base material da sociedade venezuelana (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:9,10). A novidade do instrumento, é que inclui a categoria equidade em todo o processo de planejamento, é isso o que resgatamos neste trabalho. A seguir apresentamos os aspectos mais importantes do instrumento, para uma melhor compreensão deste.

II.2.1 Necessidades Sociais

As necessidades sociais se definem como todos aqueles âmbitos essenciais para alcançar individual e coletivamente uma plena condição de qualidade de vida e saúde. Estas garantidas como direitos sociais universais, devem ser o principal objeto de resposta por parte dos entes que têm a seu cargo a função pública, respondendo de forma suficiente, equitativa e permanente às causas e determinantes que provoquem sua negociação ou defeito, participando a sociedade como ator protagonista em seu desenvolvimento, com poder real para intervir nas decisões de forma co-responsável (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:34).

A concepção de necessidade utilizada no instrumento é diferente de sua aceção de carência ou privação, pelo contrário são: “asimiladas a derechos, por tanto su garantía es total y plena” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002c:36).

A representação de necessidade é o processo de aplicação dos conceitos da política sobre a realidade com o objetivo de transformá-la. As necessidades devem ser

⁸ El Plan Estratégico Social fue creado para desarrollar capacidad de conducción estratégica y la viabilización de cambios sustantivos en las condiciones de calidad de vida y salud de la población venezolana. En este sentido, su concepción y construcción proporcionan una nueva racionalidad valorativa y práctica a las políticas públicas: **“el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, garantizando la universalización de los derechos y la equidad de oportunidades a mejores condiciones materiales y sociales de vida para todos y todas”** (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002:3)

reconhecidas em sua valorização social, dando respostas às lutas que as comunidades têm livrado para superá-las, incentivando desta forma a participação social.

Definir o que são as necessidades e sua representação é uma etapa chave no planejamento que põe a prova os conceitos a sua potência, coerência e alcance do pensamento. Esse pensamento visa conhecer as necessidades satisfeitas e não satisfeitas, sua matriz de causalidades e suas expressões diferenciais em territórios concretos e grupos humanos, com o fim de responder ao objetivo de satisfazê-las dando a maior potência ao impacto das soluções (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:38).

No instrumento identificar e representar as necessidades é o ponto de partida na aplicação do pensamento estratégico, porque permite: definir os sujeitos de mudança e as metas a alcançar, ordenar as perspectivas de respostas e medir os resultados na direção desejada.

II.2.2 Identificação e Representação das Necessidades Sociais

Neste instrumento o processo de identificação e representação das necessidades se dá através da “problematização da realidade”. Isso implica: (a) identificar as causalidades complexas, quer dizer, a formulação compreensiva do desafio a ser superado (problemas complexos e não estruturados); (b) contrapor as causas chaves a soluções para sua transformação formuladas no seu valor positivo; (c) realizar uma reflexão permanente do que se está fazendo, entendendo que cada situação é um laboratório em potencial; (d) fazer acompanhamentos sucessivos e constantes à realidade, tentando ir em espiral ascendente, ou seja, ganhando poder para representar e mudar a realidade (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:38).

O objetivo da problematização é conhecer as diferentes dimensões e inter-relações das causas dos problemas e configurar grupos de necessidades de pessoas, grupos ou territórios dentro de um contínuo de satisfação e não satisfação. Tais configurações se convertem logo em objetos de transformação mediante a avaliação dos nós críticos e pontos sensíveis e possíveis de intervenção.

A problematização é um “espelho crítico” para a oferta, através da qual é possível conhecer os déficits que não se logram atender com os padrões de resposta que gera o Estado. O tratamento dos problemas desde a oferta (o que é feito) leva a traduzir as necessidades como demandas (o que chega, determinado pelo que se faz). Entretanto, as necessidades exigem a valorização crítica da oferta, pressionando para desenvolver

respostas no que não se faz ou falta fazer (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b).

Destaca-se que as necessidades têm expressões diferenciadas na realidade social. Nem o acesso aos meios para sua satisfação é igual, nem as oportunidades das pessoas para alcançar qualidade de vida e saúde são equitativas. É preciso então abordar a representação de necessidades sociais em suas determinações explicativas, estudando a estrutura de causalidade que as produzem e as configurações assimétricas ou diferenciadas. Isto exige a identificação, caracterização e dimensionamento dessas diferenças, olhando transversalmente os grandes eixos históricos da *inequidade*: o gênero, as etapas da vida, as etnias e raças, os territórios e classes sociais, e medindo o impacto dos problemas coletivos em cada um desses eixos (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b).

A problematização se expressa em uma análise crítica da situação, apontando tendências em diferentes cenários de intervenção. Para fazer essa análise devem se coletar evidências, porém, a ausência de informação não invalida a possibilidade de fazer a análise, pelo contrário, revela os vazios ou deficiências para serem resolvidos posteriormente nas fontes de informação. Este é um ponto de discussão fundamental, quando se trabalha no nível local de saúde, dado que nem sempre se conta com os dados apurados para fazer a análise, ou os dados que se tem carecem de qualidade. Nos dois casos essa informação servirá para retroalimentar ao gestor, evidenciando as debilidades e buscando as possíveis soluções.

O processo de representação das necessidades sociais se inicia com a identificação de um tema de estudo para a problematização da situação, no marco dos direitos consagrados na Constituição da República Bolivariana de Venezuela. A partir desse princípio reitor, se constrói o Fluxograma Situacional⁹ (proposto por Matus), onde se representa a multifatorialidade imersa na gênese de cada um dos principais descritores dos problemas sociais selecionados.

Posteriormente, através de técnicas quantitativas (Matriz de Impacto Cruzado e Matriz de Assuntos Chaves e o Plano Cartesiano), são selecionados os fatores chaves ou nós críticos para a intervenção. Na representação da realidade se dá espaço para a participação dos grupos comunitários organizados (conselhos comunais, comitês de saúde, entre outros), assim como os representantes de outros setores como educação, transporte, ambiente e os que se considerem pertinentes. No instrumento é fundamental

⁹ O Fluxograma Situacional será apresentado detalhadamente mais adiante.

a incorporação das comunidades no processo de planejamento e tomada de decisões, uma forma é através do planejamento e orçamento participativo.

Com a finalidade de sistematizar a participação dos diferentes atores no processo de problematização, são utilizadas técnicas qualitativas que permitem analisar a percepção sobre a situação social e de saúde daqueles grupos. Por exemplo, tempestade de idéias, grupos focais, oficinas de trabalho com grupos de discussão, entre outros. Ao mesmo tempo, se consideram os dados quantitativos que registram as instituições governamentais ou não, para lograr um conhecimento mais holístico. Também, é preciso introduzir mecanismos para a validação da análise de necessidade com a população. Por exemplo, informantes chaves, narrativas individuais ou grupais (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b).

Outro aspecto importante no instrumento constitui a definição dos territórios sociais:

[...] entendido como un proceso temporal y modificable, histórica y culturalmente determinado, que no siempre corresponde a la división política y que tiene su base en las relaciones entre las personas que lo habitan a través del tiempo [...] El territorio social es la expresión más fuerte de lo complejo de las relaciones sociales, que configura y define la materialidad de éstas y construye las bases de la subjetivación social. Las formas y contenidos diferenciales que adoptan estos procesos de materialidad y subjetivación, representan las clases sociales (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002c:97)

Assim, os territórios sociais ao serem o espaço final da expressão das necessidades sociais, jogam um papel importante na compreensão destas, indicando as diferenças ou brechas existentes no acesso aos determinantes finais de qualidade de vida e saúde das pessoas e coletivos. É nos territórios sociais onde se caracterizam as iniquidades ou brechas, quer dizer, se identificam e medem para sua posterior intervenção, monitoramento e avaliação (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002c)

Os territórios sociais correspondem aos grupos de população que se estabeleceram através do tempo em certos espaços geográficos e estão determinados por padrões sociais que os distinguem como unidades territoriais com características particulares. Neste sentido, os territórios sociais não coincidem com os limites da geografia político-territorial.

A condição de classe social tem uma forte identidade com os territórios. De fato é possível identificar rapidamente onde estão as classes de menores recursos econômicos e as que mais têm, pelo tipo e qualidade do território que ocupam.

Um território social pode ter diferentes magnitudes e dimensões, com base no conglomerado de determinantes das condições de vida e saúde que se utilizem para sua definição. Assim, um município poderá determinar territórios sociais, em função do estudo dos problemas sociais e sua expressão que incluam um ou mais bairros. Por conseguinte:

[...] una localidad particular, puede formar parte de un, dos o mas territorios sociales llevando en consideración la jerarquización de las necesidades que se presume en un determinado período de tempo. En consecuencia, el territorio social é en última instancia una expresión arbitraria que nos permite en un momento determinado acercarnos a una mayor comprensión de los contextos donde se desenvuelve la vida de la gente (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002c:99)

Fazer a análise situacional por territórios sociais será elemento chave para envolver outros atores institucionais e as comunidades tanto no processo da análise da problemática como na construção de perspectivas de intervenção coletiva. A representação gráfica das necessidades de qualidade de vida em mapas territoriais permite contar com outra ferramenta potente para a análise dessas necessidades, estabelecendo tendências através de índices e priorizando intervenções segundo os déficits de atenção e *inequidades* por territórios.

O MPPS da Venezuela, ao ter interesse em conhecer as iniquidades nos diferentes grupos populacionais, reconhece a importância dessa informação para:

[...] la formulación de políticas públicas que promuevan la equidad social, mediante el diseño y aplicación de estrategias de intervención más selectivas y de alto impacto social; pero también debido a que permite la apertura programática intersectorial basada en evidencias e igualmente facilita la planeación de la oferta institucional de servicios en forma estratégica, es decir, orientada por las necesidades identificadas, lo cual permite alcanzar el balance necesario entre las actividades preventivas y curativas para que el modelo de atención sea verdaderamente integral (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:87).

Cabe destacar, que a construção dos territórios sociais, permite identificar o que Berrenchea, Trujillo e Chorny (1989:222) denominaram grupos humanos postergados, ou seja, o conjunto de indivíduos integrantes de uma sociedade, com oportunidades e condições de vida inferiores às oportunidades e condições de vida de, pelo menos, outro conjunto de indivíduos da mesma sociedade. Com a diferença de que o instrumento vai além da postergação, no sentido de que esta para os autores está relacionada à satisfação das necessidades básicas e no instrumento as necessidades como foi mencionado acima, são assimiladas a direito, portanto, sua garantia é total e plena.

[...] Así pues, las necesidades no son “privaciones” o “carencias”, no son necesidades “básicas” o de “subsistencia” [...] Son en cambio, todo aquello esencial a la calidad de vida y salud de las personas y grupos humanos como sujetos sociales portadores de derechos. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:87).

Contudo, Berrenchea, Trujillo e Chorny (1989) desenvolvem estratégias de ataque aos problemas de saúde e fatores de risco dos grupos humanos segundo prioridade e grau de postergação, que podem se de utilidade nos momentos normativo e estratégico.

Para o MPPS da Venezuela o conhecimento, produto da aplicação do instrumento servirá para: monitorar e avaliar os determinantes do nível de saúde, além de suas conseqüências; construir cenários; melhorar a capacidade de negociação política do setor saúde e sua participação no orçamento nacional, racionalizando o investimento em saúde através da identificação de áreas de alto rendimento social, entre outras. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b).

Na análise situacional também se identificam e avaliam as condições e atores favoráveis ou contrários às possíveis iniciativas. Assim mesmo, a análise deve estar acompanhada da definição do marco conceitual das abordagens adotadas, explicitando as bases teóricas, políticas, sociais, econômicas e técnicas para o enfrentamento dos problemas abordados.

O conceito de equidade presente no instrumento está baseado no enfoque de Sen (abordado no primeiro capítulo). A equidade deve ter expressão em oportunidades de acesso e também em oportunidades equitativas na efetiva materialização das melhores condições de vida e saúde; fazendo ênfases em que a universalização dos direitos requer da equidade para ser de fato uma verdadeira expressão de justiça social.

Assim é preciso garantir a universalidade (igualdade de condições) e a equidade (igualdade de oportunidades), incorporando nesta a diversidade, a heterogeneidade e as

diferenças, que formam parte da complexidade do humano e dos contextos particulares onde se desenvolve a vida (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002:20).

II.2.3 Aplicação do Instrumento nos níveis locais de saúde na Venezuela

A partir do ano 2002 com o desenho do Plano Estratégico Social e do Instrumento de Identificação e Representação das Necessidades Sociais, o MPPS através do Instituto de Altos Estudos em Saúde Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon” iniciou um processo de aplicação do instrumento em vários estados do país.

A primeira experiência foi desenvolvida no setor “Palo Negro” do Município Libertador do Estado Aragua, donde foi testado o instrumento no nível local em saúde, com a incorporação dos representantes de todas as localidades do setor, dos responsáveis pelo MPPS do desenho do instrumento e das autoridades da Corporação de Saúde do Estado Aragua (Corposalud Aragua).

A principal limitação encontrada foi a falta de dados desagregados até o nível de localidades para estimar as condições de vida e conformar os territórios sociais. O MPPS para conformar os territórios sociais no nível nacional construiu um indicador a partir de diferentes variáveis que discriminassem melhor as condições de vida da população por estados, com o qual estratificou as unidades de análise. No entanto, essa informação era difícil de obter no nível das localidades, por serem estas unidades de análise muito pequenas.

No estado Aragua mesmo contando com informação desagregada até esse nível, existiam alguns problemas na classificação desta por localidade, devido a que em alguns casos, existiam localidades na realidade local que não estavam incorporadas no sistema de informação. Também acontecia que alguns dos indicadores se tinham por estabelecimentos de saúde e não por localidades, ou eram escassos os indicadores para conformar um indicador ponderado, no sentido de não abranger todas as dimensões do processo de reprodução das condições de vida.

Como resposta a esse problema se desenhou um guia de observação, com a participação de uma equipe multidisciplinar de profissionais de: Corposalud Aragua, MPPS e IAESP. Através do guia, se estimaria um indicador ponderado das condições de vida a partir de diferentes variáveis que seriam observadas diretamente nas localidades. Para isso a equipe se baseou no conceito de condições de vida proposto por Castellanos (1992:8):

[...] son el conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es decir, en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que dicha sociedad ha desarrollado, y además, en las relaciones de poder que caracterizan su organización política.

Foi utilizada a proposta teórica de Castellanos (1995:28-30) para operacionalizar o conceito de condições de vida, o qual considera quatro momentos reprodutivos destas condições:

- Processos predominantemente biológicos: Para reproduzir os seres humanos, é preciso reproduzir os processos que fazem possível sua existência como ser vivo, entendidos como a frequência e a forma particular na que se desenvolvem os processos de concepção, gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento das crianças, as características genéticas e imunológicas, os aspectos metabólicos, o tamanho da família e a estrutura demográfica.
- Processos predominantemente ecológicos: Referem-se à forma particular de inserção nos sistemas ecológicos e nas relações com o meio ambiente natural. As características ecológicas da moradia, o bairro e o âmbito geográfico, as condições do saneamento básico, a qualidade e quantidade de água, a forma de dispor as excretas e o lixo, o grau de aglomeração urbana e a conformação do espaço vital. Reproduzir o ser humano é ao mesmo tempo reproduzir suas relações ecológicas, do ambiente residencial, do ambiente de trabalho, entre outros.
- Processos predominantemente econômicos: Referidos à forma particular de participar na produção, distribuição e consumo de bens e serviços, as características dos postos de trabalho, o comportamento do desemprego e emprego, o salário nominal e social, os indicadores de recursos e a assistência social. Reproduzir os seres humanos como membros de seu grupo social, é reproduzir também suas relações econômicas.
- Processos predominantemente relacionados com a forma de consciência e conduta: É a forma particular de conceber as relações com o mundo natural e com as outras pessoas e grupos, seu nível educacional, sua forma e grau de organização, seus hábitos, valores e normas sociais, assim como a recreação, os estilos de vida individuais e coletivos. Reproduzir os seres humanos como integrantes de populações, inclui a reprodução de suas formas de consciência e de conduta, no mundo de sua subjetividade individual e coletiva.

Assim, a reprodução social ou reprodução das condições de vida incorpora os quatro momentos. A noção de momento destaca a forma como se articulam os diferentes processos de reprodução social. Cada momento pressupõe uma relação com os outros, por exemplo, a reprodução dos processos predominantemente ecológicos, pressupõe a existência de seres humanos reproduzidos biologicamente, em determinados ambientes, com determinadas formas de distribuição de bens e serviços e de perceber o mundo e a sociedade da qual formam parte (Castellanos, 1995:30).

Ao mesmo tempo o autor destaca que cada um destes momentos reprodutivos tem um caráter de processos, nos quais operam fatores que favorecem ou não a situação de saúde dos indivíduos e populações. O que possibilita que as intervenções de Saúde Pública afetem positivamente a situação da saúde, porém, também possibilita que esta situação de saúde se deteriore quando predominam fatores negativos.

Segundo Castellanos (1995) não é adequado considerar as doenças e a saúde como a expressão biológica individual dos processos sociais, “En realidad, cuando miramos la situación de salud de individuos o de grupos, estamos apreciando fenómenos que expresan a nivel individual y colectivo, el proceso de reproducción social (biológico, ecológico, económico y de las formas de conciencia y conducta)” (Castellanos, 1995:30).

Deste modo, ao aplicar o instrumento no estado Aragua o desafio foi observar na realidade algumas variáveis que melhor expressassem as dimensões do processo de reprodução das condições de vida. As quais permitiriam fazer medições das *brechas* por iniquidades, de forma mais próxima com o que acontecia na realidade local.

Para isto foi desenhado um guia de observação, baseado na estratificação por variáveis ponderadas, através da qual um conjunto de variáveis relacionadas com o objeto de estudo (neste caso as condições de vida) foram ponderadas por pesos que se obtinham a partir do critério de um grupo de *experts* na matéria. Os valores obtidos com a ponderação se sintetizaram para cada território em um valor que se distribui segundo os intervalos estabelecidos (González, et. al, 2006).

Para a conformação dos extratos segundo condições de vida, através da estratificação das variáveis ponderadas, se seguiram os passos sugeridos por González, et. al, (2006).

Em primeiro lugar, a equipe selecionou as variáveis biológicas, ecológicas, de consciência e conduta, e, econômicas que formariam parte do guia, assim como estabeleceram os critérios para sua valoração (quadro 9).

Depois se obtiveram os valores de cada variável para cada localidade, os quais foram coletados através da observação direta no campo e das informações dadas pelos informantes chaves (moradores há mais de 3 anos de cada localidade com conhecimento

sobre a realidade). Estes valores se ponderavam segundo os critérios pré-estabelecidos pela equipe que desenhou o guia, para obter o peso de cada variável.

Os pesos ponderados foram somados para cada unidade de análise (localidade) e se conformaram os intervalos para obter os territórios sociais por condições de vida utilizando o procedimento de Conglomerados K-Médias do software Spss®12.0. As localidades ficaram classificadas em quatro extratos ou territórios sociais (De 1 melhores até 4 piores condições de vida).

O guia teve as limitações próprias dos sistemas de ordenamento de posições individuais, em uma escala de gradação estatística que se constitui com indicadores de distinta ordem. De igual forma, algumas das variáveis consideradas como negativas, não necessariamente estavam presentes nas localidades com piores condições de vida e sim naquelas que tinham melhores condições, o que ocasionava que as primeiras (em alguns casos) tivessem uma pontuação menor. Por exemplo, existiam localidades com tanta pobreza que não tinham casas com ambientes destinados ao comércio (variável considerada como negativa – quadro 9).

No entanto, o guia foi um grande apoio no processo de aplicação do Instrumento no nível local, já que permitiu conhecer parte da realidade, entrar em contato direto com esta, os seus processos de reprodução social e obter a informação necessária para construir os territórios sociais nesse nível. Consideramos que sua aplicação em estudos locais pode apoiar o processo de planejamento no momento de desenhar operações e ações orientadas a reverter as iniquidades em saúde. Assim como permitiu à equipe de saúde melhorar as técnicas para se aproximar da situação de saúde da população.

QUADRO 9. VARIÁVEIS CONSIDERADAS PARA A CONFORMAÇÃO DOS TERRITÓRIOS SOCIAIS

Nº	Variável	Procedimento de coleta dos dados	Peso	Observação
Dimensão Biológica				
1	Número de famílias por moradia	Estimativa feita pelo observador com consulta ao informante chave	-	Não foi considerada para o cálculo do indicador, mas sim para a caracterização da localidade.
2	Presença de crianças nas ruas	Observação direta	Sim – 10 Não – 0	A presença é considerada como negativa e a ausência como positiva
3	De cada 10 crianças menores de 5 anos quantos tem padecido diarreias	Consulta ao informante chave		Não foi considerada para o cálculo do indicador, mas sim para a caracterização da localidade, como para comparar a estimativa com os dados do Sistema de Informação em Saúde (de existir)
4	Quantas mortes de crianças menores de um ano têm acontecido no decorrer do ano	Consulta ao informante chave		

Nº	Variável	Procedimento de coleta dos dados	Peso	Observação
5	Número de casas	Estimativa feita pelo observador com consulta ao informante chave	-	Não foi considerada para o cálculo do indicador, mas sim para a caracterização da localidade.
6	Tipo de moradia predominante na zona	Observação direta	I – 0 II – 0 III – 5 IV – 10 V – 10	A classificação está baseada no Método de Graffar, modificado por Méndez-Castellano (1994)
Dimensão Ecológica				
1	Presença de iluminação pública	Observação direta, consulta ao informante chave	Sim – 0 Não – 10	A presença é considerada como positiva e a ausência como negativa
2	Asfalto nas estradas			
3	Presença de ligações clandestinas de eletricidade	Observação direta	Sim – 10 Não – 0	A presença é considerada como negativa e a ausência como positiva
4	Presença de água suja na rua			
5	Presença de lixo nas ruas			
6	Presença de cachorros nas ruas			
7	Problemas no serviço de água	Consulta ao informante chave	Sim – 10 Não – 0	A presença é considerada como negativa e a ausência como positiva
8	Estado das estradas		Bom – 0 Regular – 5 Ruim – 10	<u>Bom</u> : calçadas em bom estado, ruas asfaltadas, sem buracos; <u>Regular</u> : calçadas ou ruas em mau estado, ou buracos sem asfalto; <u>Ruim</u> : Sem calçadas e sem asfalto
Dimensão Econômica				
1	Presença de vendedores ambulantes	Observação direta, consulta ao informante chave	Sim – 10 Não – 0	A presença é considerada como negativa e a ausência como positiva
2	Presença de moradias com ambientes destinado ao comércio			
3	Presença de jogos de azar			
4	Existência de transporte público	Observação direta	Sim – 0 Não – 10	A existência é considerada como positiva e a ausência como negativa
5	Existência de serviços de saúde			
Dimensão de Consciência e Conduta				
1	Presença de pontos de prostituição	Observação direta, consulta ao informante chave	Sim – 10 Não – 0	A presença é considerada como negativa e a ausência como positiva
2	Presença de botequins			
3	Presença de venda de álcool nas casas			

Nº	Variável	Procedimento de coleta dos dados	Peso	Observação
4	Presença de indigentes	Observação direta	Sim – 0 Não – 10	A existência é considerada como positiva e a ausência como negativa
6	Presença de quadras esportivas			
7	Presença de espaços de lazer e ou parques			
8	Presença de instituição educativa			
9	Organizações comunitárias funcionando			
10	Presença de agentes policiais			
11	De cada 10 homens quantos tem sofrido feridas ou agressões por outras pessoas	Consulta ao informante chave		Não foram consideradas para o cálculo do indicador, mas serviram para conhecer alguns aspectos sobre a dimensão de consciência e conduta.
12	Em quantas das famílias de sua quadra há violência doméstica (agressões físicas)			
13	De cada 10 homens quantos considera você que consomem bebidas alcoólicas no final de semana			
14	Número de roubos na localidade			
15	De cada 10 pessoas em idade de trabalhar quantas estão desempregadas			

FONTE: Guia de observação aplicado no estado Aragua, na Venezuela para a Identificação e Representação de Necessidades Sociais (2002 – anexo 1).

Nota: Além das variáveis antes mencionadas, se constatou se o centro de saúde ficava longe ou perto da localidade. Foi solicitado ao informante chave que indicara dois problemas prioritários da localidade e dois problemas de saúde (relacionados diretamente com doenças – anexo 1).

Uma vez conformados os territórios por condições de vida, procedeu-se à medição das *brechas* por iniquidade *inter* e *intra* territórios sociais. Para isso foram utilizadas várias técnicas que permitiram olhar o comportamento dos indicadores de saúde ou indicadores relacionados com as causas da problemática estudada em cada extrato. Entre as técnicas se destacam: Diagrama de Caixa, Análise de Variância (ANOVA). Além disso, empregaram-se outras técnicas como a Razão de *Brecha* Proporcional, Razão Padronizada de Mortalidade, a primeira para avaliar se existia ou não excesso de uma característica e a segunda para estratificar as localidades segundo a mortalidade, o que permitiu complementar a análise.

Esta primeira experiência de aplicação do instrumento no nível local em saúde evidenciou que o instrumento não se limitava apenas a tentar explicar um problema,

senão que estava vinculado com todo o processo de planejamento. Portanto, sua aplicação geraria compromissos com a comunidade, avaliaria os serviços do setor saúde, e permitiria ao gestor em saúde desenhar e executar um plano ajustado às regras estabelecidas nas leis venezuelanas, priorizando a equidade em saúde.

Posteriormente à primeira experiência se avançou na implementação do instrumento em outros estados do país: Apure, Barinas, Trujillo, Carabobo, Portuguesa e Falcón. Nesse sentido, o IAESP conjuntamente com Corposalud Aragua e a Oficina Pan-americana de Saúde de Venezuela iniciaram um trabalho conjunto para potenciar o instrumento e a geração de informação nos serviços de saúde do nível local, necessária para o processo de planejamento.

Incorporaram-se o uso da Análise da Situação de Saúde (ASIS) e da Sala Situacional como ferramentas fundamentais no processamento dos problemas de saúde e na estimativa das *brechas* por iniquidades.

No ano 2003 o instrumento foi aplicado no Município “José Angel Lamas”, do estado Aragua, tentando melhorar as debilidades acima mencionadas. Além do guia de observação, se utilizaram os dados do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral em Saúde (SISMAI) para analisar o problema da gravidez precoce, problema priorizado pela comunidade.

No período compreendido entre 2004-2006 o instrumento foi aplicado nos estados Anzoátegui, Yaracuy, Bolívar, Amazonas e Aragua, produzindo resultados de grande importância para as comunidades e para a equipe de saúde. É deste acúmulo de experiência que surge a necessidade de aprofundar no Planejamento Estratégico Situacional e sua aplicação no nível local em saúde, com a finalidade de melhorar os resultados obtidos. A seguir são apresentados os aspectos básicos da ASIS e da Sala Situacional considerados no instrumento, dado que serão utilizados na proposta de adaptação do PES.

Análise da Situação de Saúde (ASIS)

A ASIS está conformada por processos analítico-sintéticos, que permitem:

[...] caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (Organización Mundial de la Salud, 1999:1)

Dentre os propósitos do ASIS estão: (a) identificar as necessidades, problemas, prioridades e políticas de saúde e a avaliação de sua pertinência; (b) dimensionar, caracterizar e medir as diferenças por iniquidades sociais; (c) a construção de cenários prospectivos de saúde (OPAS, 2001).

O ASIS envolve na resolução da problemática comunitária aos diversos atores e ao mesmo tempo contribui para o gestor com insumos que lhe permitem fazer priorizações no processo de distribuição eqüitativa dos recursos.

Também, se resgata no ASIS a negociação como processo complexo necessário para priorizar os problemas em uma comunidade (Castellanos, 1998). Desta forma, mediante a participação ativa dos diversos atores sociais como fatores chaves para a interpretação da realidade social, o ASIS conecta os processos de saúde e seus determinantes, a distribuição eqüitativa de recursos e a própria busca de eqüidade em saúde.

A ASIS se utilizou para fazer a caracterização das unidades de análises nas quais foi aplicado o instrumento, incluindo informações sobre: antecedentes históricos da população, contexto político, socioeconômico e cultural, análise dos indicadores demográficos, análise dos fatores de risco, análise da natalidade, mortalidade e morbidade, respostas do sistema de saúde e análise dos determinantes da saúde.

A informação da ASIS conjuntamente com a informação do guia de observação (construção dos territórios sociais) e as discussões nas oficinas de trabalho ampliavam enormemente a explicação situacional. Assim, se convertiam em argumentos dos atores para sustentar sua opinião, quer dizer, se dava mais espaço ao enfoque comunicativo habermasiano, na medida em que a explicação situacional não dependia apenas de um tipo de informação, senão de vários olhares que analisados integralmente contribuía a argumentar e fundamentar as decisões tomadas.

A Sala Situacional

Uma das discussões dadas ao aplicar o instrumento nos vários estados, foi a necessidade de promover nas equipes de saúde a organização e sistematização da informação requeridas para a tomada de decisões. A estratégia utilizada para isto foi conformar a Sala Situacional no nível local em saúde, nos casos que onde não existiam, e apoiar aquelas existentes.

Bergonzoli (2006) concebe a Sala Situacional como um espaço virtual e matricial, porque nela convergem diferentes saberes para:

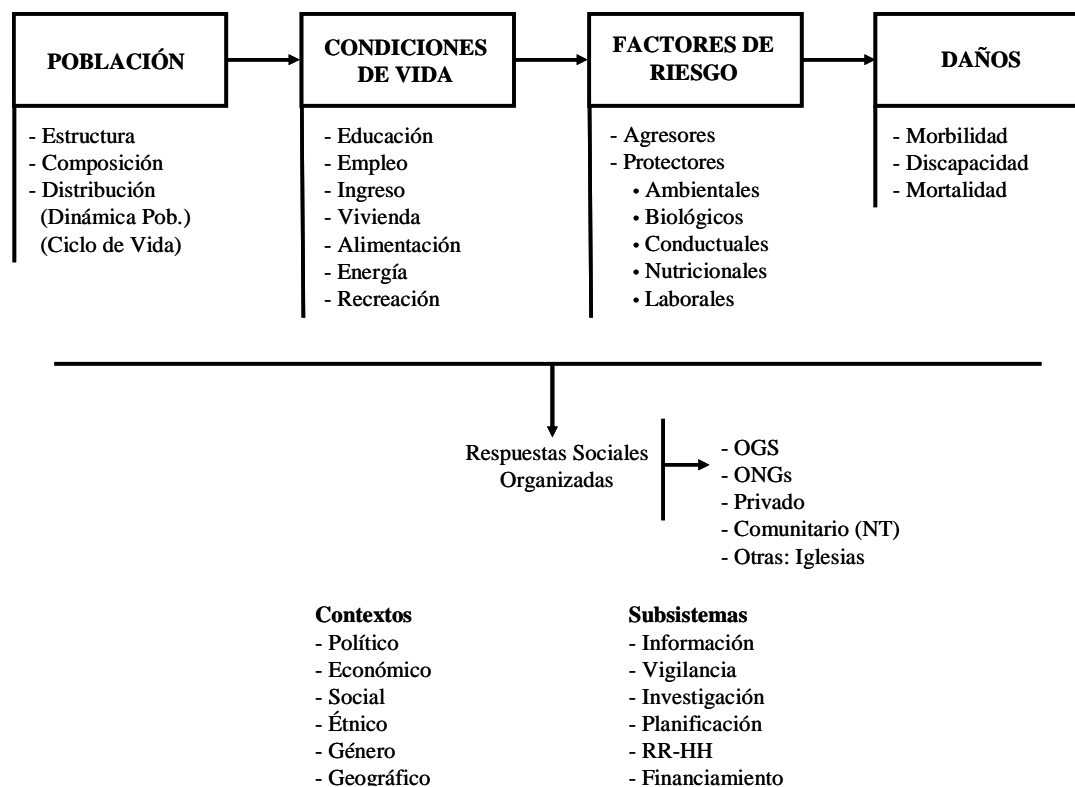
- Identificar e estudar as situações de saúde conjunturais ou não, assim como analisar os fatores que a determinam e as soluções mais viáveis e fatíveis segundo o contexto local;
- Monitorar e avaliar os resultados obtidos depois da aplicação das decisões tomadas.

O objetivo principal da sala segundo o autor seria, desenvolver uma cultura de análise e uso da informação produzida nos serviços de saúde institucionais e comunitários que permita: (a) a identificação das *inequidades* em saúde e suas determinantes; (b) a aplicação de intervenções mais custo/efetivas, melhor sustentadas; (c) a reorientação dos serviços de saúde para a atenção das necessidades identificadas, com eficiência e eficácia; a fim contribuir com a melhora das condições de vida e saúde da população, com qualidade e equidade (Bergonzoli, 2006:39).

Entendida assim, a sala tem um papel fundamental na identificação, medição e redução das desigualdades que impedem o desfrute da saúde como um direito humano especialmente nas populações menos favorecidas. Portanto, a sala é um terreno multidisciplinar e não do domínio exclusivo da epidemiologia. Em tal sentido, os elementos mínimos necessários da Sala Situacional para dar respostas com oportunidade e qualidade se apresentam na figura 5. Destaca-se a abrangência e a diversidade de áreas que confluem na sala, isto se corresponde com a complexidade do objeto de estudo, a saúde das populações.

De tal modo, a conformação e atualização da Sala Situacional é um objetivo chave para gerar “inteligência em saúde” necessária para a gestão e processamento dos problemas no nível local. As equipes responsáveis da sala têm como principal preocupação a identificação, medição e redução das brechas ou desigualdades injustas e evitáveis em saúde que criem obstáculos para o desenvolvimento humano e sustentável com equidade (Bergonzoli, 2006:29).

FIGURA 5. VIGILÂNCIA DA SAÚDE PÚBLICA



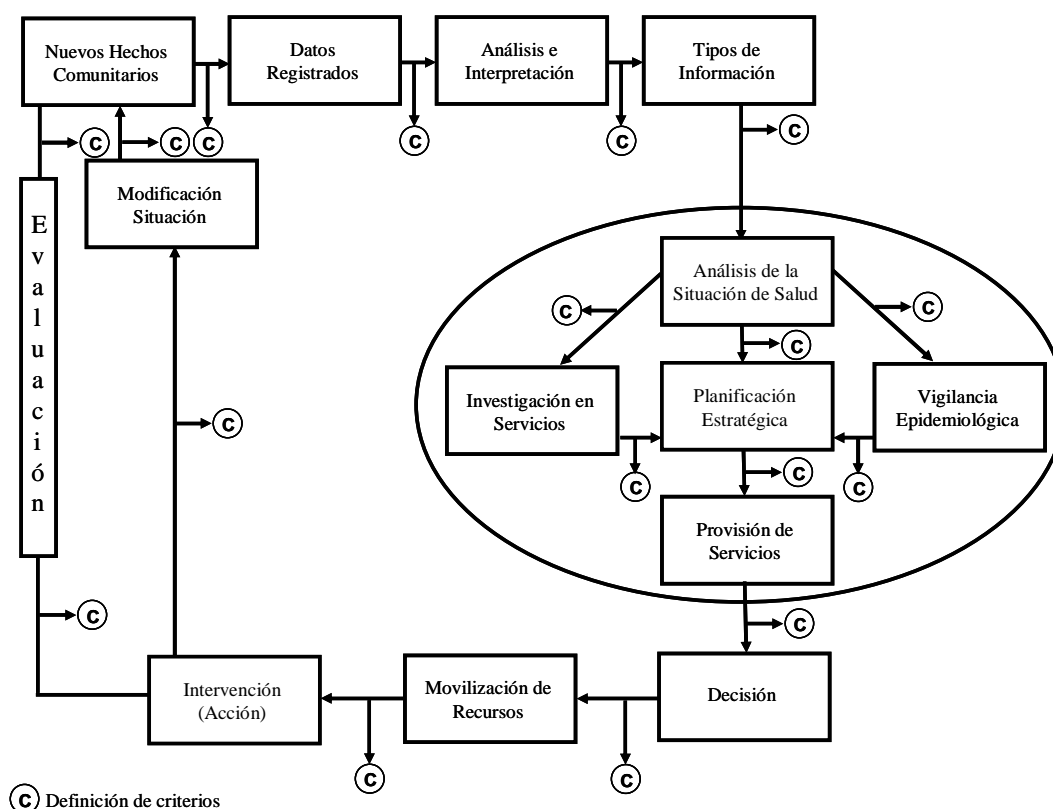
FONTE: Bergonzoli (2006:42).

Para Bergonzoli (2006:26) a vigilância em saúde pública¹⁰ será efetivada na medida em que a Sala Situacional se converta em um espaço de negociação das intervenções a executar pelos diferentes atores sociais envolvidos na produção social em saúde no nível local. Segundo o modelo proposto pelo autor (figura 6) a vigilância da saúde pública está conformada por cinco elementos interdependentes: (1) Análise da Situação de Saúde (ASIS); (2) Pesquisa em Serviços; (3) Vigilância Epidemiológica; (4) Planejamento Estratégico e (5) Provisão de Serviços.

Este modelo é útil para estabelecer algumas diferenças entre os componentes e deles com outros elementos do sistema de saúde. A vigilância epidemiológica é um dos componentes da vigilância em saúde pública, porém, não o único. Deste modo, a sala como instrumento que operacionaliza a vigilância em saúde pública se converte em um espaço onde convergem de forma natural saberes de diferentes disciplinas e o saber da comunidade (Bergonzoli,2006:27).

¹⁰ Para o autor a vigilância em saúde pública é entendida não apenas como o monitoramento das desigualdades e iniquidades em saúde, senão também como a medição e avaliação dos fatores que as determinam e seu respectivo plano de ação.

FIGURA 6. VIGILÂNCIA DA SAÚDE PÚBLICA: PROCESSO DE INTERAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES E INTERVENÇÕES



FONTE: Bergonzoli (2006:26).

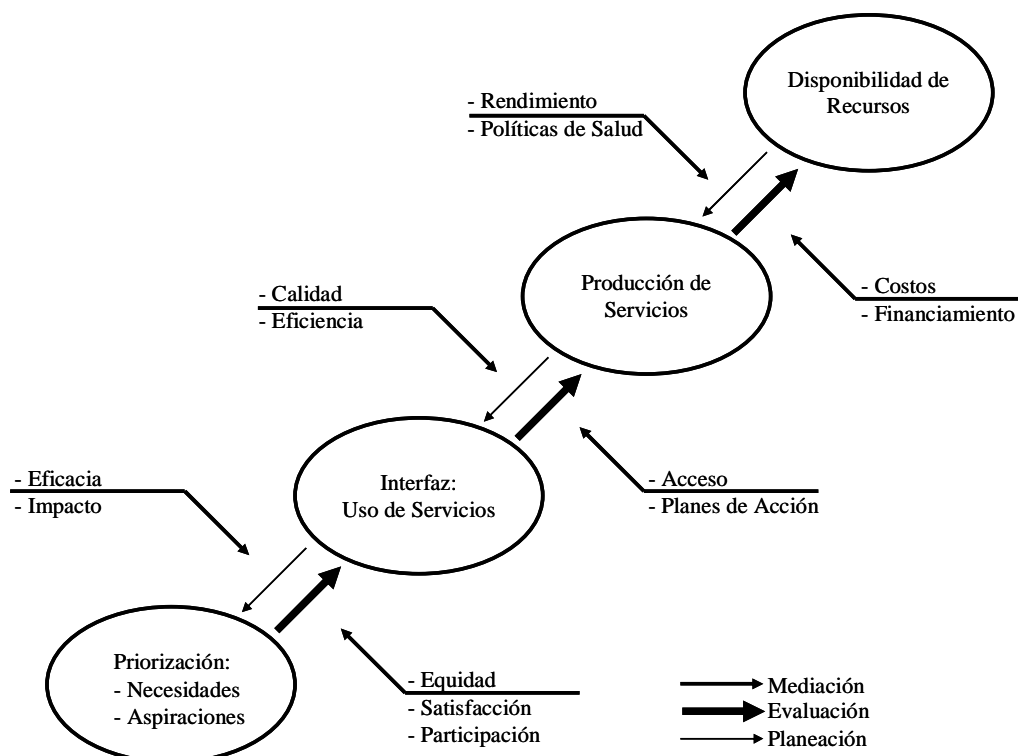
Os conhecimentos integrados na sala situacional (quase sempre como resposta a uma pergunta chave) vêm das cinco áreas de conhecimento que se encerra no círculo da figura 6. Dessa forma, quando se toca um desses componentes, por exemplo, o planejamento estratégico ou a provisão dos serviços de saúde, é preciso incorporar outros conhecimentos além dos tradicionalmente dados pela epidemiologia, tais como: a economia da saúde, o manejo do orçamento e sua aplicação segundo as prioridades definidas, a participação social, a sociologia, entre outras (Bergonzoli,2006:27).

A vigilância em saúde pública, tal como se concebe nesse modelo, tem haver com a aplicação inteligente dos recursos sociais para modificar favoravelmente as condições de saúde e de vida das populações. Portanto, para cumprir com esse propósito, a diminuição das *brechas* ou iniquidades constitui uma prioridade.

Segundo Bergonzoli (2006) o desenvolvimento da sala situacional deve estar sempre direcionado pelas políticas, prioridades e compromisso da gestão em saúde. A sala deve articular as necessidades e demandas priorizadas da população com os recursos

disponíveis¹¹. As duas fases que mediam esse processo metodológico são a produção do serviço e o uso de serviços, quer dizer, o uso desses serviços segundo uma cultura local e institucional (figura 7).

FIGURA 7. SALA SITUACIONAL FASES DO PROCESSO METODOLÓGICO



FONTE: Bergonzoli (2006:27).

Entre cada um desses quatro momentos existe uma série de tópicos de interesse para o gestor que devem ser tratados com o máximo de detalhes para facilitar a condução e reorientação do serviço de saúde oferecido à população. Na interação entre os momentos de produção e uso de serviços, os aspectos de interesse são outros, complementares dos demais, claramente diferenciados.

Por exemplo, conhecer o acesso da população ao serviço oferecido, a qualidade e eficiência desse serviço e todas as variáveis incluídas nos planos de ação que fazem possíveis operacionalizar as políticas e prioridades em saúde. Se o interesse é conhecer como o uso do serviço está atendendo positivamente as necessidades da população, resultará fundamental determinar a eficácia dos processos implementados, que tão equitativamente estão sendo aplicados, a satisfação alcançada, o impacto no âmbito populacional, entre outros (Bergonzoli, 2006:28).

¹¹ Quando o autor fala de recursos disponíveis, está fazendo referência aos recursos humanos, físicos, financeiros e tecnológicos, tanto nacionais como internacionais, públicos ou privados, fundamentalmente aqueles disponíveis no âmbito local (Bergonzoli, 2006:28)

Outro ponto favorável é que a sala situacional como produtora de “inteligência em saúde” é fundamental para o planejamento estratégico situacional no nível local porque gera a informação necessária para:

- Ajustar os planos operativos às políticas, prioridades e compromissos de gestão em saúde para a diminuição das *brechas* detectadas;
- Fortalecer a capacidade de antecipar as ameaças que podem aprofundar as *inequidades* em saúde pública, assim como para propor a resposta institucional e social organizada para enfrentar essas ameaças;
- Incorporar gradativamente esquemas e procedimentos metodológicos, práticos e inovadores que facilitem combinar a informação de fontes e setores diversos, como um apoio ao processo de criação de cenários favoráveis à redução de *inequidades* e à geração de mecanismos para o monitoramento e avaliação, nos diferentes níveis de gestão Bergonzoli (2006:39).

II.2.4 Importância do Instrumento para a adaptação do PES

Como foi mencionado acima é a partir da aplicação do instrumento, que surge a necessidade de aprofundar no PES e sua aplicação no nível local em saúde, como enfoque que pode contribuir na busca da equidade, desde uma abordagem comunicativa. Assim, do instrumento utilizamos para proposta de adaptação do PES as ferramentas para a construção dos territórios sociais, com a finalidade de ampliar a explicação situacional do PES, analisando as diferenças *inter* e *intra* territórios sociais, e priorizando a intervenção naqueles que se encontram em piores condições.

Da mesma forma, incorporamos as técnicas qualitativas (tempestade de idéias e oficinas de trabalho com grupos de discussão) para incluir a opinião dos diversos atores no processo de planejamento. Assim como a Matriz de Impacto Cruzado e Matriz de Assuntos Chaves e o Plano Cartesiano (técnicas quantitativas) para a identificação dos nós críticos. Cada técnica é detalhada no momento do PES no qual foram aplicadas.

Também consideramos neste trabalho a associação dos problemas aos artigos da Constituição que não se estão cumprindo integralmente, no sentido de que a garantia desses direitos sociais deve ser o principal objeto de respostas por parte dos entes que têm a seu cargo a função pública; respondendo de forma suficiente, equitativa e permanente às causas e determinantes que provoquem sua negação o defeito. Onde a sociedade participa como ator ativo no seu desenvolvimento, com poder real para poder intervir nas decisões de forma co-responsável.

É importante destacar que neste trabalho são analisados problemas de saúde, no sentido matusiano, assim, o problema é uma necessidade declarada por um ou vários atores sociais, com um nível de organização para poder declarar o problema, ou seja, transformar em demanda social uma necessidade sentida. Destaca-se isto, porque mesmo tomando elementos do instrumento para a adaptação do PES, não estamos utilizando a categoria de necessidades sociais, sobre a qual existe uma grande polissemia e debate que foge do escopo deste trabalho.

No entanto, consideramos que a definição de necessidades do instrumento tem muita relação com o conceito de problema utilizado por Matus, porque se as necessidades se convertem em referência para lutar pelas mudanças tomam força como compromisso público entre governo e sociedade, fazendo da necessidade uma meta pública. Quer dizer, na medida em que as necessidades sentidas se transformem em demanda social (o problema no sentido matusiano), estas devem ser atendidas pelo governo. Ao mesmo tempo, essa concepção do problema permite romper com o velho paradigma de reconhecer a demanda da população através da oferta de serviços, tendo como centro os próprios serviços e não a realidade social (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:10).

Finalmente, consideramos que o instrumento, sua concepção e diretrizes ajudam-nos a introduzir no PES as categorias da equidade e da abordagem comunicativa habermasiana, e ao mesmo tempo, nos desafia a compreender a complexidade do processo de reprodução social, para entender a situação de saúde das populações, a qual exige respostas intersetoriais e integrais.

II.3 OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO PES

II.3.1 O planejamento

Segundo Matus (1996) o planejamento refere-se ao cálculo que precede e preside a ação, para criar o futuro e não para predizê-lo. Dito de outra forma é o cálculo sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação. Portanto, o planejamento não se reduz apenas ao cálculo que precede a ação, já que passa a estar vinculado à ação e porém aos resultados e impactos desta, assim se converte numa ferramenta vital para criar e pensar o futuro. Huertas (1996) fez uma entrevista a Matus, na qual este último afirmou que:

Planificar significa pensar antes de actuar, pensar con método, de manera sistemática; explicar posibilidades y analizar sus ventajas y desventajas, proponerse objetivos, proyectarse hacia el futuro, porque lo que puede o no ocurrir mañana decide si mis acciones de hoy son eficaces o ineficaces (Huertas, 1996:12).

Assim, Matus considera que o planejamento permite-nos lidar com as surpresas, reagindo com velocidade ante o imprevisto, não de forma improvisada, senão com capacidade para corrigir o cálculo sobre o futuro. È por isto que ao não existir a capacidade de planejar passamos a improvisar.

Também o planejamento é entendido como a capacidade de governo com o fim de aumentar a governabilidade de um ator para o alcance de seu projeto. Por ser um processo político, no planejamento a visão política é uma fonte para viabilizar o plano.

Para Matus (1996) o plano é uma série de argumentos fundamentados sobre a causalidade dos fenômenos que se querem enfrentar e sobre as apostas representadas pelos prognósticos condicionados da eficácia de ação de um plano propositivo.

Rivera (1995:53) propõe uma outra categoria à do “planejamento comunicativo” definido como um sistema de atos de fala que precederia à ação instrumental/teleológica, é uma forma de coordenação intersubjetiva desta última. Nesta perspectiva o sistema de comunicação supõe situações problemáticas ou de rompimento e evoluiria predominantemente no campo da argumentação discursiva.

O “planejamento comunicativo” trabalhado por Rivera (1995) e Rivera & Artmann (1999) corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como a possibilidade de:

- Fazer uma problematização coletiva, onde se articulem sujeitos sociais, e se incorpore um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política;
- Reconhecer do ato de planejar como relação interativa, a adoção da negociação cooperativa como meio estratégico possível e a valorização da explicação do outro como parâmetro de crítica da nossa própria explicação e possível complemento;
- Considerar uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins, que leve em conta o mundo da vida dos atores envolvidos em uma postura dialógica que motive a construção de projetos solidários que possam ser assumidos coletivamente como compromissos (Rivera & Artmann, 1999:356-357).

Assim, apesar da moldura estratégica de Matus, ele revaloriza a dimensão comunicativa ao propor um esquema de análise da vulnerabilidade dos planos, baseada no rigor dos argumentos subjacentes às definições situacionais (do que é e do que deve ser)¹².

Neste trabalho utilizaremos a interpretação do planejamento estratégico matusiano feita por Rivera (1995) e Artmann (1993), pois esta resgata os elementos do enfoque comunicativo da teoria habermasiana acima desenvolvidos. A esta interpretação incorporamos a categoria equidade, como peça fundamental no processo de planejamento em saúde, porque não só se trata de enfrentar uma situação problemática, senão que, além disso, em todo o processamento dos problemas até a intervenção, devem priorizar-se aqueles que afetem às populações menos favorecidas.

II.3.2 O conceito de situação e a explicação situacional

A própria denominação do enfoque matusiano determina a importância que apresenta a categoria situação, a partir desta o autor faz uma ruptura com a explicação objetivista do planejamento tradicional, na medida em que destaca o caráter auto-referencial de toda explicação da realidade e dos interesses práticos envolvidos na mesma.

Matus (1996:210) define a situação “como um espaço de produção social onde o ator-eixo da explicação situacional desempenha um papel, assim como os outros atores (incluindo os seus oponentes) e onde tudo o que ocorre em termos de produção social depende de ator-eixo e dos outros atores, em interação com o cenário que os envolve a todos”.

¹² Para isto, o autor procura elementos da teoria da argumentação de Toulmin.

O autor desenvolve três acepções interligadas ao conceito de situação:

- *É um recorte problemático da realidade*, realizado por um determinado ator social, em função de promover sua ação e a luta com outros atores sociais;
- *É um recorte temporal e espacial de uma determinada formação social*, feita com a finalidade explicativa e operacional, promovida por um ator para intervir operacionalmente na realidade, coexistindo com outros atores;
- *É uma tentativa de periodização da formação social* (do ponto de vista do planejamento) feita por um ator em função de um plano de ação, onde passá-se de uma situação inicial a uma situação final, através de várias situações intermediárias, através da qual o ator pretende produzir uma mudança na realidade, tendo em vista o cumprimento processual do seu plano. O ator delimita uma série de marcos parciais não necessariamente homogêneos, que constituem o horizonte temporal de uma formação social, esses marcos, correspondem às mudanças situacionais que levam à situação-objetivo (Matus, 1996:201-221).

Desta forma, Matus se opõe ao planejamento normativo que considera um único diagnóstico da realidade, rigoroso e objetivo, quando na verdade poderão existir vários diagnósticos sobre uma mesma realidade, para isto é necessária a explicação situacional. A explicação situacional é uma explicação da realidade cujo horizonte temporal, espacial e social (os outros atores que interferem na ação própria) se define em virtude do tipo de ação que anima um determinado ator concreto. É uma ação motivada de um ator que se envolve nessa realidade, é uma explicação desde dentro e específica, podendo diferir da explicação de outros atores, de acordo com a perspectiva (cultural, material, social) na qual eles se situam nessa realidade (Rivera, 1995:150).

Para Matus a explicação ou análise situacional se distancia do conceito de diagnóstico nos seguintes pontos:

- O conceito de situação obriga a determinar quem explica, toda explicação é dita por alguém desde uma posição no jogo social. Assim, explicar é identificar-se com uma leitura da realidade;
- Uma mesma realidade pode ser explicada mediante situações diferentes, porque os atores do jogo social participam neste com propósitos diversos, portanto, não se pode declarar a uma como verdadeira e outra como falsa;
- Na análise situacional a explicação do outro é importante, ou seja, é necessário considerar as diversas explicações dos atores que estão participando do jogo social;
- A categoria de situação permite compreender as “assimetrias das explicações em um jogo”, este é um dos conceitos teóricos de maior relevância na análise estratégica,

porque explicações distintas sobre uma mesma realidade não só significam distintas respostas às mesmas perguntas, senão distintas respostas a distintas perguntas (Huertas, 1996:31-32).

Matus construiu o conceito de explicação situacional, baseado em autores do marxismo, da fenomenologia, do existencialismo e da teoria da ação (Sartre, Gadamer, Ortega e Gasset, Kosik, Husserl), cuja contribuição se evidencia em vários pontos tais como: a motivação subjetiva e a intuição na apreensão da realidade; o caráter ativo, dinâmico e policêntrico da situação; a distinção entre realidade e verdade; a auto-referência do ator; a concepção da realidade situacional como espaço conflitivo, entre outras.

A explicação situacional tem as seguintes características:

- *É uma indicação*, ao distinguir algumas variáveis do sistema social, tendo como finalidade alterar o sistema conforme ao plano estabelecido;
- *É ativa*, porque é feita pelo próprio ator envolvido na ação, com a finalidade de fundamentar sua ação e medir antecipadamente suas conseqüências, levando em conta o passado, o presente e o futuro;
- *É dinâmica*, ao ser a realidade um processo mutante exige para a compreensão de seu significado, levar em conta a diacronia histórica e suas tendências futuras e não só a sincronia do momento presente;
- *É auto-referencial*, porque além de servir ao propósito definido pelo ator, também leva em conta o ponto de vista dele. O ator explica a realidade a partir de seu lugar e o desempenho que apresenta no sistema de produção social, vendo só aquilo que a realidade lhe permite ver e entender;
- *É policêntrica*, porque uma realidade conflitante explica-se não apenas pela auto-referência do ator-eixo, mas também pela auto-referência dos outros atores, sendo comunicativa;
- *É parcialmente auto-confirmante*, pois no caso tenha êxito o plano, o ator que explica comprovará sua explicação, dependendo o êxito em parte da vontade e da força colocada na sua ação;
- *É totalizante*, ao referir-se a um momento de produção social a situação abarcar as distintas dimensões da realidade (política, econômica, cultural, cognitiva, etc.) cruzando os âmbitos artificiais compartilhados pelas ciências sociais e levando em conta as distintas variáveis envolvidas no problema;
- *É recursiva*, porque é aplicável a distintas coberturas da totalidade e das relações entre situação e cenário;

- *É rigorosa*, ao identificar os determinantes essenciais que geram o problema, sendo a explicação mais potente para compreender e explicar o problema (Matus, 1996:220-221)

Desse conjunto de características da explicação situacional, interessa-nos destacar seu caráter policêntrico, em primeiro lugar porque difere radicalmente a explicação de um problema de saúde, por exemplo, do diagnóstico epidemiológico tradicional, monológico, frio e objetivo, construído algumas vezes apenas com o objetivo de estudar os problemas sem a preocupação de solucioná-los. É claro que um diagnóstico técnico rigoroso tem seu valor, porém, é só a matéria prima que processa um ator social para formular sua apreciação situacional.

Em segundo lugar, o caráter policêntrico supõe um diálogo entre um ator e outros atores, cujo relato é assumido por o ator-eixo ou principal, consciente do contexto situacional que o faz coexistir em uma realidade conflitiva que admite outros relatos. Para Artmann (2001), essa afirmação pode ser interpretada tanto do ponto de vista estratégico da ação (Rivera, 1995), como a partir da perspectiva comunicativa (Artmann, 1993).

No primeiro caso, o componente instrumental do policentrismo predomina, na medida em que o ator principal identifica e tenta incorporar a explicação de outros atores na sua explicação, sem que se dê a participação dos outros na interação, senão que o ator-principal inclui na sua explicação, aquilo que ele acha seria a explicação do outro (Artmann, 1993). O fim último é aumentar a eficácia de seu plano, agindo estrategicamente e buscando diminuir e controlar o campo de ação dos outros atores.

De fato, em outro momento de sua proposta - ao discutir o momento estratégico -, Matus sugere exatamente esse tipo de ação com relação aos oponentes. Além do sentido estratégico referido, a explicação policêntrica permite a complementação da apreciação auto-referente (Artmann, 2001:191-192).

Um mesmo problema, dependendo dos atores pode ser explicado de forma diferente, levando formas distintas de intervenção, por exemplo, o problema da insegurança, pode ter uma explicação distinta para o prefeito do que para os representantes dos conselhos comunitários, nesse caso teriam que ser considerados e integrados na medida do possível ambos os olhares.

Para fazer a interpretação comunicativa do policentrismo, partimos do conceito do mundo da vida de Habermas, no qual a explicação da situação problemática deveria ser realizada necessariamente dentro de uma relação intersubjetiva entre os diversos atores relevantes para a ação. Representada pela possibilidade de um diálogo aberto entre

vários atores que explicitam suas posições e constroem cooperativamente seus planos de ação.

Seguindo com o exemplo anterior, desde o enfoque comunicativo os atores (o prefeito e os representantes dos conselhos comunais) chegariam ao entendimento voltado para o consenso sobre a explicação situacional, construída a partir das diferentes opiniões.

É importante lembrar aqui que como foi dito no início deste capítulo, o PES foi idealizado como um método de planejamento do público no contexto latino-americano, considerando a população como variável imprescindível. Portanto, Matus considera o valor que a população dá ao problema como critério fundamental e imprescindível no protocolo de priorização e seleção dos problemas a serem processados. Em tal sentido, aquelas experiências nas quais é feita a adaptação do PES desconsiderando totalmente à população, produz uma distorção do enfoque, embora continuem sendo referidas como experiências de adaptação do PES (Artmann, 2001:192).

Algumas experiências apontam que existem duas formas em que a população (que só se constitui em ator quando está organizada) estaria presente, no processo da aplicação do PES: 1) através de representantes de movimentos populares/sociais (por exemplo, conselhos de saúde, conselhos comunais); 2) a consideração pelo ator principal da posição da população através da tentativa do “colocar-se em situação” (Artmann, 2001:192).

Para a autora, na proposta do PES ao considerar-se o que é importante para a população, nos remete à idéia do bem comum, da solidariedade, da justiça, ou seja, a uma aproximação dos conteúdos utópicos presentes no trabalho de Habermas. Este é um dos aspectos que consideramos “comunicativos” na proposta matusiana e que não pode ser preterido, sob o risco de grave distorção da proposta, como já afirmado (Artmann, 2001:192).

Destaca-se claramente na afirmação de Artmann, que a abordagem comunicativa e a dimensão da equidade se complementam, porque dificilmente se teria o bem comum, sem considerar o desenho e execução de políticas e planos equitativos, ou seja, Habermas na sua proposta explicita a importância da dimensão comunicativa para alcançar um maior patamar de justiça na sociedade.

Assim mesmo, ao considerar-se o que a população precisa, esta se resgatando o conceito de equidade (discutido no capítulo anterior). Na medida, em que se possibilita o diálogo com as pessoas que padecem os problemas, ampliando a explicação situacional, além de permitir o olhar das deferências ao interno dessa população e dela em comparação com outras, para priorizar aquelas que estejam em piores condições. Essa priorização

orientaria a execução do plano de ação e a distribuição dos recursos neste de forma mais eqüitativa.

A participação ativa da população na análise de seus problemas além de gerar uma troca enriquecedora, com os outros atores que também conhecem o problema, é imprescindível para construir “sujeitos conscientes de direitos”, *empoderados* de suas condições de vida e ativos defensores de seus direitos. Para isto, a participação deve estar orientada a gerar processos sociais de “organização de repostas coletivas” dirigidas a melhorar e lograr oportunidades eqüitativas de qualidade de vida e saúde, convertendo-se assim em “sujeitos sociais, criadores e realizadores de seu próprio desenvolvimento” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:27).

O enfoque habermasiano ajuda-nos a entender a importância de converter os espaços de planejamento no nível local, em espaços comunicativos, voltados para o entendimento, possibilitando um diálogo aberto, onde cada ator levante suas pretensões de validade e questione ou aceite a dos outros¹³. Com o fim de construir e executar cooperativamente o plano de ação, no qual se consideram as diferenças existentes nos diferentes grupos populacionais.

Outras características a destacar da explicação situacional são: o sentido totalizador e o sentido rigoroso, que permitem integrar várias dimensões da realidade e identificar causas estruturais envolvidas, ensejando uma intervenção multisetorial e multidisciplinar, a partir do policentrismo que incorpora as distintas explicações sobre a realidade proporcionadas pelos diferentes atores.

O conceito de situação para identificar e aprender dos determinantes essenciais que estão gerando o problema necessita um modelo teórico que lhe permita fazer leitura da realidade, Matus (1996) propõe a Teoria da Produção Social como modelo para analisar a realidade, o qual será desenvolvido mais adiante.

II.3.3 O conceito de problema

Para Matus (1996:259), um problema é uma discrepância entre o ser (ou a possibilidade de ser), e o dever ser, discrepância essa que os atores encaram como evitável e inevitável. Assim, a evitabilidade e a inaceitabilidade são apreciações dos atores sobre o problema, as quais o levam a defini-lo como tal. É fundamental que o problema seja

¹³ O ator levanta as pretensões de validade e os questionamentos, a partir das interpretações próprias a seu mundo da vida e compartilhando ainda um mundo da vida com os outros atores (Habermas, 1987).

definido e declarado como problema por um ou vários atores dispostos e capazes de enfrentá-lo

O problema não se restringe a uma necessidade ou “mal-estar” sentido pela população, a diferença entre um problema e um “mal-estar” radica na sua descrição. Portanto, a primeira exigência para que um problema seja declarado como tal, é descrever-lo numerando os fatos pertinentes que verificam sua existência, essa descrição é chamada marcador do problema ou Vetor de Definição do Problema (VDP) o qual detalharemos mais adiante (Matus, 1996).

Além disso, o problema dá origem à ação, é uma situação insatisfatória superável, que permite o intercâmbio favorável com outra realidade, quer dizer, que não se soluciona definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade deve produzir uma mudança positiva na situação problemática inicial.

A solução total do problema não se dá porque cada vez que enfrentamos um, se produz o que Matus (1996) denominou *intercâmbio de problemas*, ou seja, cada ação gera impactos positivos ou negativos. Por exemplo, ao enfrentar a inflação pagamos o custo da rescisão e o desemprego; se construímos mais centros de saúde elevamos os custos de contratação de pessoal. Assim, nenhum enfrentamento é “limpo”, sem custos sobre alguns outros problemas o sobre outros atores (Huertas, 1996).

Em vez de solucionar problemas os atores tentam *intercambiar problemas* de alto valor para eles por problemas de baixo valor. Isto pode ser conflituoso, na medida em que um *intercâmbio favorável de problemas* para um ator, pode criar um *intercâmbio desfavorável de problemas* para outros. Por isso, o plano como proposta de *intercâmbio de problemas* sempre vai ter alguma parte com conflito, tentando fazer consciente esse *intercâmbio* a fim de que seja administrado com inteligência. Todavia, nem sempre o *intercâmbio de problemas* é feito de forma intencional.

Com base na proposta do professor Ian Mitroff (1974), Matus faz uma primeira classificação dos problemas em: bem estruturados e quase estruturados ou mal estruturados (quadro 10), na qual correlaciona os primeiros ao planejamento normativo e à ação instrumental, e os segundos ao planejamento estratégico-situacional, sendo esta uma das contribuições mais importantes do autor.

Para Matus a classificação apresentada no quadro 10 dependerá do sistema, os problemas bem estruturados serão gerados por sistemas repetitivos que seguem leis e os quase-estruturados são gerados por sistemas criativos.

Assim mesmo, Matus destaca que a importância de diferenciá-los está na forma de abordar a análises de um sistema o de um problema gerado nele. Ao respeito Mitroff

(1974) indica que a importância de apreciar a diferença nos dois tipos de problemas, radica em entender que o caminho pelo qual resolvemos uns ou outros são diferentes, fazendo a analogia entre os quebra-cabeças e os problemas bem estruturados, e os problemas sociais e os problemas quase-estruturados ele afirma:

Diferentemente dos quebra-cabeças, os problemas sociais não têm apenas uma única solução correta, reconhecida e aceita como tal por todas as partes conflitantes afetadas pelo problema ou que têm uma opinião forte sobre o mesmo[...] As pessoas têm valores tão diferentes e partem de idéias tão diferentes sobre a sociedade desejada que o que é problema ou boa solução para uma pessoa parece com freqüência ser irrelevante, estúpido, tolo ou até mesmo perverso, para outra (Mitroff 1974, apud Matus, 1997:130).

Por exemplo, a mortalidade infantil em uma população é uma problemática quase-estruturada, pois está articulada com diversos âmbitos como educação, nível de renda, serviços de saúde, entre outros.

Por outro lado, ainda os atores sendo capazes de criar sistemas e problemas bem-estruturados, eles pertencem e são produto de um sistema social caracterizado por problemas não estruturados. Por isso, para Matus os problemas bem estruturados sempre partirão de uma problemática quase ou mal estruturada.

QUADRO 10. TIPOS DE PROBLEMAS SEGUNDO MATUS (1996)

Características	Problemas	
	Bem estruturados	Quase ou mal estruturados
As regras do sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Precisam ser claras, invariáveis e predeterminadas. ▪ Existem antes da solução do problema e permanecem iguais depois dele ter sido solucionado. ▪ Devem ser respeitadas por aquele que soluciona o problema. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não são precisas, nem invariáveis, nem iguais para todos. ▪ As regras são criadas e modificadas pelos atores para solucionar os problemas.
O ator	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está fora do problema e se relaciona com este apenas para tentar resolvê-lo partindo de regras determinadas. ▪ Se o problema fora solucionado, ninguém terá qualquer dúvida sobre a eficácia da solução. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está dentro do problema e a partir daí o conhece e o explica. ▪ Como o sistema é contínuo a solução de um problema gera outros problemas conexos. ▪ A eficácia de uma solução é discutível ou relativa aos problemas subsequentes. ▪ Cria possibilidades de solução, as quais não existem previamente.
O modelo epistemológico com que pode ser explicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo Determinístico ▪ Modelo Estocástico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de Incerteza dura

Características	Problemas	
	Bem estruturados	Quase ou mal estruturados
As fronteiras do problema e do sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estão perfeitamente definidas. ▪ Não há dúvida sobre onde começa e termina cada coisa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ São difusas, é por isto que os problemas devem ser abordados de forma multisetorial.
O problema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está isolado de outros problemas e, caso configurem uma seqüência, a solução de cada problema não afeta a solução dos problemas seguintes. ▪ Apresenta um desafio técnico-científico, abordável com objetividade. ▪ São estéticos e suas soluções elegantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está inter-relacionado com outros problemas, mobiliza vários atores e depende do contexto maior onde está inserido, possuindo algum grau de incerteza. ▪ A solução de um problema cria possibilidades ou dificulta a solução de outros problemas. ▪ Tem um desafio múltiplo, destacando o âmbito sócio-político, ainda existindo uma dimensão técnica. Onde a objetividade não é possível, mas deve-se perseguir o rigor.
O espaço e o tempo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ São definidos nas regras de forma constante ou resultam de fato constantes para qualquer um que se relacione com este. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ São relativos aos atores que se relacionam com o problema desde diferentes posições.
As variáveis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estão dadas, são enumeráveis, conhecidas e finitas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não estão dadas, porque o sistema é criativo. Nem todas são enumeráveis, nem conhecidas, nem finitas.
Qualidade e quantidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não se combinam de modo que o problema se move exclusivamente em uma das duas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estão inseparavelmente combinadas.
As possibilidades de solução do problema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estão contidas nas premissas do problema e são finitas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ São criadas pelos atores e existem em número que tende ao infinito.

FONTE: A partir de dados tomados de Matus (1997:133-135).

Em suma, um problema é “bem estruturado” se cumpre com as três condições seguintes: (a) todas as variáveis são precisas e enumeráveis; (b) todas as relações entre as variáveis são precisas e enumeráveis; (c) a solução do problema é objetiva, não depende de posições situacionais. Um problema é “quase estruturado” se tem as características opostas: (a) só algumas variáveis são precisas e enumeráveis; (b) só algumas relações entre as variáveis são precisas e enumeráveis, nunca todas; (c) a solução a um problema quase estruturado é situacional, sempre poderá ser debatida.

A importância desta classificação está em conhecer a natureza do problema, para poder enfrentá-lo, assim como selecionar o modelo epistemológico adequado para entender a realidade onde o problema se produz. A dificuldade se dá quando tentamos entender e

aplicar o planejamento, sem considerar as características da realidade á qual quere aplicar-se.

Por exemplo, se o problema a ser enfrentado é “bem estruturado”, pode-se aplicar o planejamento a partir do modelo determinístico, através do qual se prediz com exatidão ou que vai a acontecer, o erro humano é muito limitado, o erro por ignorância não existe e depende do domínio que o planejador tem sobre as leis que regem o sistema. É o caso do Governo como único ator criativo, que monopoliza a criatividade e a capacidade estratégica.

Se o problema a enfrentar é “quase ou mal estruturado”, deve se aplicar o modelo de incerteza dura, onde sei que não é possível conhecer o futuro, porém se pode planejar com cenários e com planos de contingência para enfrentar as surpresas. Tanto o erro humano como o erro por ignorância são amplos. O plano se converte em uma aposta, é o caso dos problemas sociais.

Destacam-se duas questões: não podemos planejar no modelo de incerteza dura, utilizando ferramentas próprias dos modelos determinístico ou estocástico; não podemos planejar baseados na capacidade de predição em um mundo real onde predizer é impossível para maiorias das coisas que são importantes (Huertas, 1996).

Matus (1996) apresenta duas classificações mais dos problemas, em atuais ou potenciais e em finais ou intermédios. Os problemas atuais se referem aos problemas vigentes no presente que dão origem ao planejamento reativo, e os problemas potenciais são ameaças futuras prováveis e para os quais é necessária uma atuação preventiva fundamentada no planejamento pró-ativo. Identificar problemas potenciais permite agir estrategicamente, ao evitar situações graves e economizar custos, sejam políticos ou econômicos.

Os problemas terminais são àqueles que se manifestam diretamente na relação essencial do ator com os resultados do sistema em que está inserido. Em palavras de Artmann (2000) referem-se à missão institucional, ou seja, os vividos pela população que justifica a existência da organização. E os problemas intermediários estão ocultos na relação direta do ator com o sistema, quer dizer, não estão relacionados com o produto final, mas é necessário abordar-los porque deles depende a qualidade dos produtos finais, assim como são necessários para viabilizar a missão das organizações.

Por exemplo, a missão de um centro de alta tecnologia na Venezuela é garantir os serviços de saúde da população venezuelana no segundo nível de atenção, mas nesse centro é necessário considerar e afrontar os problemas intermediários como manter um

sistema de informação, contar com os insumos necessários para a prestação dos serviços, dar manutenção ao equipamento dos laboratórios, entre outros.

Segundo Rivera (1995:165) é um salto adiante que Matus defenda a necessidade de que o planejamento social reconheça e trabalhe com problemas quase o mal estruturados. Porém, atrás dos traços reificadores que em boa medida estão presentes no planejamento estratégico, insinuam-se sutilmente as feições objetivadoras do próprio enfoque normativo-instrumental.

Outra classificação importante para trabalhar com os problemas de saúde, é a apresentada por Pineault (1987, apud Artmann, 1993:185), na qual os problemas a serem enfrentados pelo planejamento em saúde podem ser:

- Relacionados diretamente às necessidades de saúde (informação epidemiológica).
Por exemplo: alta mortalidade por câncer uterino;
- Relacionados aos serviços de saúde (necessidades de oferta, consumo, entre outras).
Por exemplo: baixa cobertura de consulta de odontologia;
- Relacionados ao gerenciamento das instituições prestadoras de serviços. Por exemplo: recursos humanos, eficácia, entre outras.

Matus destaca que o PES trabalha com a categoria de *macroproblema*, a qual oferece a visão global e dá origem ao plano global. A análise do *macroproblema* no PES exige, para entendê-lo, um modelo sistêmico, onde a seleção dos problemas específicos é feita segundo sejam as causas ou nós críticos do *macroproblema*. Desta forma no PES há uma boa consistência entre o plano global, que dá respostas ao *macroproblema* e os planos específicos, que trabalham com os problemas (Huertas, 35-36).

No PES os problemas são processados, para implica se abordam os seguintes aspectos:

1. Explicar como nasce e se desenvolve o problema (momento explicativo);
2. Fazer planos para enfrentar as causas do problema mediante operações (momento normativo);
3. Analisar a viabilidade política do plano ou buscar a forma de construí-lhe viabilidade (momento estratégico) ;
4. Atacar o problema na prática, realizando as operações planejadas (momento tático-operacional).

II.3.4 O conceito de ator social

Segundo Matus (1996b:204-205), o ator social é um sujeito ativo participante da produção social, que apresenta marca de identidade, sua ferramenta é a ação na práxis. Tratando-se de uma ação-conhecimento, esse conhecimento é operacional, no sentido do saber-se o que precisa ser feito e quando deve ser feito. O ator vive em risco e incerteza, e também gera risco e incerteza para os outros. Ao mesmo tempo, o ator produz a realidade e é produto dela.

De igual forma, o autor afirma que o ator social, é a cúpula ou a direção de uma organização e, excepcionalmente, uma personalidade; tendo que preencher em ambos os casos os seguintes requisitos:

- Sua ação é criativa, não segue leis, é singular e único como ente com sentidos, cognição, memória, motivações e força, é produtor e produto do sistema social;
- Tem um projeto que orienta sua ação, mesmo que seja incoerente, errático ou parcial;
- Controla variáveis importantes (recursos, poder, entre outros), tem capacidade de produzir fatos na realidade;
- Tem base organizativa, permitindo-lhe atuar com peso de um coletivo, ou tratando-se de uma personalidade. Tem presença forte e estável no sistema, o que lhe permite atrair, com suas idéias, uma coletividade social;
- Pode ser um ator pessoa ou um ator grupo, no caso de que se trate de um líder ou da direção de uma organização. É um produtor de atos de fala¹⁴ e de jogadas.

Na definição do Matus (1996b:205) são atores sociais os dirigentes de partidos políticos, as forças sociais, os grupos de pressão organizados, os dirigentes dos serviços de saúde ou de qualquer outra organização, sindicatos, associações de classes, entre outros, por terem capacidade de ação e peso coletivo.

Ao colocar o planejamento como realização de atores sociais ou coletivos, Matus elimina a figura do planejador técnico-profissional. Porém, dá prioridade aos atores que reúnem as características acima mencionadas, os quais possuem um projeto próprio. Este aspecto confirma que se privilegiam contextos de ação estratégica, na qual os atores interagem, mas muitas vezes comportam-se cooperativamente, somente na busca de seu cálculo egocêntrico, visando cada um seu êxito.

¹⁴ Atos de fala: definem o intercâmbio de significações entre os atores jogadores e entre estes e seus subordinados. Os atos de fala têm origem nas ações locutivas ou atos comunicacionais através de uma relação convencional que permite precisar seu significado; precederiam à ação (operações e ações), e seriam entendidos como compromissos de ação. Matus (1994).

Desta forma, a análise estratégica dificulta o planejamento em saúde no nível local. Por exemplo, como melhorar a qualidade no atendimento dos serviços de saúde, se só considero à cúpula diretiva e tento reduzir o comportamento dos outros autores, a um comportamento previsível?. Nesse caso a distorção se dá quando a ação estratégica pretende subsumir nela a ação comunicativa, ocupando a primazia, sendo que a primeira é derivada da segunda.

O problema assinalado, somente poderá ser analisado através de processos comunicativos de ação que envolva aos diversos atores, visando obter um consenso na solução da problemática, e não desde o êxito egocêntrico. Portanto, no processo da aplicação do PES no nível local em saúde, é importante contar com todos os atores envolvidos na problemática a estudar, os quais através da força consensual do entendimento lingüístico tornam efetiva a coordenação de seus planos de ação.

A abordagem comunicativa apresenta mais possibilidades de fazer uma discussão dos problemas desde a equidade. Na medida em que os diversos atores envolvidos com a problemática (tanto os que padecem o problema como os que têm domínio dos recursos críticos) estejam voltados para o consenso, é possível além de ampliar a explicação situacional, fazer arranjos para distribuir os recursos do setor saúde (sempre escassos) com critérios mais equitativos.

Por exemplo, se no Município Chuao a equipe da Direção Municipal de Saúde determina que a prioridade para o ano 2008 é diminuir o problema de Dengue, (porque segundo as informações epidemiológicas é o principal problema do município). Possivelmente as estratégias de intervenção não tenham o efeito esperado senão se considera a participação dos representantes dos conselhos comunais, dos comitês de saúde, das escolas, e do resto dos atores envolvidos com a problemática.

Além de que a explicação situacional ficaria restrita à informação que se tem nos serviços de saúde (o qual pode apresentar sub-registros), se perde a oportunidade de integrar na discussão sobre a problemática, suas possíveis causas e medidas de intervenção, aos atores afetados por esta.

Finalmente, lembramos que para Matus quem planeja são sempre os atores. O método serve no máximo para ajudar a sistematizar o conhecimento da realidade e não para substituí-lo. Portanto, o ator que conhece o problema e que possui capacidade de raciocínio estratégico enfrentará melhor o problema, do que alguém com baixo conhecimento da realidade e apenas conhecimento do método, por melhor que este seja (Rivera & Artmann, 1999).

II.4 AS TEORIAS QUE SUSTENTAM O PES

II.4.1 A Teoria da Produção Social

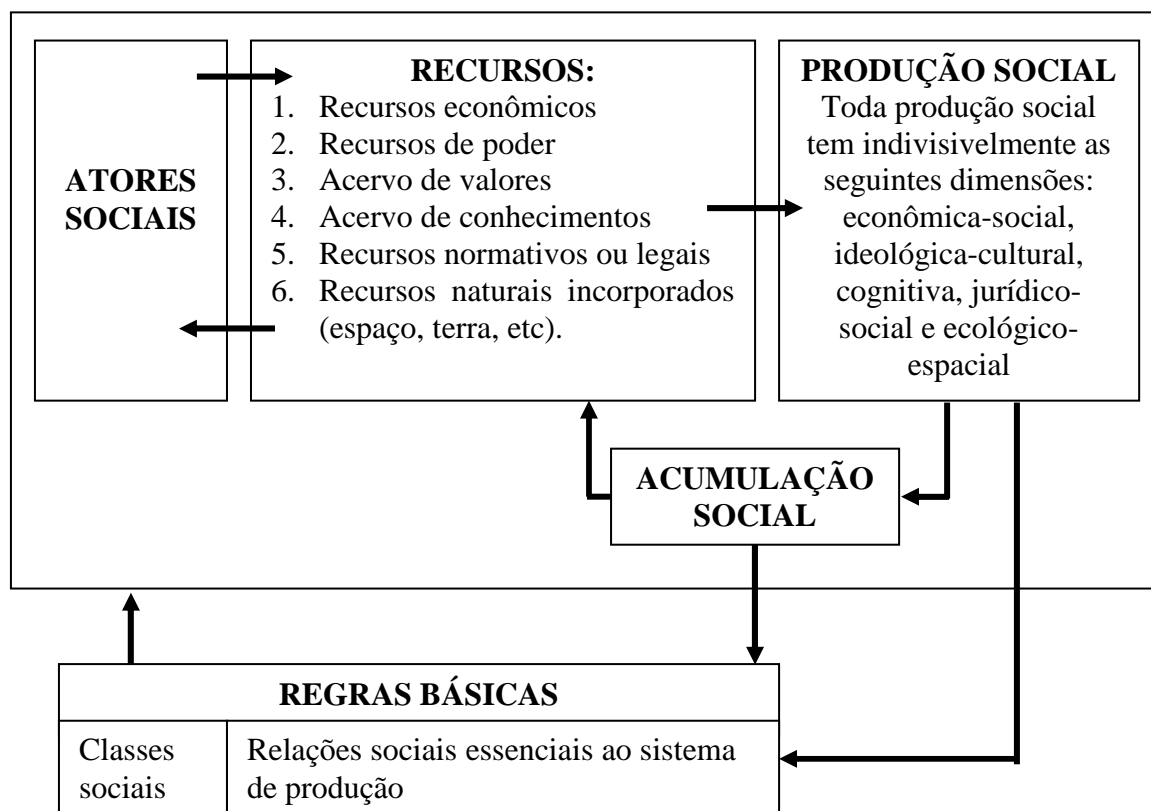
Se todo o que existe foi produzido pelo homem em sociedade (salvo a natureza intocada), então explicar a existência atual ou potencial dos produtos dos homens exige uma teoria da produção social, na qual a produção de bens e serviços econômicos é apenas uma parte. Neste sentido, o conceito de situação supõe senão a existência, pelo menos a possibilidade de uma teoria integradora da totalidade social (Matus, 1996:105,107).

Matus baseado na teoria marxista, afirma que a produção social compreende os processos de produção econômica, política, ideológico-cultural, cognitiva, entre outras, da ação dos homens em sociedade, mediante análises de seus processos criativos e leis comuns, assim como das inter-relações entre os processos particulares. O ator pode criar novas situações a partir de suas capacidades (políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, culturais, entre outras), através do processo de produção social, mas também o processo de produção social altera as próprias capacidades do ator.

A produção social pode ser vista como um circuito em que toda a produção realizada por um ator social supõe, inevitavelmente e entre vários outros, o uso de recursos econômicos e de poder, a aplicação de valores e de conhecimentos. Por sua vez, toda produção social reverte ao ator-produtor como acumulação social (ou desacumulação) de novos recursos econômicos, de poder, reafirmação, questionamento, ou surgimento de novos valores e acumulações de novos conhecimentos. (Matus, 1996:109 – figura 8).

Em outras palavras, ao produzir fatos o ator aplica determinados recursos, que retornarão a ele aumentados (acumulações) ou diminuídos (desacumulações). O conceito da produção social apóia, de forma prática o conceito de situação na explicação situacional realizada por um ator e aponta para a existência na realidade de dois processos unificadores: (a) ninguém pode produzir um fato social sem afetar as diversas dimensões mencionadas anteriormente, e os produtores sociais passam por instâncias comuns de acumulação e desacumulação social; (b) um mesmo jogo de regras básicas determina o espaço de variedade possível dos processos de acumulação e desacumulação social (figura 8).

FIGURA 8. O PROCESSO DE PRODUÇÃO SOCIAL



FONTE: Matus (1996:110).

No modelo de produção social proposto por Matus, a realidade está dividida em três níveis:

- Nível 1, os fatos propriamente ditos ou Fenoprodução, fluxos de produção social ou fenômenos (multidimensionais), que correspondem à produção de resultados por parte dos atores sociais;
- Nível 2, das acumulações ou Fenoestrutura, que corresponde às capacidades de poder (acúmulos ou estoques de poder) dos atores sociais, abrangendo estes os atores econômicos, políticos, sociais e ideológicos (organizações sociais em geral);
- Nível 3, das leis sociais básicas ou Genoestrutura (acumulações básicas de determinação), que corresponde às estruturas econômica, jurídica-política e ideológica, ou às regularidades básicas dessas estruturas enquanto determinantes últimos das capacidades de poder e da produção de resultados, sob o comando final do econômico (Rivera, 1995:154-155).

Matus aplica a teoria da produção social no momento da explicação do problema, através da montagem do Fluxograma Situacional, instrumento que serve para localizar as causas que geram o problema em os três níveis acima assinalados. O Fluxograma Situacional permite estabelecer a rede de relações causais, oferecendo uma visão mais

ampla do problema explicado e, portanto, uma atuação mais efetiva. Ao desenvolver o momento explicativo, veremos com detalhe a construção do Fluxograma Situacional.

O autor utiliza a metáfora do jogo, para explicar a teoria da produção social e mostrar o caráter conflitante dos processos que nela se produzem. Parte do jogo, não como sistema com regras fechadas, senão como processo criativo, conflitivo e complexo que possui regras e algumas jogadas têm conseqüências previsíveis. No entanto, como as jogadas respondem a estratégias dos jogadores, é difícil prever as próprias jogadas.

Um bom exemplo para compreender a análise situacional e o processo de produção social é o jogo de Monopólio, porque tem regras estabelecidas previamente que conformariam as genoestruturas do jogo, tais regras definem quem são os jogadores, o número de jogadores permitidos e quais devem ser suas capacidades de produção no jogo, isto é os movimentos ou jogadas possíveis. Também permitem e proíbem, inibem e estimulam as ações possíveis, definindo assim um espaço de ação possível.

Ao mesmo tempo os jogadores são e têm capacidades acumuladas de produção e de direção (em parte), quer dizer, que são fenoestruturas humanas e possuidores de outras fenoestruturas. Cada jogada que um jogador faz como fenoestrutura constitui a produção do sistema, permitindo-lhe a cada jogador acumular o desacumular ativos econômicos, transformando as fenoestruturas econômicas que pertencem aos jogadores. Então, as jogadas se fenoestructuram como acumulações econômicas, como relações de poder ou relações de força e de destreza entre os jogadores.

A situação do jogo ou ato de produção social, depois de cada jogada, muda de forma diferente para cada jogador, uns perdem e outros ganham. Ou seja, para os diversos jogadores uma mesma realidade de jogo apresenta em cada momento diferentes situações.

As capacidades de produção dos jogadores não são inalteráveis, adquirem-se na prática do jogo. Durante o jogo como no sistema social o processo cruza múltiplas dimensões, os jogadores fenoestructuram habilidades práticas, conhecimentos sobre os outros jogadores, destrezas e valores.

As jogadas possíveis estarão condicionadas pelas capacidades fenoestruturais diferenciadas dos jogadores, no jogo de Monopólio quanto mais habilidade e mais ativos econômicos possui um jogador, sua capacidade no momento do jogo será maior, em relação às de um jogador com iguais habilidades e menos ativos. Configurando-se em cada situação um espaço de produção possível, é nesse espaço onde o jogador pode realizar movimentos que constituem sua produção social. Além disso, se criam problemas e oportunidades em função das capacidades fenoestruturais, que de acordo

com a proporção das acumulações de cada jogador será possível resolver os primeiros e aproveitar as segundas (Matus, 1996).

A analogia entre este jogo e o sistema de produção social seria mais próxima se suas genoestruturas ou regras permitissem jogadas capazes de transformar as regras do jogo. Então o jogo não teria um final fechado, dos que perdem e ganham, senão que seria aberto às capacidades criativas dos jogadores, cujo objetivo seria ter as condições para consolidar as regras do jogo vigentes ou mudar regras do jogo em curso.

No sistema social, as regras não são imutáveis, pelo contrário mais determinantes e difíceis de serem mudadas, e a diferença do jogo os atores sociais (jogadores) têm objetivos conflitantes e diferentes (Matus, 1996).

Para uma melhor compreensão detalharemos a seguir os níveis da realidade propostos por Matus: Fenoprodução, Fenoestrutura e Genoestrutura.

O nível 1 da Fenoprodução ou Fluxos de Produção está representado por todo e qualquer fato (econômico, político ou social). Por exemplo, no caso da saúde um fato político: uma greve dos profissionais da saúde; um fato epidemiológico: o aumento da prevalência de diabetes, a diminuição da mortalidade infantil; a produção de serviços: consultas para acompanhamento pré-natal, internações hospitalares.

Neste nível dos fluxos de produção social temos as ações cotidianas dos atores sociais e os resultados oferecidos pelo sistema social. Por exemplo, um homem busca emprego (ação) porque o sistema produz desemprego (resultado) e o desemprego se mede pelos homens que buscam emprego (ação), assim certos fluxos terminais de produção social servem para precisar os resultados do sistema em que vivemos (Matus, 1996).

O entendimento da produção destes fatos dependerá de quem e como são produzidos, ou seja, provêm das capacidades acumuladas no sistema em diferentes planos da realidade (econômico, político, ideológico ou cognitivo). *As capacidades acumuladas correspondem ao segundo nível, o das Fenoestruturas ou Acumulações Sociais* que condicionam os fluxos de produção social.

Os valores, ideologias, técnicas, fábricas, infraestruturas físicas, sistemas, instituições, capital, partidos políticos, conhecimentos, personalidades, entre outras, são fenoestruturas. No caso da saúde temos o hospital como Fenoestrutura capaz de produzir serviços (consultas, internações) e ou próprio médico como fenoestrutura individual com conhecimentos e capacidades acumuladas.

As Fenoestruturas constituem principalmente o nível dos atores sociais capazes de produzir fatos e existem somente no espaço permitido pelas *Genoestruturas, que conforma o nível 3*, que é o plano da última instancia das múltiplas determinações.

Neste nível estão as leis básicas que regem todo o sistema. Para Matus trata-se do nível mais essencial que determina a variedade do possível, sendo ao mesmo tempo, um resultado de uma determinada relação de forças, que condicionam o espaço das regras básicas.

As genoestruturas são produto dos atores sociais, os quais geram fatos que se genoestruturam, de acordo com as relações de forças que prevalecem em cada situação. Portanto, as Genoestruturas constituem o nível que segundo Matus determina mais fortemente os outros dois não sendo permanentes e imutáveis porque se constituem historicamente. Do ponto de vista da intervenção, é o nível mais inacessível, mas o que, ao ser alterado permite mudanças mais profundas.

Para o autor saber distinguir cada nível tem uma importância vital na explicação situacional e no planejamento, já que sugere a necessidade de elaborar estratégias e táticas que levem em conta as limitações que se dão nos três níveis assinalados. Por exemplo, no nível local será difícil atuar sobre um problema que está limitado pela genoestrutura vigente.

Como foi dito anteriormente, os atores sociais podem gerar transformações nos fluxos de produção social que alteram as fenoeestruturas, e estas últimas podem abrir caminhos para produzir fatos que alterem as genoestruturas, só que para alcançar a mudança, a estratégia consiste em percorrer uma cadeia de eventos, que começam pela produção de fatos situados no espaço de atuação de nossas capacidades atuais e que têm como efeito sua aplicação (Matus, 1996).

A situação ao ser definida como um recorte da formação social se articula com a teoria da produção social, ou seja, precisa estar constituída dos três planos: o dos fatos propriamente ditos ou Fenoprodução, o das acumulações ou Fenoeestrutura e o das leis sociais básicas ou Genoestrutura.

A situação no planejamento estratégico-situacional, trata de explicar a realidade que se tornou problemática desde o ponto de vista dos interesses dos atores. Essa explicação é rigorosa, na medida em que além de analisar os problemas como meros fatos ou fluxos de produção, avança no sentido de discriminar como esses fatos podem ser explicados em função das capacidades de produção e estas últimas, por sua vez, em função das estruturas essenciais (Rivera, 1995:156).

Porém, Rivera (1995:159) assinala que Matus reconhece que alguns problemas podem ser analisados no plano das acumulações e/ou no plano fenomênico, outros no plano das leis sociais básicas, alguns no espaço geral (do governo central), outros no espaço local (e em determinados planos).

Por conseguinte, para Rivera (1995) baseado em Habermas (1987) a profundidade de uma explicação se subordina ao objetivo de dominar uma determinada situação e o rigor explicativo deixa de ser uma questão transcendentemente imperativa e assume contornos pragmatistas, o qual deve ser reafirmado.

Outro ponto que destaca Rivera (1995) é que o processo de produção social permite-nos compreender as fortes relações entre o político e o econômico. As regras políticas básicas determinam e são determinadas pelas regras econômicas, por sua vez as regras econômicas determinam o tipo de acumulações econômicas possíveis, essas acumulações econômicas condicionam as relações de forças e estas condicionam as regras políticas possíveis.

Matus (1996:123) traz um exemplo, onde as regras básicas podem ser dominadas pelas idéias de oportunidade e igualdade de resultados (distribuição de renda), sendo que no caso de que as regras derem maior ênfase à igualdade de resultados, se podem gerar conflitos com as motivações para a produção econômica e o avanço inovador, aumentando as desigualdades de resultados.

Desta forma seriam incompatíveis as motivações para a produção econômica com a satisfação da maioria por resultados sociais, refletindo consideravelmente nos setores mais pobres e menos favorecidos pela distribuição econômica, que em muitos casos chegam ao extremo da miséria. É assim como inevitavelmente o processo de produção social distribui as rendas, bens e serviços econômicos, poder, liberdade, conhecimentos e doenças de forma mais o menos desigual.

Nesse sentido, compartilhamos as considerações feitas por Rivera (1995), ao entender as relações entre economia e acumulações como relações mútuas e contingentes, que possuem um sentido determinístico apriorístico. Além disso, para o autor:

[...] se torna necessário compreender as acumulações ou organizações, não apenas como capacidades de produção social, no sentido instrumental, senão também como expressões dos elementos individuais, normativos e culturais do mundo da vida dos atores particulares dessas organizações. Rivera (1955:158)

A situação e suas diferentes relações tanto internas como no cenário internacional (quadro 11 e na figura 9), permitem entender o planejamento da mudança situacional como uma concorrência e luta entre as diferentes forças sociais, para alterar ou preservar as relações de fenoprodução, fenoestruturação e genoestruturação; no interior

da situação nacional e em suas relações com o cenário internacional, com suas conseqüências sobre a variedade do possível no fenômeno (Matus, 1996:127).

As múltiplas relações apresentadas no quadro 11 e na figura 9, são observadas na produção e reprodução da sociedade onde se dá uma dinâmica de fatos/acumulações/genoestruturas. Para Rivera (1995) essa construção está influenciada formalmente pela biologia expressada através da relação de determinação genótipo/fenótipo, assim como de maneira real pelo marxismo através da leitura de Kosik, referida à distinção entre essência (genoestrutura) e aparência (fenoestrutura e fenoprodução).

Segundo essa última visão a realidade supõe dois planos, articulados dialeticamente:

- O plano do fenômeno ou da pseudoconcreticidade, neste os indivíduos produzem de maneira fragmentária e alienada suas próprias existências e se defrontam com um mundo como se este fosse um conjunto de condições naturais objetivas e permanentes (reificação). Portanto, a natureza deste plano é eminentemente prática;
- O plano da estrutura, da essência ou da “coisa em si”, é a abstração conceitual que os sujeitos devem realizar para descobrir o social, plasmada em estruturas produzidas historicamente pelos coletivos, estruturas essas que apesar de não serem evidentes e imediatas representam a legalidade própria do fenômeno, determinando-lo e explicando-lo (Kosik, 1976 apud Rivera, 1955:155-156).

Na leitura que faz Rivera (1995), a genoestrutura matusiana ao mesmo tempo em que se constrói por realidades que determinam uma dada ordem social, pode ser modificada pelos homens mesmos. Por exemplo, a representação geral de um Estado de classes.

Nesta concepção de produção social a denominada superestrutura (a estrutura político-jurídica e a ideológica) está distribuída pela genoestrutura (que abriga o caráter geral do Estado e a ideologia) e pela fenoestrutura (que inclui o Estado particular como realidade administrativa historicamente específica, e as corporificações ideológicas peculiares e evidentes). Destacando, que a fenoestrutura como os planos dos fluxos de produção social, têm uma natureza multidimensional, ao incorporar as várias dimensões da realidade onde se expressa o poder como recurso ou capacidade instrumental (Rivera, 1995:156).

QUADRO 11. RELAÇÕES FUNDAMENTAIS NA EXPLICAÇÃO DA REALIDADE

(a) Relações no interior da situação: são as relações importantes que se produzem nos três planos

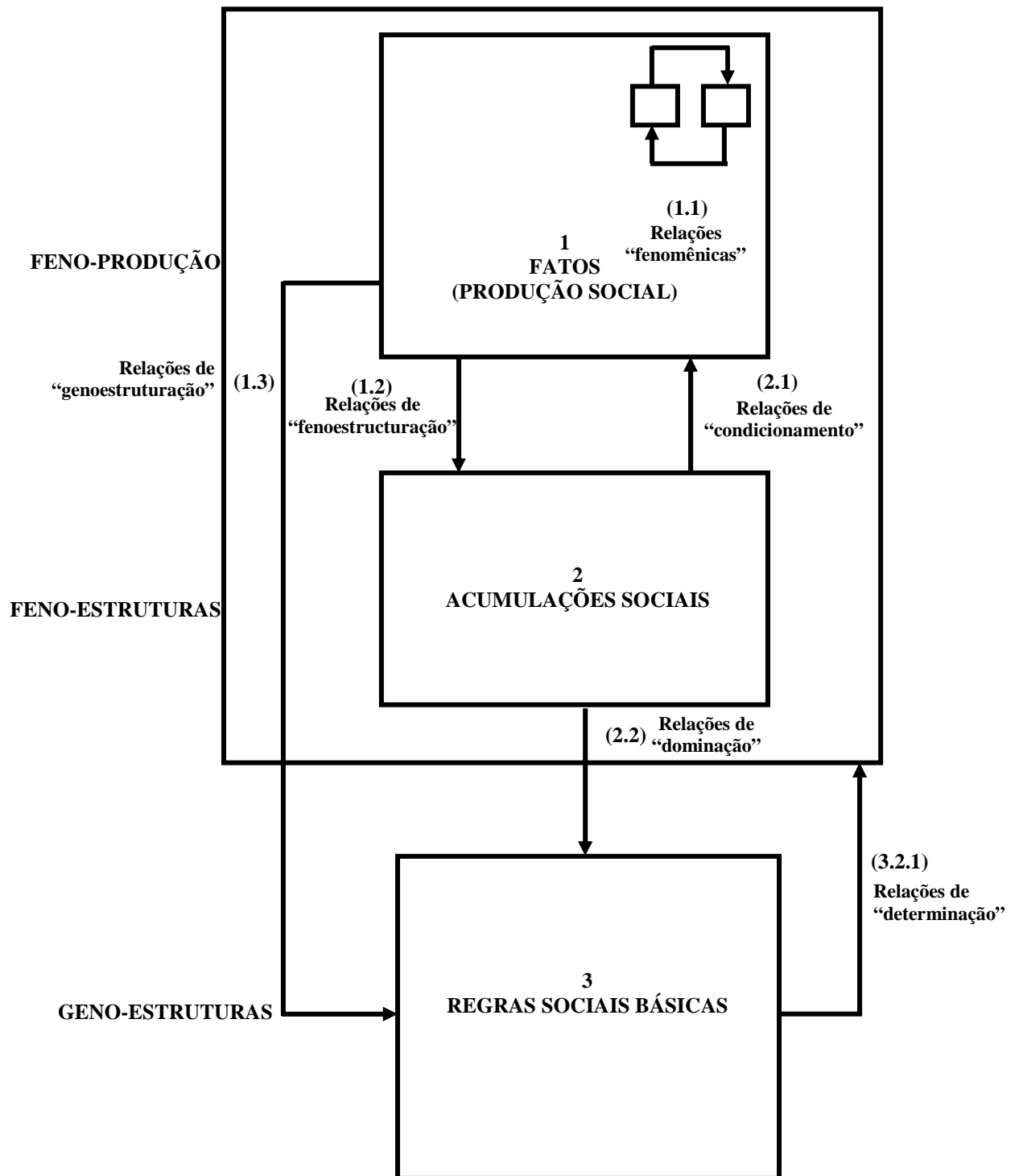
- **As relações “fenomênicas” (1.1)**, são as expressões distintas da interação entre diferentes fatos sociais, políticos, econômicos, entre outros. Por exemplo, a relação que liga uma greve prolongada em uma fábrica têxtil à paralisação de uma empresa de confecções e vestuário;
- **As relações de “fenoestruturação” (1.2)**, elas expressam os processos pelos quais os fatos se acumulam como capacidade de produção social. Por exemplo, a produção investida se fenoestrutura como um capital nacional maior e mais variado, ampliando a subsequente capacidade de produção de bens e serviços;
- **As relações de “condicionamento” (2.1)**, são as fenoestruturas que definem o espaço de possibilidades da produção social. O “condicionamento” é a capacidade de produção de uma fenoestrutura social. Por exemplo, se o poder de um partido político é X há uma variedade de fatos que ele não pode produzir;
- **As relações de “dominação” (2.2)**, com estas as fenoestruturas vigentes definem o espaço de variedade possível às regras genoestruturais na situação;
- **As relações de “genoestruturação” (1.3)**, se referem ao processo pelo qual determinados fatos conformam ou alteram as regras genoestruturais. Por exemplo, quando o governo da Venezuela nacionalizou o petróleo, produziu-se um conjunto de fatos na fenoprodução que alterou as regras do sistema de propriedade das riquezas básicas do país;
- **As relações de “determinação” (3.2.1)**, são aquelas através das quais as regras genoestruturais determinam a variedade possível dos fenômenos políticos, econômicos, e sociais. Ou seja, estas relações possibilitam certos resultados e impedem o alcance de outros. Por isso, se desejamos melhorar significativamente a distribuição da renda, mais mantemos inalteradas as genoestruturas que privilegiam a propriedade privada concentrada em grandes empresas de poucos proprietários, não será possível alcançar nosso objetivo. O autor destaca a importância de mudar as regras básicas do sistema ou alterar as condições reais em que elas operam e produzem determinados resultados. Quer dizer, que o espaço de variedade dos resultados possíveis é um efeito combinado das regras genoestruturais e da realidade concreta em que elas operam. As regras por se só, não determinam nada.

(b) Relações entre a situação nacional e o cenário internacional: aqui se destacam três relações importantes

- **As relações de intercâmbio fenoprodutivo**, se referem aos fluxos de fatos que circulam entre a situação nacional e o cenário internacional. Por exemplo, no plano econômico, as importações e as exportações de bens e serviços e de condicionamentos sistemáticos entre a fenoprodução nacional e internacional; no plano político, as influências mútuas entre fatos políticos nacionais e internacionais; e no plano ideológico-cultural o intercâmbio de idéias e valores;
- **As relações de articulação fenoestrutural**, através delas se conformam associações de forças entre organizações nacionais e internacionais no plano político, econômico ou ideológico-cultural;
- **As relações de inserção genoestrutural**, pelas quais as forças e classes dominantes na situação nacional colocam-se em um determinado sistema mundial de produção social e participam, mesmo que com contradições, de seus valores essenciais, seus objetivos, e modos de produção, tendo como projeto central a reprodução do sistema ao que pertencem. Determinando o espaço de variedade das possibilidades de intercâmbio fenoprodutivo e da articulação fenoestrutural.

FONTE: Matus (1996:123-127).

FIGURA 9. RELAÇÕES FUNDAMENTAIS NA EXPLICAÇÃO DA REALIDADE



FONTE: Matus (1996:124).

II.4.2 A Teoria da Ação

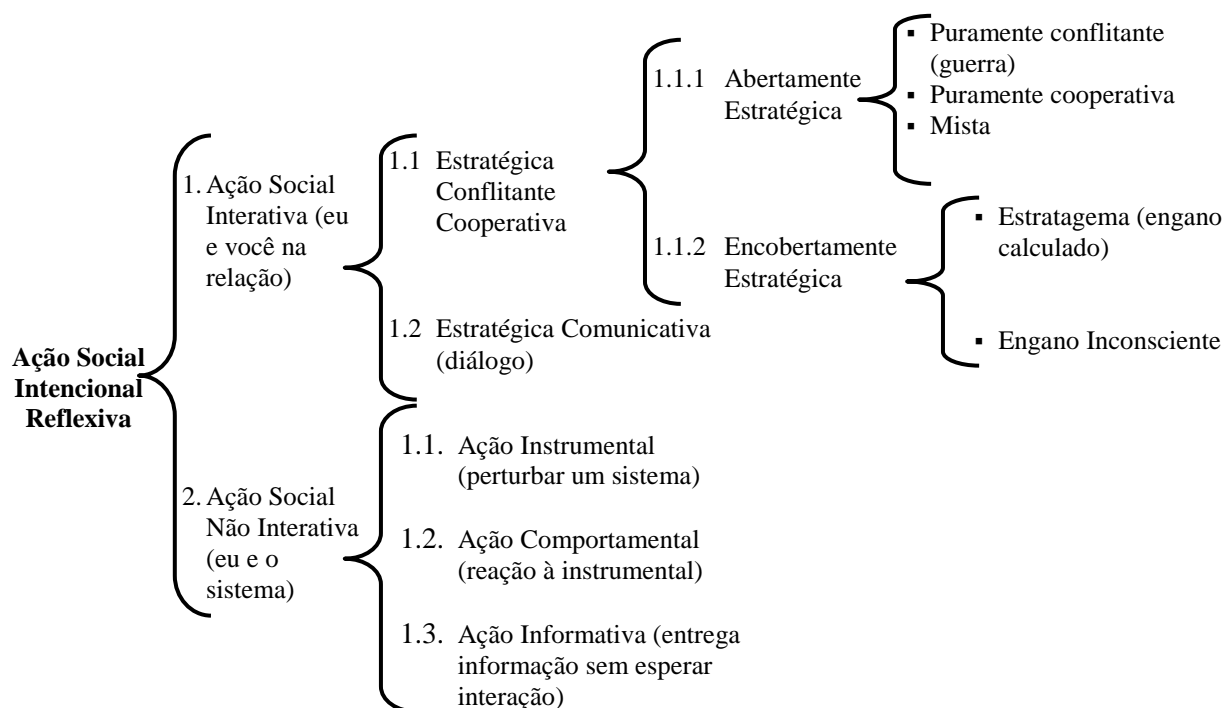
Matus (1996:81-92) desenvolveu a teoria da ação, na qual a ação se refere a um tipo especial de ação humana, à que denomina *ação intencionada e reflexiva*, mediante a qual quem produz a ação espera de forma consciente alcançar determinados objetivos, em uma situação de cooperação ou conflito com outros atores sociais.

Deste modo, a ação é uma categoria situacional, que não tem igual significado para todos os atores, tendo somente uma interpretação situacional, seu significado será ambíguo sem a explicação do contexto situacional e sem a interpretação do ator. Por isso as ações superam o que os atores afirmam que fazem.

O significado da ação não é único, é susceptível de várias interpretações situacionais, depende da auto-referência dos atores nela envolvidos e do contexto situacional que a precede e que a segue. Eis para Matus (1996:82) uma primeira conclusão: “a ação somente é concreta em uma situação concreta, e aí se define com distintos significados para os diversos atores sociais”.

A teoria da ação de Matus se baseia na ação intencional e reflexiva, classificando-la em dois grandes tipos: ação social interativa (à qual lhe atribui um sentido estratégico) e ação social não interativa ou comportamental (figura 10).

FIGURA 10. TAXONOMIA DA AÇÃO SOCIAL. INTENCIONAL E REFLEXIVA



FONTE: Matus (1996:84).

O autor relaciona o planejamento estratégico com a ação interativa, onde interagem vários agentes que planejam e o modelo é o de estímulo-resposta criativa. Neste a ação de um ator depende da do outro, além do Estado existem outros atores e o sistema planejado é subjetivo e criativo, não pode ser tratado como objeto, reduzido a comportamentos.

Dentre as características da ação social interativa destacam: (a) produz o cálculo interativo entre eu e o outro na situação, reconhece sempre sujeitos-atores que interagem criativamente, trocando movimentos e significados; (b) cada ator avalia a situação, para decidir sobre a próxima ação, levando em conta as possíveis reações e ações do outro ator em forma probabilística (Matus, 1996:83-84). Este tipo de ação se classifica como (figura 10):

- Estratégica conflitiva ou estratégica comunicativa: aqui há intercâmbios de ações.
- Estratégica comunicativa: aqui há intercâmbios de atos de fala em um diálogo entre atores

Para o autor, qualquer dessas ações (conflitiva ou comunicativa) pode ser abertamente estratégica ou encobertamente estratégica. A primeira pode ser puramente conflitiva (como a guerra), puramente cooperativa ou mista. E a segunda pode constituir-se em um estratagema (engano calculado) ou em um engano consciente (figura 10).

Para o autor o planejamento tradicional econômico normativo se corresponde com a ação não interativa, porque admite a ação instrumental, donde se tem um ator que planeja (Estado) e o resto dos atores que integram o sistema planejado agem segundo como se fossem objetos que seguem leis. Isto é, com uma conduta previsível e repetitiva, própria do modelo tradicional de causa-efeito. No sistema econômico os agentes econômicos são reificados e não existe interação criativa.

Portanto, neste tipo de ação se estabelece uma relação unidirecional entre eu e o sistema, equivalente praticamente a coisas, sempre existe um sujeito que provoca uma ação sobre um objeto e se espera reaja segundo o comportamento esperado. Matus (1996) explica este tipo de ação utilizando a teoria comportamental, onde o objeto não inter-atua com o sujeito, só produz efeitos previsíveis. Se o objeto contém sujeitos estes são tratados como coisas.

A ação social não interativa esta determinada por as leis que regem o sistema social, as quais podem provocar determinados estímulos, para gerar reações previstas. Na figura se pode observar que Matus (1996) classifica este tipo de ação como:

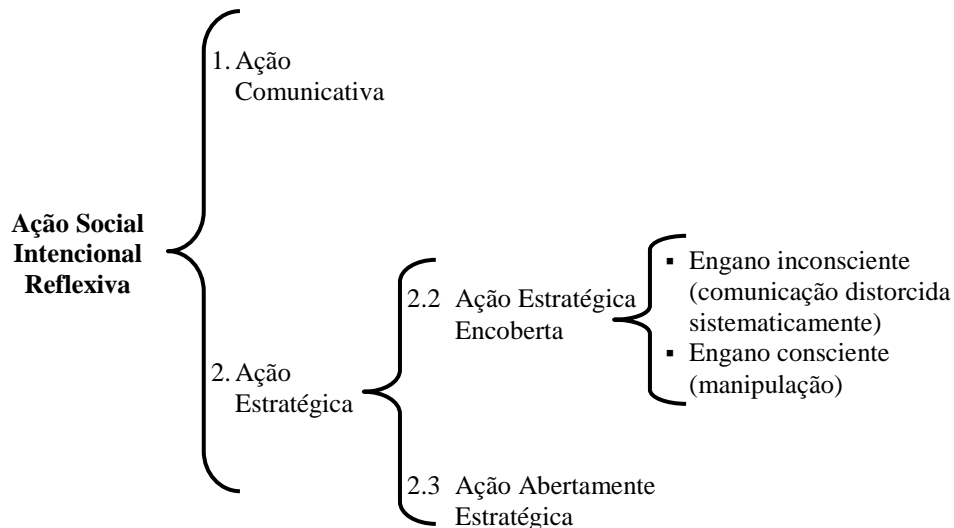
- Ação instrumental: é a intervenção sobre um objeto esperando-se um determinado comportamento;

- Ação comportamental: é a reação estável e previsível do objeto diante a ação instrumental provocada;
- Ação informativa: onde o elemento perturbador é uma informação.

Segundo Rivera (1995:161), a provável fonte da taxonomia que utiliza Matus é a taxonomia desenvolvida por Habermas (1987) para fazer a análise do agir teleológico e do agir comunicativo (figura 11). Em uma classificação mais simples Habermas faz uma distinção entre a ação estratégica e a ação comunicativa (as características de ambas foram desenvolvidas no ponto II.1 deste capítulo) explicitando o significado de ação estratégica encoberta, que apresenta duas opções:

- O engano consciente, nesta um ator passa a impressão para o outro de que se comporta comunicativamente, quando na verdade de maneira consciente se comporta estrategicamente (o outro não se apercebe do caráter estratégico da ação deste);
- O engano inconsciente, o ator pensa que se está comportando estrategicamente e, na verdade, seu comportamento é estratégico (bloqueios intra-psíquicos e defesas inconscientes. Rivera, 1995:161).

FIGURA 11. TAXONOMIA DAS AÇÕES SOCIAIS DE HABERMAS (1987)



FONTE: Habermas (1987).

As críticas de Rivera (1995:161-162) e Artmann (1993:164-167) à teoria da ação de Matus apontam para duas questões centrais. A primeira diz respeito à mistura entre o agir estratégico e o agir comunicativo que faz Matus ao se referir a uma variável “estratégico-comunicativa”, a diferença de Habermas que sustenta uma clara

diferenciação entre estes, devido a que manifestam formas de orientações bem diversas, uma voltada para o êxito e a outra para o entendimento.

Destacando que Habermas reconhece que uma mesma ação pode ser simultaneamente, comunicativa, se olhada a partir do interior de um mesmo mundo da vida (onde os participantes coordenem comunicativamente suas ações), e estratégica, em relação a outros mundos da vida irreconciliáveis.

Matus não estabelece claramente uma forma comunicativa plena, parecera que o autor confunde toda interação com ação estratégica. Isto fica evidenciado na forma como divide a ação interativa, em estratégico-comunicativa e estratégico-conflitiva ou cooperativa, submetendo assim, a ação comunicativa á ação estratégica, sendo que segundo Habermas, a primeira é a base da segunda, da qual aquela é derivada.

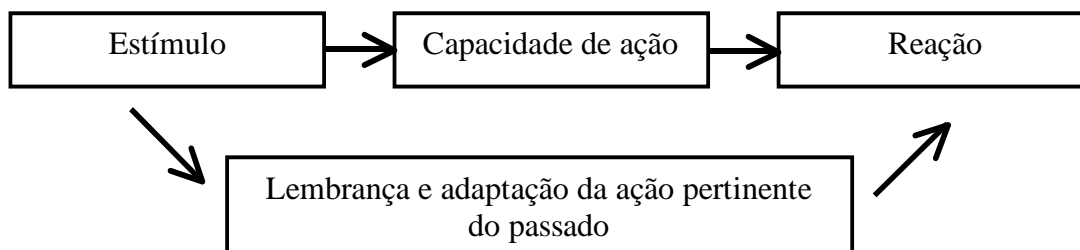
A segunda crítica de Rivera (1995) obedece a que Matus não estabelece uma distinção muito clara entre as trocas de ações (ou de movimentos) inerentes à ação estratégica conflitiva ou cooperativa, e a troca de atos de fala inerentes à ação estratégica comunicativa. Como em uma ação estratégica conflitiva ou cooperativa não existe uma troca de atos de fala?, se considerarmos segundo Habermas que inclusive na ação estratégica processam-se atos de fala (e não um agir comunicativo).

Apesar de que Matus inclui uma ação estratégica comunicativa na sua taxonomia, posteriormente não considera explicitamente o agir comunicativo. Porém, na teoria de Matus existem traços comunicativos apresentados nos pontos anteriores.

Teoria do Comportamento versus Teoria da Ação Estratégica

Segundo Matus (1996) as concepções tradicionais do planejamento admitem que organismos e atores sociais se comportem de forma previsível, presume-se que os atores têm condutas predizíveis porque reproduzem as experiências passadas sobre a conduta presente e futura. Para os atores o futuro seria a reprodução do passado e não a criação do futuro. O comportamento supõe a seguinte relação:

FIGURA 12. RELAÇÕES SEGUNDO A TEORIA DO COMPORTAMENTO



FONTE: Matus (1996:85).

Ao variar a capacidade de estímulo e supondo que as capacidades ficam constantes, seria possível conhecer com antecipação a reação esperada. Assim mesmo, se o estímulo ficar constante e se alteram as capacidades, é possível prever a ação resultante. Esta é a estrutura mais geral das chamadas funções do comportamento.

Um exemplo de aplicação dessas funções na área da economia é a chamada função de consumo, na qual os estímulos ficam representados pela elasticidade-preço dos produtos consumíveis e pela propensão a consumir, enquanto que as capacidades se expressam na renda disponível para os gastos. Assim, se poderiam manipular os estímulos ou as capacidades, para obter determinado comportamento (Matus, 1996).

Para o autor esta teoria da resposta a casos particulares e quando se pretende utilizar para explicar a ação dos indivíduos, das forças sociais e das organizações, apresenta serias limitações, especialmente quando se trata da interação de vários indivíduos em sistemas cooperativos e conflitivos. Para Matus (1996:86-87), as razões que sustentam o anterior são:

- O conceito de estímulo é impreciso, externo e cai no vazio situacional. Indiferentemente da situação em que ocorre o estímulo, assume-se que a reação do ator será sempre a mesma. Neste sentido, não há como tirar conclusões sobre sua persistência, mudança de natureza e sensibilidade do ator ante sua presença em diferentes situações;
- A maneira como a reação re-impacta sobre o estímulo para explicar seu reforço, enfraquecimento ou mudança de natureza não é clara;
- Sempre há uma *rotina comportamental*, que não deixa espaço para o juízo estratégico e criativo sobre a necessidade, possibilidade, oportunidade, persistência e impacto esperado da ação.

Por outro lado, o autor propõe a teoria da ação estratégica, para tentar superar as limitações assinaladas anteriormente através de:

- A definição do estímulo como o juízo de necessidade que surge de comparar o que é (situação presente) e o que deve ser (situação desejada) de um ator em uma situação concreta;
- A definição da norma sobre a ação necessária, baseando-se no juízo da necessidade, que ao início se gera sob a forma de uma insatisfação imprecisa e só mais tarde se transforma em um problema, em um espaço situacional determinado que deve ser enfrentado pela ação selecionada;
- Explicitar o julgamento de possibilidades da ação a partir da articulação entre o dever ser e o poder ser em um cálculo estratégico complexo;

- O estabelecimento do cálculo da ação estratégica como juízo da eficácia (partindo do julgamento anterior), apoiado em um processo de pré-alimentação sobre o futuro simulado (sobre os resultados alcançáveis com a mudança situacional provocada pela ação) e de retroalimentação ao passado recente (aprendizagem do passado);
- Estabelecer um juízo de oportunidade para decidir e atuar no momento preciso;
- Estabelecer o juízo de continuidade, interrupção ou mudança da ação, que exige informação oportuna sobre os efeitos alcançados (Matus, 1996:86,87)

Conseqüentemente, a ação de um estímulo persistente que gera uma situação de insatisfação e irresolução, onde ainda não é possível resolver um problema, é o início da ação estratégica. Esse quase-problema é geralmente cego para outras possibilidades, podendo o ator (apenas parcialmente) enfrentar com êxito tal cegueira, estimulado pela tomada de consciência situacional e pela transformação do quase problema em um problema, em um espaço definido.

Matus (1996) destaca que a definição do problema é um processo de deliberação (em equipe) ou de reflexão situacional (individual), é a análise situacional que gerará os limites das possíveis soluções para o problema em um espaço determinado, estabelecendo uma negociação provisória ou definitiva de outros espaços de possibilidades para seu enfrentamento. A análise situacional constitui um processo de criação e omissão de possibilidades para a ação. Destacando que as possibilidades imagináveis de enfrentamento de um problema estão pré-contidas na definição do espaço e do vetor de definição do problema (VPD), referendo-se as duas a um ator e a uma situação.

O cálculo se complica ao incorporar aos outros atores participantes da interação, mas devem ser feitos considerando-los, porque é a única maneira de torná-lo eficaz. Se os atores são oponentes, é provável que o que é propício para um, seja desfavorável para o outro. Neste sentido o outro é uma fonte de estímulos para nossa ação e ao mesmo tempo limita nossas liberdades (Matus, 1996).

Neste ponto se evidencia que o paradigma matusiano está centrado na ação estratégica, apesar de referir em sua taxonomia de ação o modelo comunicativo, submete esta última à primeira, o que para nós configura uma distorção (Artmann, 1993).

Ação Estratégica, Ação Regulada e Reação

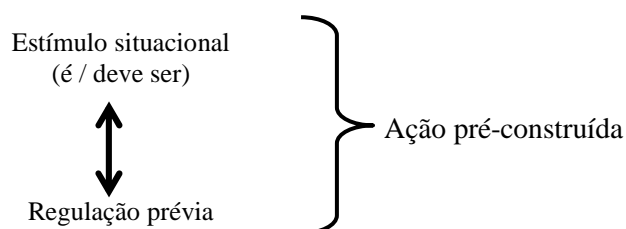
Para Matus (1996:90) além da ação estratégica é importante considerar outras ações (a regulada e a reação), porque esta é o resultado de um esforço especial necessário e possível somente em situações particulares, que não constitui uma regra geral, nem a

única forma de planejamento. O autor assinala que a interação entre os três tipos de ações é complexa, conflitiva e criativa.

As ações estratégicas, são ações criativas dominantes, criam espaços de determinação e condicionamento para a existência das ações reguladas e das reações. As ações reguladas referem-se a processos repetitivos, enquanto que as reações são próprias às quebras no ritmo de tempo da mudança situacional e geralmente respondem a surpresas que se desenvolvem em alta velocidade.

A ação regulada, responde a problemas bem estruturados, repetitivos, que permitem a aplicação de normas pré-concebidas para chegar a sua solução. Podendo ser uma regulação formal (norma institucional), ou um padrão de conduta estruturada. Para Matus (1996:90) a trajetória que segue a ação regulada se apresenta a seguir.

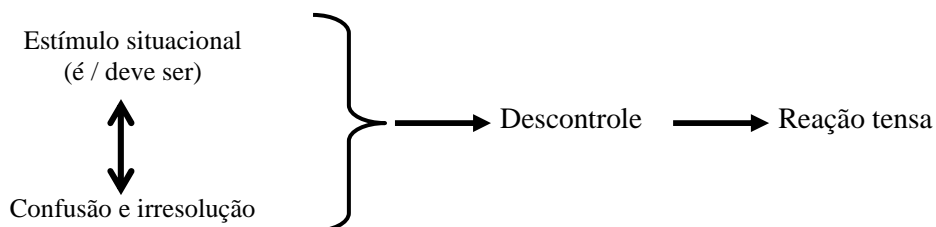
FIGURA 13. TRAJETÓRIA DA AÇÃO REGULADA



FONTE: Matus (1996:90).

Na reação devido à velocidade na mudança situacional gerada pelo estímulo, as resoluções são impossíveis. A mudança veloz típica das conjunturas tensas em que os atores perdem o controle de tempo gera confusão e irresolução, sendo, contudo situacionais, enquadradas se pré-configuram em um espaço as possibilidades. A trajetória é a seguinte:

FIGURA 14. TRAJETÓRIA TÍPICA DA REAÇÃO



FONTE: Matus (1996:91).

Segundo o autor, o descontrole e a reação tensa às vezes é inevitável, mas é possível esfriar a situação com alguns métodos especiais.

Processos Criativos e Criação de Possibilidades

Para Matus (1996:92) existem três tipos de variáveis que explicam a natureza das ações dos indivíduos nas organizações humanas:

- a) Intenções potenciais de ação, cujo limite é a imaginação (intenções possíveis);
- b) Capacidades de ação, cujo limite é a disponibilidade de recursos escassos para produzir ações;
- c) Necessidades de ação (intenções reais), cujo limite é a necessidade atual ou situacional.

Quanto mais estreita é a interseção comum aos três espaços, menor é a variedade de ação possível e, portanto, ante um estímulo a resposta do ator tende a ser repetitiva. Para Matus (1996:93-94) há dois tipos de interseções a estreita e a ampla. A primeira se dá quando o espaço das capacidades que potencializam a ação é muito pequeno, dominando neste caso a ação de tipo comportamento previsível. Deduz-se assim um princípio da ação estratégica: a via mais efetiva para um ator fazer mais previsível a estratégia de seu oponente é reduzir seu espaço de capacidade de ação.

Esta afirmação de Matus ilustra as críticas que vínhamos sustentando. Em palavras de Rivera (1995:164) “a ação estratégica supõe a reificação do outro, na medida em que este último é confinado ao espaço da ação meramente comportamental”. Sem desaparecer dos contextos interativos a ação comportamental continua estando presente, enquanto uma ação que desejamos para o outro (na tentativa de produzir-la ativamente, intervindo na sua situação). Porém, Rivera reconhece que a ação estratégica existe é real, mas não é o todo.

Na interseção amplia o espaço da criatividade prática, é também muito grande e gera variedade de respostas criativas e imprevisíveis, as que se refere ao cálculo interativo; dominando neste caso a imaginação porque esta é respaldada pelas capacidades de ação e necessidades. Os três espaços estão inter-relacionados e não são independentes uns dos outros, pois a imaginação leva ao desenvolvimento das capacidades de produção e cria necessidades. As necessidades estimulam a imaginação e levam a criação de novas capacidades. Por fim, uma maior capacidade de ação gera novas necessidades que estimulam a imaginação (Matus, 1996).

Matus propõe a partir das três variáveis estudadas: intenções, capacidades e necessidades, um modelo para o estudo do outro, que permita simular possibilidades de iniciativa e resposta em diferentes cenários; conjuntamente com uma quarta variável, padrão psicológico (entram questões como ideologia, aspirações, estilos de liderança, comportamento emocional, entre outras).

II.4.3 A Teoria das Macroorganizações e a cultura da responsabilidade

A Teoria das Macroorganizações de Matus (1994) vem a completar sua obra, sendo considerada uma das construções teóricas mais importantes do autor para fortalecer o momento tático-operacional do planejamento estratégico-situacional (Artmann 1993, Rivera 1995, Kopf & Hortale 2005). Esta teoria foi desenvolvida, como uma derivação da teoria da produção social, onde através da metáfora do jogo explica-se a dinâmica organizacional. O autor concebe a organização como um jogo, conformado por atores, jogadas, regras, na qual os primeiros controlam determinadas acumulações de poder, as segundas expressam-se de forma multidimensional (política, econômica e culturalmente, entre outras) e as terceiras regulamentam o jogo. Finalmente, se propõe um modelo de sistema de direção estratégica para fazer a análise organizacional.

Para Matus (1994) toda organização: (a) é um sistema microorganizativo que se desenvolve em relação ao jogo macroorganizativo; (b) é uma entidade que cumpre uma missão estável submetida às regras de um sistema macroorganizativo.

O autor utiliza dois critérios para diferenciar as macroorganizações das microorganizações: as formas de ingresso na instituição e o tipo de relações dominantes (paralelas ou hierárquicas). Nas relações paralelas ou de interação os atores coexistem em um jogo submetido às regras, podendo ser de igualdade ou desigualdade, mas nunca de dependência hierárquica. E nas relações de hierarquia, as relações de dependência exigem obediência.

O sistema macroorganizacional, é o conjunto de microorganizações que operam em um espaço político-institucional, segundo as regras de direcionalidade, departamentalização, governabilidade e responsabilidade, as quais definem o jogo organizativo. O ingresso em uma macroorganização se dá através da luta ou competência, ou com a mudança nas regras alcançada por um jogador com suficiente poder acumulado.

Uma característica básica de uma macroorganização é que nenhum ator tem o mando máximo absoluto sobre todas as organizações que a integram. Ao invés, o equilíbrio, a adequação das regras e a integração e coordenação entre as diferentes organizações componentes, residem nas relações de forças e poderes existentes entre elas. De modo oposto, nas microorganizações o ingresso se dá via formal e as relações hierárquicas predominam. Em tal sentido, a teoria das macroorganizações:

[...] se preocupa de un juego macroorganizativo, donde existe un número dado de instituciones y sobre ella no hay cabeza ninguna. Por ejemplo el gobierno de la

ciudad de Buenos Aires es un juego macroorganizativo. El jefe del gobierno de la ciudad de Buenos Aires no manda sobre todas las instituciones claves de la región. O sea que no tiene una cabeza única pero opera. ¿Cómo opera?, es la pregunta básica de la teoría de las macroorganizaciones. La respuesta es: tiene que operar con un juego de reglas (Matus, 2007:88)

Outra distinção importante é a existente entre a alta direção –onde predominam as relações paralelas– e o nível gerencial –onde predominam as relações hierárquicas–, havendo em ambos os casos as duas relações. A alta direção cria as diretrizes para o nível gerencial e conduz a estratégia de convivência com as outras organizações participantes do jogo macroorganizativo. A coordenação no nível de gerência é o nível próprio das linhas de mando nas microorganizações, esta exerce sua criatividade e estratégia segundo as diretrizes emanadas pela alta direção.

Ao aplicar a Teoria da Produção Social para analisar as organizações, Matus explica o funcionamento organizacional fazendo uma analogia com um jogo que apresenta três níveis (figura 15):

- Regras, que definem a qualidade da organização;
- Acumulações organizativas, que constituem a capacidade de produção institucional (cognitiva, econômica, política, capacidade física instalada, sistemas, entre outras), conformada pelos atores ou jogadores, que controlam algumas acumulações de poder;
- Fluxos, aqui se encontram a produção condicionada pelas acumulações organizativas aplicadas a seus fins. Representam as jogadas e tem uma expressão multidimensional (política, econômica, cultura, entre outras).

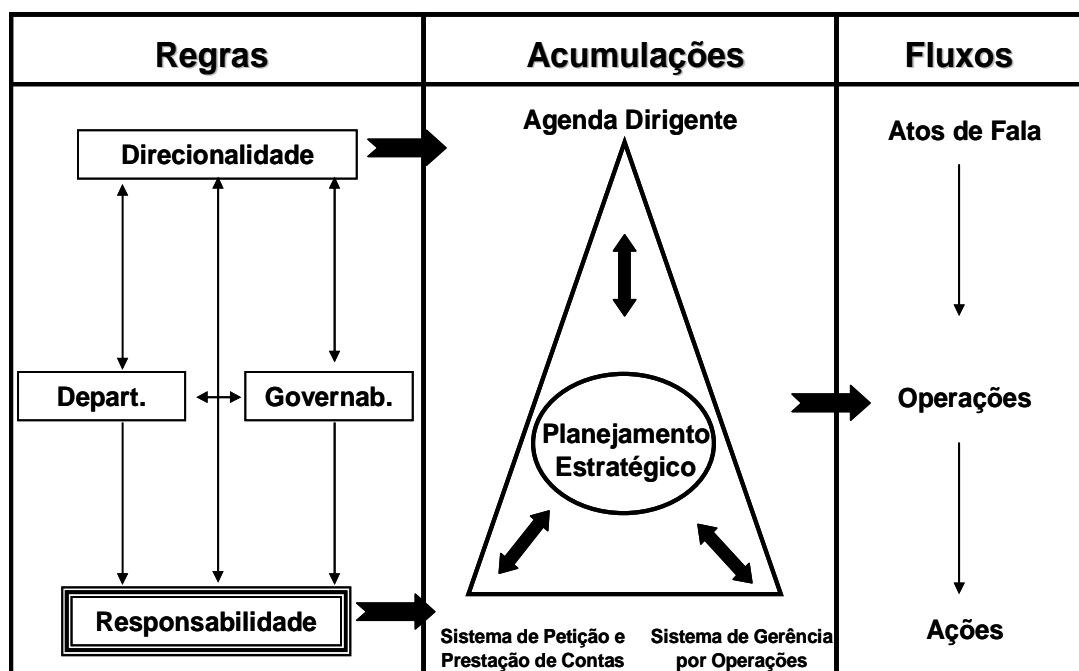
Uma das contribuições desta teoria é que o autor nos fornece de modelos de avaliação da organização a partir de qualquer um dos três níveis acima mencionados. Segundo a figura 15 no primeiro nível estão as regras, que o autor vai a relacionar com as quatro características fundamentais em uma organização, as quais se detalham a seguir:

- Missão (objetivos e funções da organização), definida pelas *regras de direcionalidade*, dá resposta a alguma demanda ou necessidade social e se expressa através da agenda do dirigente;
- Estrutura organizativa se formaliza nas *regras de departamentalização*, as quais podem apresentar-se em sistemas organizativos terminais ou intermediários. Nos primeiros se os bens e serviços estão vinculados diretamente ao cumprimento da missão da organização, os intermediários são suporte dos terminais, por isso apenas têm sua relação indireta com a missão da organização. O tipo de sistema

organizativo e a capacidade de produção necessária para o cumprimento das funções são condicionados às regras de departamentalização, portanto, estas últimas definem como se materializa o conjunto de funções em uma dada estrutura organizacional;

- Capacidades ou competências, relacionadas com as *regras de governabilidade*, expressando-se no controle dos recursos críticos da organização pelos seus vários níveis, como também das capacidades físicas e intelectuais da produção e das competências para exercê-las. A governabilidade se materializa no sistema de gerência;
- Responsabilidade é definida nas *regras de responsabilidade* que expressam o grau de controle sobre o desempenho da organização e estão representadas no sistemas de petição e rendição de contas.

FIGURA 15. TEORIA MACROORGANIZATIVA DO PES



Fonte: Matus, 1994.

As quatro regras estão inter-relacionadas e têm um condicionamento mútuo, no entanto, a de maior determinação é a de responsabilidade, porque através dela uma organização poderá controlar o cumprimento de suas metas, avaliando continuamente seus resultados e conseqüentemente estará ajustando seus objetivos. Para isto, o ótimo funcionamento do sistema de petição e rendição de contas é de vital importância.

Assim mesmo, as regras definem a qualidade organizacional, que pode ser medida segundo Matus (1994) com a seguinte classificação das organizações:

- Adequadas ou inadequadas, em função do ajustamento ou não da oferta institucional, avaliado através da correspondência das missões com os problemas atuais e potenciais. As regras de direcionalidade permitiram esta precisão, revelando-se na agenda do dirigente se a organização se preocupa com os problemas fundamentais, ou pelo contrário esta se perdendo em problemas de pouco valor ou urgências;
- Redundantes, simétricas ou anti-redundantes, de acordo às regras de departamentalização se levam em conta a correspondência entre a diferenciação de funções e a diferenciação de organizações. Uma organização redundante é aquela onde existem vários sistemas organizativos para uma mesma função dentro da organização, ou se há várias organizações para uma mesma missão. No caso de que a cada missão corresponda uma organização, teríamos uma departamentalização não redundante ou simétrica. No caso de que uma mesma organização cumpra todas as missões, então há uma ausência de departamentalização.
- Centralizada ou descentralizada, no jogo macroorganizativo conforme às regras de governabilidade se definem a liberdade e autonomia de ação das instituições e o grau de centralização e descentralização interna da organização. Segundo Matus (1994) para que em cada nível organizativo só se trabalhe com problemas de alta importância, é necessário fazer uma boa distribuição do poder. Ao contrário diminui: o poder concentrado, a criatividade e a capacidade de respostas oportunas do sistema ante as mudanças da realidade e das oportunidades que se oferecem. O enfrentamento dos problemas dependerá do valor dado a estes por quem têm poder de resolvê-los. Esta característica se pode medir através do sistema de gerência, que pode ser rotineiro, centrado em processos criativos ou centrado em produtos e resultados;
- De alta ou de baixa responsabilidade, em função do grau do controle sobre o cumprimento dos compromissos da organização, se podendo verificar através das regras de responsabilidade que encarnam o sistema de petição e prestação de contas. Para Matus, como afirmamos anteriormente, a dinâmica e a qualidade da gestão organizativa dependem, em última instância destas regras de responsabilidade.

Na realidade, não encontraremos organizações totalmente simétricas ou descentralizadas, esta classificação ao definir tipos puros de organizações serve como critério de medida que nos apóiam na análise do funcionamento das organizações.

Um dos grandes aportes que trazem as regras é que elas determinam a eficiência e eficácia da gestão institucional ao definir:

- A existência ou ausência de sistemas-chaves de direção e gerência;
- O nível da qualidade com que operam tais sistemas;
- Os papéis que ocupam sistemas com funções operacionais (aquelas necessárias e suficientes para o real – eficaz ou ineficaz – da organização) e rituais (são supérfluas para o funcionamento real, mas subsistem formalmente) na organização;
- O nível de estabilidade do sistema organizativo;
- A forma de resistência diante de mudanças que tentem elevar a qualidade da gestão (Matus, 1994).

O autor concebe a regra da responsabilidade como a que explica o sistema imunológico das organizações, para ele através do jogo macroorganizativo se cria um jogo de alta ou baixa responsabilidade, que no caso dos países de América Latina são de baixa responsabilidade, descrevendo-os como um jogo onde:

En nuestros países son juegos macroorganizativos de baja responsabilidad. Nadie le cobra cuentas por desempeño a nadie, principiando por el presidente de la República que no le rinde cuentas a el Congreso Nacional. No conozco ningún presidente que le cobre cuentas por desempeño a sus ministros, o ministros que le cobren cuenta por desempeño a sus directores, etc. Está institucionalizado un sistema donde puedo asumir cualquier compromiso con la plena seguridad de que nadie me va a cobrar cuenta por desempeño. Eso es producto de una regla de juego macroorganizativa (Matus, 2007:88)

A ênfase que Matus dá à responsabilidade é considerada como um dos subsídios mais importantes desta teoria, ao ser parte decisiva de uma acumulação histórica: a cultura institucional. O autor outorga-lhe às regras de responsabilidade o caráter prévio da cultura. As regras de baixa responsabilidade teriam a capacidade de esvaziar a direcionalidade de uma organização (tornando-la inadequada) e por sua vez anularia a eficácia de uma gerência adequada (Rivera, 1995:123).

No nível das acumulações (figura 10), se analisa a instituição a partir dos sistemas e subsistemas que levam a um bom ou mau desempenho, aqui Matus inclui os sistemas organizativos e as tecnologias de produção que correspondem com a capacidade de gestão e a capacidade de oferta respectivamente. O autor debruça-se sobre a análise da capacidade de gestão porque seu objetivo é contribuir na formulação de um sistema de direção estratégica.

Matus ilustra através do triângulo de ferro a metáfora do funcionamento ideal de um sistema de gestão racional. Cada ponta do triângulo corresponde a um sistema de gestão da organização:

- *O Sistema da Conformação da Agenda do Dirigente* centra o foco de atenção e o uso do tempo, sobre as questões importantes do plano. Expressa ações e tempos nos quais os dirigentes se concentram nos problemas relacionados à missão da organização e se a gerência está voltada para dar direcionalidade à organização. No caso contrário, domina a resolução de emergências não importantes para o plano e a gestão. Este sistema manifesta o equilíbrio entre planejamento e improvisação e se articula com o sistema de processamento técnico-político de problemas ou de suporte à decisão;
- *O Sistema de Petição e Prestação de Contas* onde se faz efetiva a responsabilidade de cada unidade organizativa sobre os compromissos assumidos. Este sistema é o principal do triângulo de ferro, porque nele se decide a luta entre responsabilidade e irresponsabilidade, criando a demanda por planejamento, a qual deixa de existir na medida em que não há avaliação, ou seja, num sistema de baixa responsabilidade. Se articula com o sistema de acompanhamento por sinais;
- *O Sistema de Gerência por Operações* gera as bases para uma oferta prática, criativa e descentralizada de ação e planejamento e ao mesmo tempo facilita o manejo da rotina. Neste sistema se dá a luta entre rotina e criatividade, é responsável da eficiência e eficácia, articulando-se com o sistema de orçamento-programa;

Para Matus um bom sistema de direção estratégica, se compõe dos três sistemas nucleares apontados acima e de os seguintes sistemas auxiliares:

- Sistema de processamento técnico-político de problemas;
- Sistema de manejo da crise (sala situacional);
- Sistema de planificação estratégica que fica no meio do triângulo porque permeia toda a organização e permite: a análise de cenário, a análise de viabilidade política, trabalhar com a racionalidade da situação totalizadora e policêntrica, se centra mais na previsão do que na predição, entre outras;
- Sistema de grande estratégia;
- Sistema de orçamento por programas;
- Sistema de acompanhamento por sinais;
- Escola de governo

Os três sistemas nucleares estão relacionados dinamicamente, gerando demandas uns aos outros e a os sistemas auxiliares. Como foi dito anteriormente, existe uma

correspondência entre regras e acumulações, onde as regras de direcionalidade se expressam através da agenda do dirigente; as regras de governabilidade se concretizam no sistema de gerência e as regras de responsabilidade se operacionalizam no sistema de prestação e petição de contas (predominante).

Segundo as características do triângulo ferro um sistema pode ser alta ou baixa responsabilidade. Nos sistemas de alta responsabilidade, se dá a lógica de funcionamento positivo (ideal) do triângulo de ferro. A necessidade de uma prestação de contas por problemas e resultados, provoca demandas a todos os sistemas. E exige ao dirigente um planejamento sistemático de sua atuação e um sistema de conformação de sua agenda que defina as prioridades ou compromissos estratégicos (operações, problemas e formas de atuação de alto valor para cumprir com os objetivos da organização) a serem acompanhados de forma permanente. Também demanda uma gerência por operações como processo criativo, que descentralize progressivamente os problemas, de modo que nenhum nível lide com problemas de baixo valor relativo de maneira rotineira.

Desta maneira se cria a possibilidade de uma prática de planificação descentralizada (sistema de planejamento estratégico, sistema de orçamento por programas, sistema de acompanhamento por sinais), que gera demandas a outros sistemas. Segundo Matus, este circuito se reproduz em todos os níveis (central, diretivo, operacional, intermediário e descentralizado). A gerência seria criativa, voltada para os resultados e gozaria de autonomia.

No entanto, na medida em que Matus (1994) dá importância ao sistema de direção, subestima relativamente às acumulações e à idéia de atores que controlam acumulações. Nesse sentido, sua proposta de gestão descentralizada necessita de conteúdos mais específicos sobre os modelos de gestão para organizações profissionais (incluindo as de saúde), desenvolvidos por autores como Minzberg, Morgan, Motta, entre outros (Rivera, 1995:124-125).

O triângulo de ferro em uma situação de baixa responsabilidade funciona assim: (a) domínio da irresponsabilidade no sistema de petição e prestação de contas, não existiria a prestação e petição de contas; (b) prevalece a improvisação das urgências e rotinas no sistema da agenda do dirigente; (c) impera a rotina na gerência por operações (não criativa); (d) o sistema de planificação é normativo ou inexistente.

Matus sugere um sistema de direção estratégica para melhorar o desempenho de uma macroorganização, tendo como base os princípios de organização que se mencionam a seguir: a responsabilidade e criatividade, a descentralização, a centralização, a

normatização, a modularização, a planificação, através dos quais se subordina a organização às práticas de trabalho.

O nível dos fluxos (figura 10) é nível da produção, resultados e efeitos do jogo organizativo, que equivale ao nível dos fatos na Teoria da Produção Social. As capacidades de produção que a instituição acumula, são determinadas pelas regras, representadas em um conjunto coerente de sistemas organizativos que permitem, facilitam e condicionam por sua vez os fluxos de produção institucional. As regras prevalentes na organização determinam as práticas de trabalho, onde a responsabilidade é a mais condicionante.

Os fluxos de produção podem ser de três tipos:

- Ações locutivas ou ações comunicacionais, são as que expressam o ato físico da comunicação por meio da emissão de sons e sinais que possuem um código de interpretação;
- Atos de fala, definem o intercâmbio de significações entre os atores jogadores e entre estes e seus subordinados. Os atos de fala têm origem nas ações locutivas ou atos comunicacionais através de uma relação convencional que permite precisar seu significado, precederem à ação (operações e ações) e seriam entendidos como compromissos de ação;
- Ações, operações, atividades e seus efeitos sobre a mudança de realidade ou ações perlocutivas, segundo Austin (Matus, 1994).

O autor destaca que existem relações de convenção no sentido dos atos comunicacionais, para os atos de fala e relações causais destes, para as operações. Em outras palavras, sem os atos de fala pertinentes não se realizam as operações e sem os atos comunicacionais não se realizam os atos de fala.

Ao introduzir um componente comunicativo na metáfora do jogo organizacional, as jogadas sempre se iniciarão a partir de atos de fala, enquanto expressões de atores concretos que detêm acumulações ou capacidades de produção delimitadas por regras. Tais jogadas além de expressar as capacidades dos atores, poderiam modificar as regras (Rivera, 1995:123).

Nesse sentido, para Matus a organização se pode avaliar a partir dos fluxos de produção e especificamente do efeito de suas operações sobre os descritores dos problemas (VDP) a que se refere sua missão. Por conseguinte, o desenho de uma instituição pode partir da construção dos fluxos desejados, para então identificar as acumulações que exigem estes fluxos e concluir com a identificação das regras que permitem as acumulações necessárias. Ao mesmo tempo o autor está proporcionando uma maneira de pensar a

reforma organizacional e de como dar início a uma mudança que permita aumentar o desempenho da instituição.

Para Matus (1994) o ajuste das regras de uma organização precisa de uma transformação radical e vertical de seus subsistemas internos, quer dizer, que dada a interdependência de um sistema com os outros, modificar racionalmente um deles, terá como resultado final uma resposta insatisfatória. Destaca que a maioria das reformas organizacionais fracassam ao pretender modernizar a organização por partes, ou seja, sistema por sistema e não a organização de pés a cabeça como um todo. Considera que:

[...] La reforma horizontal, esto es, reformar sistema por sistema es como escribir María en el agua: cuando voy a escribir la A, la M ya se borró. La reforma sistema por sistema nunca acumula masa crítica modernizadora. Pero si modernizo la institución en todos sus sistemas básicos, cambio el sistema inmunológico. Le introduzco el sistema de alta responsabilidad y creo la demanda por modernización. El concepto es simple y de mucho fondo: si no existe cobranza de cuentas por desempeño, no existe demanda por modernización, sólo existe necesidad de modernidad, lo que no basta. [...] A partir de un buen fundamento teórico uno descubre que no se puede modernizar sistema por sistema, pero sí institución por institución (Matus, 2007:88)

O elemento de maior potencial determinante da mudança organizacional é a introdução do sistema de petição e prestação de contas, considerando que as mudanças precisam impactar nas práticas de trabalho (fluxos de produção), porque elas determinam como funciona a organização (Lima, 1996).

Contudo, Matus fica preso novamente entre dois enfoques, por um lado atribui-lhe um papel à cultura organizacional, e, ao mesmo tempo, da primazia à abordagem sistemática das organizações, na qual as organizações são compreendidas formal e funcionalmente, onde os atores sociais passam a ter uma ênfase menor. Um exemplo disto é a afirmação simplista do autor, sobre a possibilidade de transformação cultural (um sistema de baixa responsabilidade por outro de alta responsabilidade), através do uso de teoria e do treinamento (Artmann, 1993).

Ao respeito Rivera (1995:124) aporta que no modelo matusiano as regras estariam dominadas pela cultura organizacional, como um projeto prévio, uma pré-compreensão, que pré-determina a organização (ou não dito que já foi dito), considerando acima de tudo o poder de sobredeterminação da responsabilidade. Por tanto, a responsabilidade passaria a ser uma representação simbólica, algo assim como o mundo de vida compartilhado na organização e um aparelho organizativo. Nesse sentido,

[...] o importante de conhecer a cultura em uma organização, é a possibilidade de estar atento ao simbolismo que marcam as esferas da liberdade e limites culturais, assim como a necessidade de que as decisões e formas de conduta na organização estejam de acordo com os valores expressos pelos seus membros. Até porque, no seu sentido mais amplo, a cultura se revela incontrolável (Motta, 1990 apud Artmann, 1993:177-178).

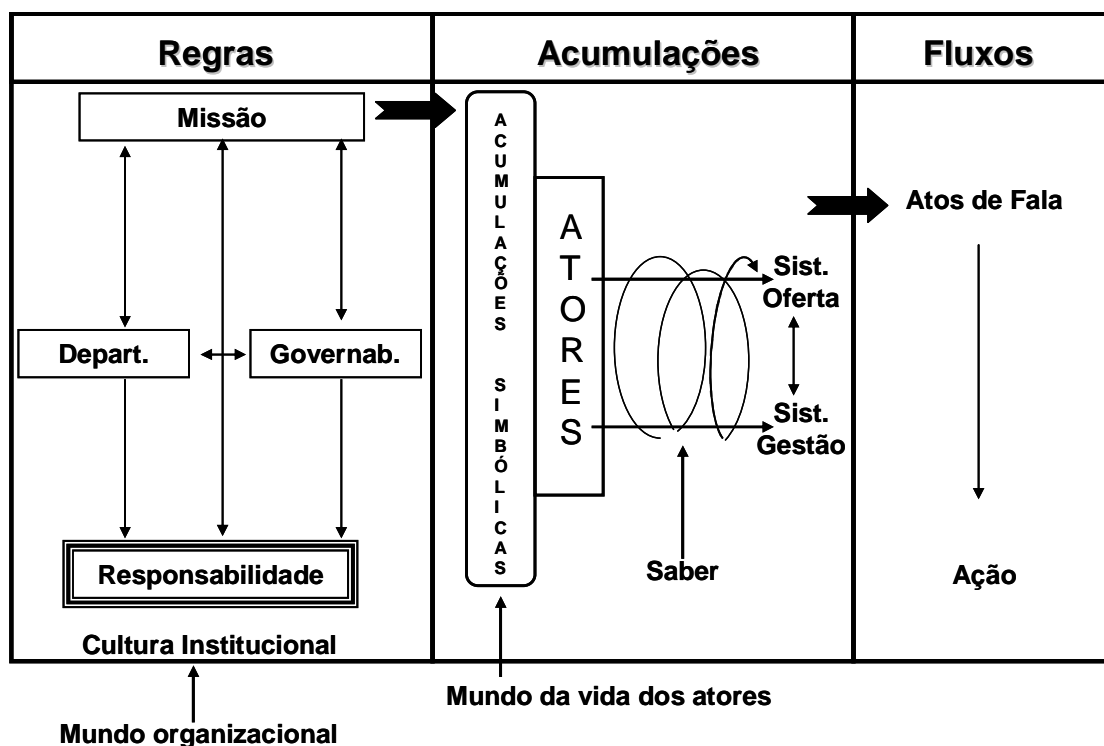
Outro aspecto problemático, é que Matus coloca as acumulações simbólicas na condição de recursos de poder (em pé de igualdade com os outros), ou que difere da visão pautada no mundo da vida de Habermas, na qual não se tem a idéia funcional do recurso cognitivo ou simbólico. Sob esta perspectiva as acumulações simbólicas operam através dos atores e serviriam de pano de fundo para a interpretação e implementação de situações de ação (Rivera, 1995:125).

Nesse sentido, Rivera construiu a partir dos aportes de Habermas e Matus ou que denominou a *metáfora do jogo comunicativo* (figura 16). As regras em seu conjunto conformam o “mundo” organizacional, neste nível predominaria a cultura, a qual impediria que no plano das acumulações se desenvolvam estratégias conflitivas virtuais dos atores, que derivem em uma desagregação organizacional.

Os atores através das acumulações simbólicas que possuem, disporiam dos sistemas de oferta institucional e de gestão (acumulações técnicas e organizacionais), estes atores gerariam ações ou resultados que pressupõem a circulação pelos anéis sistêmicos de um saber técnico-organizativo e de atos de fala prévios, os quais orientam os resultados (Rivera, 1995:126).

Porém Rivera & Artmann (1999:364) sugerem a necessidade de acrescentar sua reflexão teórica, aprofundando na “análise da cultura enquanto componente de viabilidade de um projeto, objetivando uma metodologia de escuta da cultura, o estabelecimento da relação cultura-problemas em face de um determinado *macroproblema* e o desenho de estratégias de utilização da cultura como recurso da intervenção sobre problemas”

FIGURA 16. A METÁFORA DO JOGO ORGANIZACIONAL (*)



Fonte: Rivera (1995:126) - (*) Reconstrução do modelo matusiano.

Finalmente, é importante destacar que a concepção de Matus sobre as organizações segundo Lima (1996:124) está guiada por várias perspectivas:

- A perspectiva racional, presente através das regras de direcionalidade, departamentalização e responsabilidade;
- A perspectiva política, que se traduz nas regras de governabilidade, e compreendendo que o funcionamento dos sistemas macro e microorganizacionais dependem de um jogo;
- A perspectiva natural, se manifesta na sua visão sistêmica, na interação entre as regras da organização com o ambiente e entre elas, assim como no triângulo de ferro, através do sistema de direção e nas inter-relações de seus subsistemas.

II.5 OS QUATRO MOMENTOS DA PROPOSTA METODOLÓGICA DO PES, UMA ADAPTAÇÃO PARA O NÍVEL LOCAL

Neste ponto estaremos desenvolvendo os quatro momentos do PES, com a finalidade de fazer uma adaptação para o nível local em saúde que fortaleça um olhar equitativo na priorização, análise e enfrentamento dos problemas nesse nível, assim como, se lhe de uma valorização os aspectos comunicativos do planejamento.

O enfoque metodológico para o planejamento estratégico proposto por Matus (1996), tem como princípio que cada problema e o plano em seu conjunto passem por quatro momentos relacionados de forma sistemática, contínua e integral, sem cair em uma seqüência rígida, linear e pré-determinada. Os quatro momentos que o PES prevê para o processamento técnico-político dos problemas são: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. Cada um deles possui suas ferramentas metodológicas específicas que podem ser retomadas nos outros.

É importante destacar que com a finalidade de introduzir no método o enfoque comunicativo e os critérios da equidade, nos quatro momentos se incorporaram contribuições de diversos autores, assim como, foram utilizados elementos do instrumento para a Identificação e Representação de Necessidades Sociais, desenvolvido pelo MPPS da Venezuela no ano 2002 (apresentado no ponto anterior).

II.5.1 O conceito de Momento

Matus (1996:297) propõe a idéia de momento, para superar a imagem de etapas rígidas, e trazer uma visão dinâmica do processo de planejamento, caracterizado pela constante interação e encadeamento dos momentos, assim como pela constante retomada dos mesmos.

Nesse sentido, um momento pode dominar transitoriamente os outros, que sempre estão presentes no processo estratégico. Nenhum momento fica definitivamente para trás nem se esgota em uma só instância, ele volta a se repetir, para dominar transitoriamente várias vezes mais no futuro. Assim, o conceito do momento no PES rompe com a linearidade direcionada, ao permitir captar o processo de cálculo que precede e preside a ação com suas descontinuidades e interações. É uma forma mais complexa e apropriada para entender a dinâmica do processo de planejamento (Matus, 1996:301).

Cada problema do plano e o plano em seu conjunto desenvolvem-se através dos quatro momentos do PES, os quais constituem um processo contínuo e se encadeiam

sistematicamente em seqüências que se alteram (Matus, 1996:297-298). Os momentos de forma abstrata têm as seguintes características:

- Não seguem uma seqüência linear estabelecida;
- Formam uma cadeia contínua, sem começo nem fim definidos;
- Cada momento, quando dominante, contém todos os outros momentos, nos quais apóia seu cálculo;
- Os momentos se repetem constantemente, mais com distintos conteúdos, propósitos, datas, ênfases e contextos situacionais;
- Em uma data concreta do processo de planejamento, os problemas e oportunidades enfrentados pelo plano se encontram em diferentes momentos dominantes;
- Para cada momento existem instrumentos metodológicos que lhe são mais pertinentes, embora nenhum instrumento se destine ao uso exclusivo de um momento específico (Matus, 1996:301).

II.5.2 O Momento Explicativo (tende a ser)

Neste momento os atores selecionam e processam os problemas que serão alvo de intervenção no plano, constitui o recorte explicativo da realidade como ela foi, é e tende a ser, à luz da teoria da produção social.

O instrumento utilizado para a planificação situacional é o fluxograma situacional, através do qual se constrói uma rede de relações causais que produz os fatos nos três níveis da produção social.

Como foi dito anteriormente, Matus propõe uma explicação situacional, que segundo o conceito de situação, reconhece a existência de outros atores com capacidade de explicar e planejar, assim como, a não evidência de um diagnóstico da realidade único, rigoroso e objetivo.

O autor destaca a importância de entender em primeira instância a situação inicial, porque é o ponto de partida para o cálculo da ação futura. Também assinala que na prática a explicação da situação presente, implica a seleção de um conjunto de problemas relevantes, ou considerar a validade destes como referência quando se está em um processo de intervenção.

Em tal sentido, a explicação da situação não se limita a uma data específica no início do processo de planejamento e sempre é retomada em qualquer tempo, e em todos os momentos, pois estes têm necessariamente uma dimensão de explicação da realidade, que não permite separar o momento explicativo dos outros três momentos.

A explicação da realidade, como é para os outros e para nós, se dá no momento explicativo; os fundamentos do deve ser e as razões do por quê os outros desenhos foram descartados, explicam-se no momento normativo; as dificuldades e vantagens para construir o plano são explicadas no momento estratégico e o que ocorre com a execução das decisões tomadas explica-se no momento tático-operacional (Artmann, 1993).

O marco para a explicação situacional estará dado por a adoção de um espaço institucional específico, seja, geral (espaço de governo central), particular (espaço estadual ou regional), ou singular (espaço local ou distrital).

A importância de ter a referência de um espaço determinado radica em que:

[...] (a) um mesmo problema pode ser explicado de maneira diferente segundo o espaço, pois as regras da produção social, as capacidades de ação e os atores variam especificamente em função daquele; (b) toda explicação está sempre condicionada pelas possibilidades de atuação sobre a realidade (no que diz respeito ao seu conteúdo e profundidade. (Rivera, 1995:176)

Por exemplo, o problema do “déficit na distribuição de medicamentos”, pode ser explicado de forma diferente pelo Ministro de Saúde, em comparação com o Diretor Regional de Saúde ou com um médico que faz atendimento em um posto de saúde.

Todo este processo de análise requer a participação de pessoas conhecedoras da realidade social na qual estamos trabalhando. Nosso caso, a análise é no nível local, então é necessário contar com a participação de pessoas das comunidades, especialistas na realidade cotidiana (moradores, conselhos comunais, conselhos de saúde, equipe de educação, equipe de saúde, entre outros).

Isto dá uma especial potencia ao processo, pois apóia a formulação conjunta das respostas e o compromisso de todos os atores, contribuindo com a democratização do conhecimento e com a redistribuição do poder.

Da mesma forma, em cada discussão se teve presente a busca do entendimento (no sentido de Habermas), resgatando os aspectos comunicativos, permitindo-lhe a cada ator argumentar sua opinião, com o fim último de enfrentar os problemas da forma mais equitativa possível.

A seleção do problema

A partir da situação inicial, se escolhem os problemas segundo os seguintes critérios:

- (a) O valor dos problemas para o ator que planeja (ou para a cúpula diretiva de sua organização), para as forças sociais que o apóiam e para a população que representam;
- (b) A eficiência e principalmente a eficácia ou efetividade para enfrentar os problemas;
- (c) A possibilidade e oportunidade de enfrentá-los com êxito, que depende também do valor permanente e conjuntural que tais problemas têm para outros atores oponentes e da ponderação de peso e força destes oponentes (Matus, 1996:304-311).

Na maioria das vezes utilizam-se as técnicas de tempestade de idéias ou grupos de discussão para obter uma primeira listagem de problemas, no caso de que não exista um arquivo de problemas, dos quais o grupo deve privilegiar aqueles problemas onde a maior parte das variáveis, acima mencionadas, favoreça a solução dos mesmos, envolvendo o maior número de atores possíveis. De existir o arquivo de problemas, este será o ponto de partida para a discussão e o grupo terá que atualizá-lo (Artmann, 2000).

Uma vez identificados os problemas de saúde, cada um é relacionado com os artigos da Constituição da República Bolivariana de Venezuela que não se estão cumprindo integralmente (anexo 2), direitos que olhados como um todo significa qualidade de vida (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:87).

Os problemas são hierarquizados ou priorizados a partir da aplicação de um protocolo simples de seleção que considera os critérios acima mencionados: o valor técnico e político para os atores e a população, o custo econômico, o custo da postergação política, eficácia na intervenção e a governabilidade (anexos 3).

Ao priorizar o problema, é importante que os atores considerem aqueles que afetam às populações mais vulneráveis, ou aqueles que com sua solução beneficiariam à maioria da população, ou os que são *macroproblemas* (ao enfrentá-los contribuem a solucionar outros problemas como foi mencionado acima).

Assim mesmo, durante a seleção do problema a linguagem assume o papel central como meio regulador do comportamento e do entendimento mútuo, os argumentos dos diferentes atores serão o insumo para determinar por que selecionar um problema e não outro. Neste ponto a informação da Análise da Situação de Saúde (ASIS) e da Sala Situacional é de suma importância para argumentar porque se seleciona ou não uma problemática.

A descrição e generalidades dos problemas selecionados o Vetor de Definição do Problema (VDP)

Uma vez selecionados os problemas a processar, é feita uma descrição rigorosa destes, através do Vetor de Definição do Problema (VDP). Consiste em identificar as manifestações que descrevem os problemas, através da enumeração de indicadores ou descritores quantitativos ou qualitativos, necessários ou suficientes para expressar as características ou sintomas do problema, sem os confundir com outros, nem com as conseqüências, nem com as causas.

O VDP de um problema cumpre com as seguintes quatro funções: (a) fecha as distintas interpretações sobre o enunciado do problema em um só significado para os atores que o analisam; (b) estabelece os fatos que devem ser explicados; (c) verifica o problema de forma que se possa monitorar, a fim de acompanhar a sua evolução; (d) constituir-se em uma referência para a avaliação do impacto do plano sobre o problema. No VDP se verifica se a ação é o não efetiva no enfrentamento do problema, assim, se o problema melhora ou empiora a causa do plano, melhora ou piora o VDP (Matus, 1996).

Os indicadores ou descritores serão suficientes se: eliminam toda a carga de ambigüidade sobre o conteúdo do problema e resistem à prova de suprimir hipoteticamente a carga negativa que eles expressam com a conseqüência de resolver o problema. Isto pode ser dimensionado a partir da resposta afirmativa à pergunta “eliminadas as cargas negativas expressas pelos descritores, fica eliminado o problema?”; caso contrário se o problema se mantém, então os descritores são incompletos ou inadequados, portanto, é necessário rever os indicadores.

Destacando-se que a fonte da procedência da informação do descritor ou indicador deve ser confiável, porque da descrição do problema se obterão os indicadores que serão utilizados para avaliar os impactos do plano (anexo 4).

A explicação situacional do problema

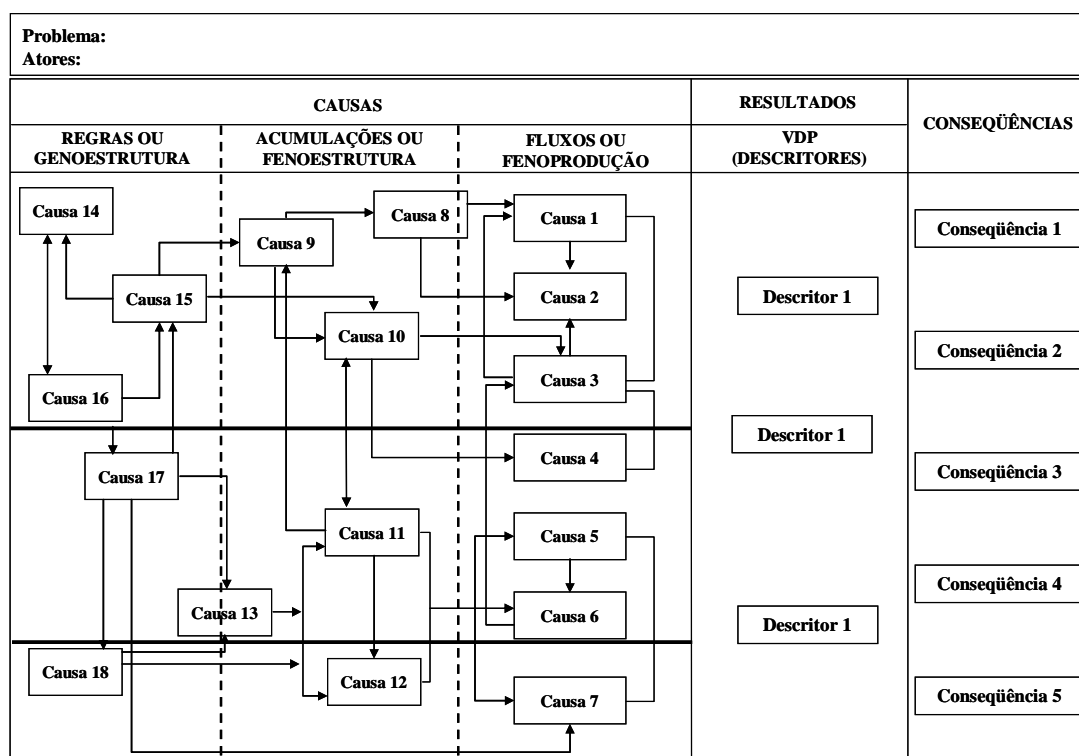
Reconstroem-se de forma simplificada os processos que geram os problemas priorizados pelos atores. Os elementos constituintes de tais processos se apresentam interconectados sistematicamente na geração e nas características particulares do problema, através da construção do fluxograma de explicação situacional (baseado na Teoria da Produção Social¹⁵).

¹⁵ A Teoria da Produção Social foi apresentada no ponto II.4.1 deste capítulo, conjuntamente com o os três níveis da realidade (fluxos ou fatos, acumulações e regras) que são utilizados para classificar as causas no Fluxograma Situacional.

No PES o fluxograma situacional é a explicação diagramada de um problema (figura 17), é um modelo que diferencia e relaciona as causas, e a estas com os fatos que se pretendem explicar porque verificam a existência do problema. Para estabelecer relações causais se estabeleciam as conexões de sentido. Por ser uma ferramenta de explicação situacional, a primeira distinção que se faz no fluxograma é identificar os atores que a explicam (Huertas, 1996:41).

Na análise do problema através do fluxograma situacional se definem: (a) as manifestações que melhor descrevem o problema, expressando-o em forma de indicadores ou descritores (VDP); (b) as conseqüências do problema; (c) a cadeia lógica multicausal entre as conseqüências, descritores e causas do problema analisado (figura 17). Nessa análise se explicam as causas do VDP do problema e as conseqüências que este gera. É importante ter o cuidado para não confundir causas com descrição e conseqüências.

FIGURA 17. O FLUXOGRAMA SITUACIONAL



Fonte: Huertas (1996, 40).

No desenho da rede, seguindo a metáfora do jogo, as causas imediatas ao marcador do jogo (ao VDP do problema) são as jogadas, denominados fluxos ou fatos (fenoprodução). Para produzir jogadas se requerem capacidades de produção identificadas como acumulações, causas intermediárias (fenoestrutura). Estas acumulações são as capacidades de produção de fluxos e jogadas que possuem ou

utilizam os jogadores. Porém, as jogadas e as acumulações pertinentes são as que permitem as regras do jogo. As regras, leis básicas ou restrições dominantes no sistema social são as causas mais estruturais (genoestrutura).

Além disso, criam-se as relações entre as causas dos três níveis de produção social. As causas genoestruturais, fenoestruturais e fenoprodutivas se classificam segundo o plano da realidade onde se faz necessário atuar em última instância, para alterar a situação. Os problemas sociais cruzam todos os âmbitos da produção social e os três planos da realidade.

Para Matus (1996) explicar um problema através do fluxograma situacional é construir um modelo sistêmico causal principalmente qualitativo de gestão e tendências do problema, identificando quais causas são fluxos, acumulações ou regras. Assim mesmo, se devem identificar: as causas que estão sob o controle do ator que planeja e as que estão fora de seu espaço de governabilidade, como o grau de influência sob cada uma delas (desde muita até nenhuma) e as causas que pertencem a outros jogos com os quais interage o problema analisado (figura 18).

Estas últimas são as causas comuns a vários problemas do mesmo setor ou de outros setores, sendo fundamental para isto a explicação intersetorial, é o que Matus chama problemas estratégicos, porque geralmente estão inter-relacionados com outros. As causas no gráfico se classificam em nove quadrantes.

FIGURA 18. DIAGRAMA DO MODELO EXPLICATIVO

Regras	Acumulações	Fluxos	VDP
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Regra sob controle</div> <p>3</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Acumulação sob controle</div> <p>2</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Fluxo sob controle</div> <p>1</p>	Marcador (Descritores, Indicadores)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Regra fora do controle</div> <p>6</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Acumulação fora do controle</div> <p>5</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Fluxo fora do controle</div> <p>4</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Regra fora do jogo</div> <p>9</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Acumulação fora do jogo</div> <p>8</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Fluxo fora do jogo</div> <p>7</p>	

Fonte: Huertas (1996:40).

A governabilidade é entendida como a relação entre variáveis controláveis e não controláveis. Os problemas de baixa resolução são aqueles onde as variáveis não controladas pelos atores, superam as variáveis controladas. É importante destacar a noção de espaço de governabilidade proposta por Matus (1996), que consiste em que as causas sejam corretamente colocadas dentro e fora do espaço de governabilidade do

ator, assim as causas que estão sob o controle do ator, são colocadas no espaço de governabilidade dele.

Matus (1996) assume que o fluxograma não é um modelo totalmente qualitativo, porque existe a possibilidade de estabelecer relações quantitativas, através do conhecimento da magnitude de cada causa e o impacto de uma sobre a outra. Por exemplo, no caso da causa (1) que impacta sobre o descritor (d2).

No entanto, sua base comum são as relações qualitativas, portanto, a potência do fluxograma para entender a dinâmica de gestação de um problema está dada pela teoria qualitativa, que permite analisar o funcionamento e desenvolvimento de um problema, ou seja, as propriedades e estruturas que não têm magnitude, senão só forma e sentido causal (Huertas, 1996:41).

Assim, muitos problemas apesar de diferir enormemente nas suas particularidades quantitativas, geográficas, culturais, entre outras, possuem estruturas e formas muito similares, quer dizer, que há uma notável regularidade qualitativa entre problemas similares de saúde, educação, segurança pública, entre outros, independentemente de sua localização em regiões e países (Huertas, 1996: 42).

Para Matus (1996) utilizar o modelo qualitativo apresenta as seguintes vantagens: (a) abordar o mundo real, que na prática é essencialmente qualitativo, portanto, os problemas se dão na interação entre os homens e isso não pode se reduzir a um cálculo; (b) é um modelo de fácil entendimento para ser abordado em uma equipe de trabalho, sempre e quando exista pelo menos uma pessoa que entenda o modelo; (c) os problemas *quase-estruturados* segundo o autor não podem ser abordados de outra forma.

Destacamos que na construção do fluxograma a participação dos atores-chave é de vital importância, geralmente sua construção passa por amplas discussões, na quais devem resgatar-se a abordagem comunicativa, para que os resultados sejam o mais parecido á forma como se dão os processos causais na realidade.

Alguns autores (Artmann, 1993; Rivera, 1995), recomendam a simplificação do fluxograma situacional utilizando as propostas do ZOOP e do MAP, dadas as dificuldades operacionais para preencher cada um dos planos, como a insuficiente compreensão do marco teórico.

No entanto, optamos por utilizar o fluxograma situacional porque:

- Permite-nos abranger a complexidade presente no nível local em saúde;
- Faz parte do instrumento desenvolvido pelo MPPS para a Saúde de Venezuela e tem sido utilizado nas diferentes experiências desenvolvidas no país.

Para Armannt (1993, 2000) a correta identificação dos processos de causalidade depende do conhecimento que se tenha sobre o problema. Neste sentido, Matus (1996) chama a atenção para duas questões:

- As técnicas apenas servem de apoio para a sistematização do conhecimento sobre a realidade e não fornecem esse conhecimento por si mesmas. Portanto, para alcançar resultados úteis, além de dominar as técnicas da explicação situacional, é preciso contar com o conhecimento sobre o problema ou com as pessoas que o conhecem;
- É necessário estar atento à prevenção do risco da cegueira situacional, para isto o autor propõe utilizar vários olhares que ampliem e complementem o conhecimento das causas do problema. Matus assinala que ao fazer uma explicação situacional, se esta sistematizando a reflexão sobre as causas de um problema, evitando ajustar a explicação do problema às pré-concebidas e à tendência de cada ator acreditar que sua solução e explicação são as mais adequadas.

Concordamos com Matus na importância de ampliar a explicação situacional, mais ainda quando o que tratamos de explicar são os problemas de saúde das populações, ou seja, a situação de saúde destas, definida por Castellanos (1995) como um objeto de grande complexidade, que demanda um arsenal teórico metodológico o suficientemente potente para dar conta da sua explicação. Com o fim último de sustentar as decisões e ações de transformação mais eficientes e com maior impacto sobre as iniquidades sociais em saúde.

A respeito deste tema Teixeira (1999) destaca que para Castellanos a explicação dos problemas em saúde está integrada pelos determinantes gerais e pelos condicionantes particulares que incidem sobre as situações de saúde de grupos populacionais específicos. Nesta abordagem se dá: “a possibilidade de “integrar” na explicação da situação de saúde de grupos populacionais específicos (que se toma como objeto de análise e de intervenção) as *relações* que se estabelecem entre os problemas de saúde e as respostas sociais aos mesmos” (Teixeira, 1999:296).

Nesse sentido, além da construção do fluxograma, incorporamos à ASIS, a Construção dos Territórios Sociais e a Medição das Iniquidades Sociais (tomado do instrumento desenvolvido pelo MPPS da Venezuela). Estas ferramentas permitem articular a epidemiologia e o planejamento em saúde, potenciando a explicação da situação de saúde.

A ASIS serviu para fazer a caracterização da paróquia na qual foi aplicado o PES, considerando informações sobre: antecedentes históricos da população, contexto político, socioeconômico e cultural, análise dos indicadores demográficos, análise dos

fatores de risco, análise da natalidade, mortalidade e morbidade, respostas do sistema de saúde, análise dos determinantes da saúde, entre outros.

Outra questão fundamental, que parece óbvia, mas nem sempre se leva em conta, é ter claro que a finalidade do planejamento em saúde, é contribuir para a melhora da saúde das populações e, como foi dito anteriormente esta é um objeto de estudo complexo, que para poder ser explicado, deve em primeiro lugar ser compreendido. Para Catellanos a saúde das populações está composta:

[...] por el conjunto de necesidades y problemas de salud, por las respuestas sociales frente a ellas y por el perfil de fenómenos que los hace aparentes. Como el proceso de reproducción social comporta cuatro momentos reproductivos, las necesidades de salud que de este se derivan pueden organizarse en necesidades predominantemente biológicas, predominantemente ecológicas, predominantemente de conciencia y conducta y necesidades predominantemente económicas. El proceso de reproducción social es el conjunto de procesos mediante los cuales se reproduce a los humanos en su identidad como individuos y como miembros de diferentes instituciones y agrupaciones de una sociedad en un momento histórico dado. Lo que se reproduce es el ser humano y sus relaciones, es decir sus condiciones de existencia, que mas comúnmente son denominadas condiciones de vida (Castellanos, 1995:35-36).

Entender o processo de saúde das populações implica em compreender o processo de reprodução social das condições de vida, a importância disto no planejamento está dada pelo fato de que através do entendimento desse processo poderemos potencializar nossa compreensão sobre a reprodução dos fenômenos de saúde, e, em consequência, os planos de ação para enfrentar os problemas. Para Castellanos (1995:36) entender o processo de produção social “constituye una extraordinaria ayuda para la decisión sobre intervenciones en salud, sobre todo desde la perspectiva de reducir las inequidades sociales”

Esse autor ainda destaca que é nesse processo de reprodução das condições de vida, onde se produzem (e reproduzem) as necessidades (e problemas) e as repostas sociais frente àquelas. De tal forma, que é esse processo que reproduz o perfil de morbidade, mortalidade, incapacidade e insatisfações, aparecendo no espaço do fenomênico como característico de cada coletivo humano em uma sociedade. As condições de vida são uma estrutura latente, portanto, o perfil se reproduz ao reproduzir-las (Catellanos, 1995:36).

Evidentemente, no processo de reprodução social, se reproduzem necessidades, problemas e respostas que podem ser organizadas e classificadas não apenas a partir do setor saúde, mas sim oriundas de outras perspectivas de intervenção (educação, trabalho, entre outras).

Resgatamos aqui, o cruzamento que se dá entre as estruturas da personalidade, com a cultura e a sociedade no mundo da vida de Habermas, porque ajuda-nos a entender o processo de reprodução social, como um processo no qual o indivíduo e a sociedade, constituem-se reciprocamente, quer dizer, ao mesmo tempo em que a reprodução do ser humano e suas relações (denominado condições de vida segundo Castellano), caracterizam uma sociedade, a sociedade também vai determinar como serão a reprodução dessas relações.

Contudo, Habermas (figura 4, 1999:100) vai além do processo de reprodução social trabalhado por Castellanos, ao afirmar que o mundo da vida está centrado em uma prática comunicativa cotidiana que se alimenta de um jogo conjunto, resultante da reprodução cultural, da integração social e da socialização, que por sua vez, enraizado nessa prática.

Para ter um conhecimento próximo dos processos de reprodução social, utilizamos a construção dos territórios sociais, através dos quais também foi possível olhar as iniquidades que se produzem na realidade. Os territórios sociais permitem trabalhar com espaços de populações homogêneas, segundo as condições de vida destas, tentando (re)agrupá-las segundo as características do seu processo de reprodução social.

Nesse sentido, o instrumento do MPPS Venezuela propõe utilizar um indicador ou índice que discrimine melhor as condições de vida da população, o qual permitirá conformar as unidades de análise selecionadas em estratos por condições de vida. Para isto, além do guia de observação apresentado no ponto II.2.3, utilizamos à análise dos componentes principais (segundo a proposta de Porto, 1997), porque é uma ferramenta que nos ajudaria a superar as limitações do guia de observação, a qual será apresentada no capítulo III.

Assim, cada estrato se converte em um território social, no qual se analisam os indicadores das causas-chaves ou das conseqüências, para identificar e quantificar as brechas. No instrumento várias ferramentas estatísticas são sugeridas, das quais utilizamos as seguintes: Diagramas de caixas, Mapas espaciais e Análise de Variância – ANOVA.

Identificação e seleção dos nós críticos ou causas chaves

Uma vez construída a explicação situacional do problema, se passa à identificação e seleção dos nós críticos ou causas chaves sobre as quais os atores devem e podem atuar com eficácia, ou seja, aquelas causas que transformadas em subproblemas serão alvo de intervenção no plano de ação.

Essas causas são chamadas nós críticos do problema e para Matus (1996) estes nós devem cumprir simultaneamente três condições:

- Eliminada ou diminuída a carga negativa que contém o nó explicativo, seu impacto sobre o VDP deve ser significativo. Responde à seguinte pergunta: a intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- A causa deve ser um centro prático de ação. Responde à seguinte pergunta: há possibilidade de intervenção, mesmo que não seja pelos atores que a explicam?
- Deve ser politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada (viabilidade política e mudanças favoráveis nos problemas). Responde à seguinte pergunta: é oportuno politicamente intervir?

Se as três condições são cumpridas simultaneamente, ou seja, as questões são respondidas afirmativamente, a causa ou nó deve ser selecionado como crítico ou ponto de enfrentamento.

Na escolha das causas chaves verifica-se também quais são as causas que apresentam maior número de relações com outras e que sofrendo uma intervenção podem provocar mudanças positivas nas causas com as quais estão relacionadas. Para isto utilizamos duas ferramentas do instrumento desenvolvido pelo MPPS da Venezuela: a Matriz de Impacto Cruzado e de Assuntos Chaves (MIC-MAC) e o Plano Cartesiano, os quais se detalham a seguir.

Matriz de Impacto Cruzado e de Assuntos Chaves (MIC-MAC)

A MIC-MAC permite conhecer o grau de influência que possuem as diferentes causas entre si. Este método dá um valor que permite hierarquizar as causas e identificar suas inter-relações de acordo aos níveis de motricidade e dependência. Os atores-chave que participam da discussão consideram por consenso a influência de cada causa sobre as restantes, designando uma pontuação entre 0 e 3, segundo o impacto entre elas (anexo 5 - Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b).

As somas ativa e passiva da matriz MIC-MAC, correspondentes ao impacto designado entre as causas, são o insumo para a elaboração do plano cartesiano que permite

identificar e selecionar os nós críticos ou as causas chaves (anexo 6 - Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b).

Plano Cartesiano

Em seguida se procede à identificação das causas chaves mediante a construção do Plano Cartesiano, que consiste em plotar em um eixo de coordenadas a motricidade e a dependência. No eixo das abscissas (X) os valores correspondentes das somas ativas obtidas na MIC-MAC e no eixo das ordenadas (Y) os valores correspondentes as somas passivas da MIC-MAC. As escalas de cada um dos eixos definem-se pelos valores obtidos nas respectivas somatórias.

Depois se associam em um par de ordenadas (X, Y) cada uma das causas, colocando a soma ativa (AS) correspondente no lugar das X, a soma passiva (SP) no lugar de Y, e deste modo o par ordenado da causa C_i tem associado o par ordenado (S_{ai}, S_{pi}) .

O plano é dividido em quatro quadrantes, traçando linhas retas à altura da média de atividade (resultado da divisão da Soma Total entre o número de causas). Desta forma, é obtido um gráfico com quatro quadrantes que determina as causas altamente motrizes e dependentes sobre as quais se centrará a análise correspondente.

Uma vez obtida a relação multicausal do problema estudado, se calcula a média das somas ativa e passiva para definir o eixo das abscissas (X) e o eixo das ordenadas (Y), necessários para a construção do plano cartesiano (anexo 7). É importante levar em consideração para a interpretação do Plano Cartesiano o seguinte (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b:25):

- **Motricidade** entende-se como a capacidade de influência de uma causa sobre o resto das causas;
- **Dependência** é o grau de influência que exercem outras causas sobre uma em particular;
- **Quadrante I, denominado de Alta Motricidade - Alta Dependência** se encontra na parte superior direita, aqui estão as causas que influem fortemente nas outras e que por sua vez, são fortemente influenciadas por outras, estas são as causas que oferecem soluções temporais e paliativas para atender o problema;
- **Quadrante II, Baixa Motricidade - Alta Dependência** está na parte superior esquerda, nele encontramos as causas que menos influem nas outras e as mais influenciadas pelas outras causas. As causas que estão neste quadrante oferecem solução ou atenção do imediato ou apenas conjuntural;

- **Quadrante III, Baixa Motricidade - Baixa Dependência** localizado na parte inferior esquerda, se inclui nele as causas de menor influência sobre as outras e recebe a menor influência das outras. Contem às causas que não oferecem soluções reais ao problema;
- **Quadrante IV, Alta Motricidade - Baixa Dependência**, situado na parte inferior direita, inclui as causas de maior influência sobre as outras e recebem a mínima influência. Constitui o ponto central da ação, porque **contém as Causas Chaves a enfrentar**.

A recomendação é fazer uma intervenção balanceada das causas, dado que a solução das causas chaves (estruturais-quadrante IV) poderia levar muito tempo. A intervenção das causas do quadrante II aporta soluções no curto prazo.

Para Carucci (2003) é importante levar em conta que os diferentes instrumentos para detectar as causas chaves do problema, são só um apoio para confirmar o juízo crítico baseado no conhecimento e nas experiências dos atores-chave envolvidos com o problema. Assim mesmo, segundo o autor o uso da MIC-MAC se justifica quando o número de causas ou de relações entre elas é elevado.

Nesse sentido, a base da análise feita na MIC-MAC e no Plano Cartesiano, dependerão fundamentalmente da construção do fluxograma situacional, quer dizer, sem o modelo qualitativo prévio não seria possível chegar ao modelo quantitativo. A incorporação desses instrumentos permitirá apenas quantificar parcialmente as relações entre as causas, essa informação complementar a obtida com os critérios propostos por Matus para compreender a gestação e desenvolvimento do problema (Huertas, 1996 – anexo 8).

Portanto, neste trabalho combinamos os resultados do Plano Cartesiano com os dos três critérios proposto por Matus, isto deu-nos uma análise mais abrangente para selecionar as causas chaves ou nós críticos.

Descrição dos nós críticos - Vetor de descrição dos nós críticos (VDN)

São descritos e analisados os nós críticos, identificando os atores que controlam as variáveis de cada nó, para verificar o grau de governabilidade do que depende o plano de ação e o plano de demandas, este último é gerado quando as operações sobre os problemas estão fora do espaço de governabilidade do ator (anexo 9)

II.5.3 O Momento Normativo (deve ser)

Para Matus (1996:336) o momento normativo é a instância na qual se desenha o conteúdo propositivo do plano que determina como deve ser a realidade, em contraposição aos problemas presentes. Neste momento, estão sempre presentes os outros momentos do processo de planejamento, e se desenha a situação-objetivo ou situação de futuro desejado, isto é, o conjunto de projetos ou módulos de ação que são eficazes do ponto de vista direcional.

No PES o plano se baseia no conceito de aposta com fundamento estratégico, representando assim uma defesa ao *indeterminismo social*, por oposição ao determinismo da teoria econômica elementar¹⁶. Assim mesmo, o PES aporta a idéia de “plano de ação” que não só trata com problemas de diversa índole, senão que ao analisar a restrição de recursos considera o poder político, os conhecimentos, as capacidades organizativas e os recursos econômicos. É um conceito mais amplo de plano que considera múltiplos recursos escassos e múltiplos critérios de eficiência e eficácia política. Neste sentido o PES propõe um plano integral que se situa na cabeça do dirigente e não dos técnicos (Huertas, 1996).

O “plano dual” constitui outro dos aportes do PES, é um conceito fundamental porque distingue aquela parte do plano que está sob a governabilidade do ator, de aquela em que este requer a cooperação de outros atores para alcançar as metas propostas. As partes do plano dual são:

- O “plano de ação”, composto por operações pelas quais responde integralmente o ator, ou seja, se contemplam as operações sobre os problemas que estão sob a governabilidade dos atores;
- O “plano de demandas e denúncias”, composto de demandas de operações que somente podem ser realizadas com a cooperação e decisão de outros atores, ou seja, aquelas que fogem ao controle dos atores porque estão fora do espaço de governabilidade deles (Matus, 1996).

O “plano de demandas de operações”, em determinadas condições, pode se transformar em um “plano de denúncias”, quando a falta de cooperação é manifesta. Deste modo, o

¹⁶ Matus baseado em Poper, afirma que o determinismo científico assume que as leis da natureza podem ser descobertas pela razão humana ajudada pela experiência humana. E se conhecemos as leis da natureza podemos prever o futuro a partir dos dados presentes por métodos puramente racionais. Se passarmos este princípio à teoria social, e especificamente à economia, se produz a incapacidade do planejamento tradicional para entender o mundo e explorar o futuro. O fato de que os sucessos podam explicar-se por causas e conexões de sentido que os fazem entendíveis não constitui um argumento a favor do determinismo e muito menos do abuso quantitativo (Huerta, 1966:63-64).

PES delimita as responsabilidades dos atores segundo seja a governabilidade sobre as variáveis críticas.

Uma operação no plano equivale a uma jogada na metáfora do jogo. É a unidade básica de ação que realiza um ator para mudar a realidade. Em outras palavras, a operação é o conjunto de ações ou meios de intervenção que empregam vários recursos (políticos, econômicos, organizativos, cognitivos), e que geram produtos e resultados.

Os produtos referem-se a bens ou serviços produzidos (fatos políticos, organizações, sistemas, obras realizadas, normas, leis ou regulamentações criadas, conhecimentos transferidos ou gerados, entre outros), predominando geralmente um tipo de produto em cada operação. Os resultados correspondem ao impacto produzido sobre os descritores do problema, se medem através de indicadores, sendo o mais preciso possível (Artmann, 1993).

No método PES cada problema é enfrentado como um conjunto de operações, calculadas como indispensáveis para alcançar as metas, as quais conformam principalmente o plano e estão destinadas a mudar o VDP (ou marcador do jogo) de cada problema até alcançar a situação-objetivo proposta. A essas operações Matus as denomina OP, elas são selecionadas pela sua capacidade para atacar as causas críticas ou nós críticos dos problemas e produzir os resultados necessários para atingir a meta.

As operações OP ainda que sejam necessárias podem ser politicamente inviáveis, quer dizer, como uma jogada de gol necessita de um bom passe, as operações OP precisam de outras operações chamadas OK, que se encarregam de construir a viabilidade daquelas (quadro 12).

Portanto, os atores do plano devem usar ambos os tipos de operações para construir-lhe viabilidade ao plano e fazer-lo efetivo. Matus assinala:

Las operaciones OP puras, representan el barbarismo técnico. Las operaciones OK puras representan el barbarismo político. Pero si hacemos que ambas se complementen, llegamos al procesamiento tecnopolítico, es decir a la combinación de ciencia y arte en el proceso de gobernar (Huertas, 1996:73).

Entre as operações OP e as operações OK há uma relação de complementaridade que completa a ação política, a qual deve ser eficaz, mas para ser eficaz deve ser primeiro possível. Assim, as operações OP criam a necessidade das operações OK, e as operações OK lhe criam viabilidade às operações OP, as quais seriam difíceis ou impossíveis de realizar sem a contribuição das operações OK. Esta distinção não desconhece que as operações OP, uma vez chegado o momento de maturação de seus

resultados, deixem de ser amargas no balanço global e adquiram as características das operações OK. Isto faz que seja muito importante o tempo de maturação das operações OP em uma estratégia (Huertas, 1996:86).

QUADRO 12. CARACTERÍSTICAS DAS OPERAÇÕES OP E OPERAÇÕES OK

Operações OP	Operações OK
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenham-se a partir dos nós críticos de cada problema. Por conseguinte, se incorporam ao plano pela sua eficácia para cambiar o descritor de um nó crítico ou o Vetor de Descrição de Resultados (VDR) do plano. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenham-se para construir-lhe viabilidade a alguma operação OP. Portanto, não tem diretamente eficácia direcional, senão eficácia processual.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se falharem ou não se realizam, as metas do plano não podem ser alcançadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se falharem, sempre é possível conceber uma operação OK alternativa, e as metas do plano não tem necessariamente que ser afetadas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podem-se desenhar como parte do plano formal, pois respondem a problemas estáveis detectados com suficiente antecipação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em geral, não se podem desenhar como parte do plano de ação formal, pois respondem a necessidades e oportunidades muito imediatas. Estas operações são um bom exemplo do princípio de que o plano só se completa na ação. Constituem muitas vezes um produto da improvisação em torno ao plano, e demonstram a importância do conceito de cultura de planeamento que eleva a qualidade da improvisação e a somente à direccionalidade do plano.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Às vezes se referem às ações que a população e os atores relevantes consideram uma carga ou um custo político que não aceitam, e, portanto, podem se tornar politicamente inviáveis em um momento determinado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Referem-se à parte doce da política. Por conseguinte, seu requisito essencial é que sejam de antemão viáveis.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algumas operações OP são “operações benefício”, pois maduram rapidamente com resultados positivos apreciáveis para uma grande maioria da população; outras operações OP são “operações carga” porque tem um período longo de maturação onde dominam os custos antes que mostrem seus benefícios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ São consideradas como um tecido em torno às operações OP.

FONTE: A partir de dados tomados de Huertas (1996:85-87).

Existem diversos tipos de operações OP segundo seja a gravidade ou tipo de solução que demanda cada nó crítico de um problema. Por exemplo, dependendo do problema, certas operações representam mudanças drásticas, outras corrigem defeitos, algumas

evitam problemas, entre outras. Porém, qualquer tipo de operação (OP e OK) tem uma estrutura geral, na qual se combinam recursos que conduzem a um produto que gera um resultado. A relação recursos – produtos é um indicador de eficiência, e a relação de produtos – resultados representa a eficácia.

A situação-objetivo do plano está conformada pelo Vetor de Descrição de Resultados (VDR) ou metas terminais e pelo Vetor dos Nós Críticos Transformados (VDNC – anexo 10), tem caráter situacional (auto-referido), expressa o projeto societário dos atores-chave, e depende das possibilidades delimitadas ou definidas pela realização de algum cenário, determinado como situação terminal global mais provável de acontecer (Rivera, 1995:180).

Matus (1996) propõe a análise de cenários, para identificar no contexto o conjunto de variáveis que os atores não controlam e que podem influir nas operações do plano. A finalidade da construção de cenários é conhecer o que é possível fazer no pior dos cenários, na pior das hipóteses, através da simulação do comportamento das variáveis que podem intervir no plano, em vários cenários hipotéticos.

Os cenários são estimados sobre a base da análise do comportamento futuro das variantes críticas (variáveis que fogem do controle dos atores-chave, entram aqui as variáveis controladas por outros atores) e das opções críticas (variáveis controláveis ou normativas), assim como da análise da combinação dos efeitos desses comportamentos. Estes cenários são simultaneamente de antecipação e normativos, ao permitir: a exploração futura das tendências naturais que se observam no presente e/ou podem acontecer no futuro, assim como a exploração das intervenções normativas possíveis, produzidas visando a direcionalidade (Rivera, 1995:180).

Neste trabalho devido ao tempo e a complexidade que exige a aplicação da técnica de cenário, optamos por utilizar a proposta de Artmann (1993) de trabalhar com a caracterização de maneira mais completa de um único cenário (o mais provável ou intermediário), a partir da seleção de variantes simples e a combinação destas. Para o cenário construído, são pensadas as opções dentro do programa direcional. As variáveis do pior cenário são consideradas para saber o que é possível fazer se este acontecer, tal e como o sugere Matus.

Assim, uma vez explorado o comportamento futuro das variáveis, as diferentes possibilidades do comportamento se combinam para construir três cenários possíveis (otimista, intermediário e pessimista) os quais constituirão o contexto do plano. A partir do cenário intermediário se repensará a situação-objetivo. Este cenário deve conter: a dependência das operações em relação às principais variantes simples; o comportamento

mais provável das variantes críticas; o programa direcional para este cenário (anexos 10-12).

Com o cenário intermediário como base, é delineado o programa direcional, através de uma árvore programática se desenha para cada nó crítico uma ou mais operações, que correspondem com propostas de intervenção as quais expressam ações concretas. Estas por sua vez são detalhadas em produtos e resultados determinados, com seus responsáveis, recursos e tempo de realização claramente definido, tendo como referência os descritores de cada nó crítico na construção de cada ação (anexo 11).

Se considerarmos a forte instabilidade do contexto social e político latino-americano, assim como a velocidade da mudança de valores, é necessário calcular cenários que não abranjam períodos de tempo muito longos, os quais estejam constantemente se reajustando, assim como mecanismos de interação entre os vários atores envolvidos na definição virtual de uma situação-objetivo. Neste sentido, o cenário equivaleria “à negociação de uma ação normativa, à produção de uma regulação social que envolva uma boa dose de legitimidade” (Rivera, 1995:180).

As variantes do cenário precisam se revisar continuamente, para confrontar o comportamento previsto com a realidade, e quando for preciso refazer o cenário e remodelar o plano. Este procedimento é feito no momento tático-operacional, ao implementar-se o plano.

Da mesma forma, é importante considerar as surpresas ou eventos que teriam uma baixa ou alta probabilidade de acontecer e que exercem um impacto forte sobre o plano. No segundo caso se deve analisar a possibilidade de construir planos de contingência levando em conta os custos e as oportunidades (anexo 13 - Matus, 1996).

Para Rivera (1995:181), na medida em que o plano se configura a partir da “interação lingüisticamente mediatizada dos vários espaços de ação que expressam cada um sua valoração própria dos problemas e operações”, é necessária a busca de um equilíbrio. Além do equilíbrio é importante contar com o compromisso dos vários atores vinculados com o desenvolvimento do plano e a aceitação do plano pelos atores que dominam os recursos críticos, desta forma o plano teria legitimidade.

Portanto, o desenho normativo do plano, prevê “a análise da eficácia direcional dos módulos (grau de necessidades e suficiência dos módulos do ponto de vista da realização da situação-objetivo) e a análise da coerência global das valorações específicas dos vários níveis de atuação envolvidos” (Rivera, 1995:181).

Destaca-se que os critérios da equidade devem permear tanto o desenho da situação-objetivo como o programa direcional, ou seja, é fundamental priorizar operações e ações

que beneficiem às populações mais vulneráveis ou à maior parte da população, com o fim último de contribuir à diminuição das iniquidades.

O olhar equitativo permite estabelecer ações no desenho das operações do plano que gradualmente fechem as *brechas* por iniquidades, portanto, serve para estabelecer segundo uma perspectiva mais solidária, prioridades no uso dos recursos escassos destinados à saúde, assim como, definir onde serão investidos os novos recursos. Do contrário o esforço feito no momento explicativo para incorporar na explicação situacional a categoria da equidade não seria aproveitado.

Em tal sentido, a informação produzida na Sala Situacional é de vital importância porque permite criar cenários favoráveis para a diminuição das iniquidades, assim como, ajuda a estabelecer os mecanismos para monitorar e avaliar o plano de ação (Bergonzoli, 2006). Também consideramos pertinente analisar neste ponto as contribuições de Berrenchea, Trujillo e Chorny (1989) sobre a aplicação do planejamento estratégico para processar problemas de saúde nos grupos postergados.

Em seu trabalho “Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud”, os autores assinalam que um dos instrumentos mais importantes que dispõe o processo de planejamento estratégico é a elaboração de “estratégias de ataque”. No caso do sistema de saúde são aquelas destinadas a construir soluções aos problemas de saúde que afetam com maior intensidade a os espaços – populações postergadas¹⁷.

As “estratégias de ataque” segundo Berrenchea, Trujillo e Chorny (1989:228): “implicam a execução de uma série de atividades inter-relacionadas e interdependentes”, ou seja, são as operações OP no sentido matusiano. Isto fica claro quando os autores estabelecem as etapas para elaborar uma “estratégia de ataque”:

- Primeira etapa – Diagnóstico tradicional compreende:
 1. Identificação e caracterização dos espaços-populações postergadas definindo o grau de postergação de cada um destes, o que servirá para estabelecer as prioridades;
 2. Identificação e caracterização de subgrupos humanos (por idade, sexo, gênero, ocupação, entre outros), fatores de risco e problemas de saúde;
 3. Definição da ação estratégica segundo as prioridades estabelecidas pelos critérios mencionados nos pontos a e b, e considerando o impacto do problema, a factibilidade administrativa para enfrentá-lo e a viabilidade das soluções.

¹⁷ Neste trabalho não se considera a categoria de populações postergadas e sim dos territórios sociais por ser este um conceito mais abrangente.

- Segunda etapa – Execução das seguintes atividades:
 1. Elaboração da estratégia de ataque para os problemas de saúde considerando as prioridades estabelecidas e a importância relativa de tais problemas e dos fatores de risco identificados, determinando as ações a serem realizadas e o domínio setorial a que pertencem;
 2. Determinar a combinação de atividades para cada nível de complexidade da rede de serviços de saúde, em função dos subgrupos humanos identificados para os distintos espaços-populações;
 3. Programação de atividades segundo os níveis de complexidade;
 4. Ajustes na programação de atividades com a capacidade de produção e resolução da rede de serviços de saúde;
 5. Elaboração da opção estratégica preliminar, a ser negociada, em função da programação ajustada das atividades de “domínio setorial” e das ações conjuntas programadas intersetorialmente;
 6. Negociação da opção estratégica;
 7. Instrumentação da ação selecionada de comum acordo com as diferentes instituições e atores envolvidos. Neste ponto são elaborados os planos de médio e curto prazo, e da programação local (Berrenchea, Trujillo e Chorny, 1989:231).

A proposta dos autores considera o diagnóstico tradicional, pelas restrições do diagnóstico (discutidas no ponto II.3) trabalhamos com a explicação situacional, incorporando a Análise da Situação de Saúde (ASIS). Contudo, o diagnóstico que propõem os autores é bastante abrangente e sem dúvida incorporaria (de ser rigoroso) uma teoria explicativa da realidade e evidências de que ela é consistente com o que observamos, mas, é somente a matéria prima que processa um ator social para formular sua apreciação situacional (Huertas, 1996).

Outra questão diz respeito ao reconhecimento dos autores do plano de demandas de Matus, uma vez que diferenciam as atividades necessárias, porém, que não são do “domínio setorial” de uma instituição ou de um sistema de saúde. Tais atividades constituem a base operacional fundamental para o desenvolvimento da articulação interinstitucional ou intersetorial que: “alimentan matrices de demandas facilitando el análisis y la programación conjunta por las instituciones o los sectores sociales e económicos atinentes” (Berrenchea, Trujillo e Chorny, 1989:231).

Os autores consideram que o desenho das “estratégias de ataque” (operações OP para Matus) não pode limitar-se à análise da situação observada. É preciso inferir

prospectivamente a configuração mais provável dos cenários onde o processo de mudança possa desenvolver-se, avaliando as possíveis alterações que se podem produzir nos distintos elementos considerados (grau de postergação, problemas de saúde, fatores de risco, estratégias de ataque, entre outros). Para isto, eles propõem o desenvolvimento da epidemiologia prospectiva que:

[...] supere el marco tradicional de la extrapolación de series cronológicas para construir escenarios epidemiológicos con una concepción histórica y multidimensional, consistentes con los escenarios económicos-sociales-demográficos que los procesos de planificación económica-social vayan configurando (Berrenchea, Trujillo e Chorny, 1989:231).

A concepção de cenário epidemiológico se corresponde com o processo de reprodução social de Castellanos (1995), ao tentar considerar as diferentes dimensões que configuram as condições de vida, com o fim último de diminuir as *brechas* por iniquidade que se geram entre os diferentes grupos populacionais. Na configuração do cenário mais provável para o qual se desenhou o plano de ação, se recomenda a incorporação dos elementos da epidemiologia sugeridos por Berrenchea, Trujillo e Chorny (1989).

II.5.4 O Momento Estratégico (pode ser)

Para Matus (1996:404) o momento estratégico concentra-se na articulação entre o dever ser (momento normativo) e o poder ser (momento estratégico), sem tratar-se de um ajuste passivo do dever ser ao poder ser, pois o dever ser é dominante e persistente no dirigente com vontade de mudança. O centro da preocupação estratégica é a análise da viabilidade do programa direcional do plano (momento normativo), mas ao mesmo tempo esse cálculo é a análise da viabilidade no arco da conjuntura do momento tático-operacional e é a análise do que pode e não pode ser viável na situação imediatamente anterior (momento explicativo). Assim, o problema da viabilidade está presente em todos os momentos do processo de planejamento, embora seja dominante no momento estratégico.

A análise da viabilidade é feita nas dimensões política, econômica, cognitiva e organizativa do plano¹⁸ e construída através da estratégia (ou formas de implementação de uma política). Constitui uma análise profunda através da simulação e se requer em aquelas situações onde o ator não controla todos os recursos necessários para a execução do plano. Neste momento é importante a participação dos atores do plano que participaram ou não na priorização dos problemas.

Além de compreender as dimensões antes mencionadas, analisar a viabilidade do plano implica a adoção de um espaço de ação determinado (geral, particular, singular), assim como três planos: (a) decisão, capacidade de decidir sobre realização de um projeto ou intervenção; (b) operação, capacidade de operar o projeto na prática com eficiência; (c) permanência, capacidade de que os efeitos tenham uma duração eficiente em relação com seu objetivo. Após considerar os três planos antes mencionados, procede-se à análise de viabilidade de sínteses, resultante da análise global das diferentes dimensões e planos, assim como de seus recursos (Matus, 1996; Rivera 1995).

Dois conceitos fundamentais no momento estratégico são estratégia e viabilidade. A estratégia no PES é o uso da mudança situacional para alcançar a situação-objetivo e a tática é o uso dos recursos escassos na produção de uma mudança situacional. Da definição é importante resgatar o seguinte:

- A estratégia se expressa como uma sucessão de eventos táticos;
- Insinua-se o conceito de trajetória, como uma sucessão de situações onde o ator ganha o perde liberdade de ação segundo ganhe ou perda forças de motivação;
- Situa a eficácia tática dentro do cenário mais amplo da eficácia estratégica guiada pelo critério de atingir a situação-objetivo;
- Destaca o conceito de progressividade (proceder gradualmente) no tempo para construir ou destruir viabilidade ao objetivo perseguido.

As estratégias podem ser basicamente de três tipos: cooperação, cooptação ou conflito. A primeira supõe negociações, nelas os atores cedem parte de seus interesses em benefício do resultado esperado. Já na segunda, um ator social seduz a vontade de

¹⁸ Como foi dito à análise do plano compreende quatro dimensões: (a) Política, administração de recursos escassos de poder e possibilidade de dimensionar o alcance e a direção da situação-objetivo em função das relações de força que podem ser estabelecidas no horizonte de tempo do plano; (b) Econômica, administração de escassos recursos econômicos e financeiros, com o objetivo de incrementá-los para alcançar as necessidades da situação-objetivo ou ajustá-la às restrições; (c) Cognitiva ou tecnológica está relacionada com a disponibilidade presente de tecnologia e conhecimentos e a capacidade de criação de técnicas para realizar os projetos que o requerem; (d) Organizativa, diz respeito às capacidades institucionais do sistema como um todo e às capacidades de gestão em particular dos atores e das instituições implicadas no plano (Matus, 1996).

outros atores, através de seu peso político, de sua argumentação ou pela força de sua ideologia. Na terceira, se medem as forças dos atores (Matus 1996b).

O autor apresenta posteriormente tipos mais específicos de estratégias, as quais como as anteriores podem ser combinadas de muitas formas em diferentes oportunidades, tempos e trajetórias:

- Imposição, baseadas na autoridade e hierarquia;
- Cooptação ou persuasão, fundamentadas na capacidade de sedução do líder, implica em obter apoio e adesão do outro ao projeto próprio sem ceder nada de imediato, salvo a possibilidade futura de uma recompensa ao aderir-se ou participar no projeto do líder. Geralmente este tipo de estratégia acompanha a estratégia de imposição;
- Negociação, implica o intercâmbio de interesses conflitivos com outra parte na disposição de ceder algo se o outro também cede. A idéia é encontrar na negociação um bom acordo para todos, porém, nem sempre é possível e depende do tipo de negociação e da inteligência dos negociadores para transformar uma negociação aparentemente conflitiva em outra cooperativa.

A negociação pode ser de três tipos: (a) cooperativa, onde todos os atores ganham (soma positiva ou diferente de zero) se a negociação é exitosa; (b) conflitiva, nesta um ator ganha e outro perde (jogo soma zero); (c) mista onde existem aspectos combinados das duas anteriores, ou seja, de perdas e ganhos.

- Mediação, geralmente é utilizada quando ceder algo do objeto da negociação é de custo muito alto para as partes e a via de negociação para resolver o conflito teria poucas probabilidades de êxito. Se isto ocorre e não existe ânimo de confrontação, de apelar ao juízo de tribunais ou recorrer à violência, um caminho aberto consiste em acudir a um mediador (um terceiro ou árbitro) para tomada de decisão;
- Confrontação, nela se utiliza como recurso a mediação das pressões ou forças exercidas, podendo se tomar a via direta ou indireta;
- Coação, consiste em ameaçar o outro de pagar um custo senão adere ao acordo imposto pela parte ameaçante;
- Dissuasão, nesta o oponente é dissuadido, esta baseada em dois princípios: a exibição de força própria; a demonstração da vontade e capacidade de usá-la com eficiência e alto custo para o oponente no caso necessário;
- Juízo em tribunais, o conflito de interesses está submetido às regras jurídicas aplicáveis;

- Guerra, mediação violenta de forças. Só é imaginável no caso de objetivos de altíssimo valor e onde cada parte estima que a outra esta disposta arbitrariamente a impor seus objetivos.

O desenho de estratégias será necessário, tanto para as operações que exigem cooperação com outros atores, como para as de oposição e confronto, a seleção da melhor estratégia dependerá das relações de força (recursos que cada ator pode mobilizar a favor) e do tipo de operações.

Viabilidade significa fazer possíveis as operações do plano. Para isto, a análise estratégica do PES se baseia em duas perguntas sequenciais:

- Quais das operações que devo realizar são hoje viáveis?.
- É possível construir viabilidade no tempo determinado no plano às operações que não são viáveis na situação inicial?

A resposta à primeira pergunta dependerá da posição ou interesse que assumem os atores frente às operações (apoio, rechaço, indiferença, entre outras) e da importância ou valor que para cada ator tem a operação. Assim a conjunção do interesse e do valor produz a motivação de cada ator por cada operação.

Além disso, essa pergunta permite definir quais operações são “de consenso”, quer dizer, aquelas que não têm motivação de rechaço e não podem ser bloqueadas pelo domínio da indiferença e, quais são “conflitivas”, quer dizer, aquelas onde existe uma pressão de apoio suficientemente superior à pressão de rechaço.

Para poder responder à primeira pergunta é necessário estimar as pressões que os diversos atores podem exercer para viabilizar ou não o plano. Matus (1996) utiliza o conceito de força para estimar as pressões. A força é todo que o ator pode usar para lidar ou cooperar com outro no jogo concreto. O conjunto de recursos que os atores podem utilizar para produzir ou obstaculizar as ações produzíveis no plano de ação, segundo sejam as motivações dos participantes constitui o Vetor de Recursos Críticos do plano (VRC).

Todo plano concreto tem um VRC particular perfeitamente estimável. Ao compreender-se o conceito de VDR de um plano, é menos difícil dar-lhe sentido prático ao conceito de força. De fato, pode-se dizer que a força do ator 1 no jogo A é o grau em que esse ator controla o VRC do plano A. E este grau de controle do VRC do plano, é denominado VP. Assim o VP de um ator é um excelente indicador de sua força e permite estimar-la e compará-la com a força de outros atores (Huertas, 1996).

Portanto, o estudo da correlação de forças se analisa através do Vetor de Peso (VP), comparando o grau de controle dos recursos de poder envolvidos em cada uma das

operações do plano, distinguindo entre os recursos de decisão e recursos de materialização.

O valor de uso do VP quando é aplicado a uma operação concreta, se chama Vetor de Momento de Peso (VMP), este pode ser maior ou menor que o VP. É através do VMP que se exerce a pressão.

Destaca-se que a comparação de forças (pressão exercida) depende de fatores, os quais são ponderados através da análise estratégica para chegar à conclusão sobre a viabilidade política. A seguir se apresentam os fatores considerados:

- O valor da efetividade de cada elemento com relação ao plano, indica o valor do patrimônio de força (controle de recursos, capacidade, física, equipamento, entre outros);
- A destreza que cada ator tem para usar os elementos que controla, assinala a destreza tática dos oponentes, sua habilidade para usar e administrar o valor do patrimônio de força que possuem.
- Os elementos que cada ator opõe aos elementos que controla o outro, esboça a capacidade estratégica, a capacidade de ver onde estão as fortalezas próprias e as debilidades do oponente;
- A intensidade da motivação que anima aos atores na confrontação a qual depende do valor da operação para eles e de pressão que cada um exerce sobre o outro (escala de pressões). Destaca a importância da intensidade das motivações, a vontade de confrontar e a possibilidade de estímulo mútuo no uso escalado de forças.

Em suma, a viabilidade inicial de uma operação depende da relação de pressões que se exerce sobre esta, e a pressão dos atores depende de sua motivação e de sua força. Portanto, analisar a viabilidade supõe dois níveis:

- A análise da motivação dos atores em fase às operações do plano, com a finalidade de registrar o interesse que eles têm e o valor que lhe atribuem ao plano. O interesse é marcado com os sinais (+) a favor; (-) em contra; (0) indiferente. O valor poder ser alto, médio ou baixo (anexo 14);
- A análise do VP ou da capacidade de poder, para determinar o grau de controle dos recursos críticos necessários na implementação das operações e ações por parte do grupo a favor e em contra do plano. Esta análise é aplicada às operações em conflito, as quais são identificadas se na análise anterior existe pelo menos um sinal negativo (-) na operação. Assim, para cada operação se especificam os recursos relevantes (sendo os únicos que entram na análise, podem ser diversos) e se

distribuem de forma proporcional entre os atores que apóiam e os que rejeitam as operações em uma escala de 0 a 100% (anexo 15).

Dos resultados da análise do VP se distinguem as operações de conflitos viáveis das não viáveis, para estas últimas se devem construir estratégias, enfatizando em aquelas que têm um papel fundamental na viabilização do plano. A viabilidade das operações conflitivas depende da análise da relação da força política de quem apóia versus a força de quem se coloca contrário à sua realização e das estratégias desenvolvidas. As operações de consenso podem ser mais facilmente viabilizadas.

Segundo Matus (1996), os atores podem escolher entre três posições, ante as dificuldades ou restrições para desenvolver o plano: aventura política (ignorar as restrições); passividade (aceitar as restrições e ater-se a o que é viável hoje); construção de viabilidade (superar as restrições e elevar os recursos). O momento estratégico se inclina a favor desta última posição, na qual se reconhecem as restrições e busca-se superá-las, elevando recursos e construindo a viabilidade do plano.

Aqui já entramos na resposta à segunda pergunta: é possível construir viabilidade no tempo determinado no plano às operações que não são viáveis na situação inicial?. Questão esta que é mais complexa e imprecisa que a primeira.

Se a viabilidade do plano é negativa, é preciso desenhar estratégias para tornar-lo viável. Para Matus (1996b) as estratégias são as formas de superação das restrições de poder, é a arte do líder de formular objetivos e dissolver as dificuldades que outros atores sociais ou as circunstancias colocam para alcançá-los.

Para isto, se requer além do cálculo sólido, a coordenação entre recursos e objetivos ou entre os meios e fins. A estratégia exige sempre economia de recursos. Apesar disso, a incerteza permeia o cálculo dos recursos, porque a estratégia implica a interação criativa entre vários atores, onde nenhum tem capacidade de predição sobre os planos e movimentos do outro.

A construção de viabilidade se baseia na possibilidade de mudar a favor do plano as pressões aplicáveis hoje sobre as operações inviáveis, isto se pode fazer de duas formas: mudando as motivações ou mudando os vetores de peso e as destrezas para usar-los. A análise estratégica implica aproveitar as operações viáveis para construir-lhe viabilidade às operações inviáveis (Huerta, 1996).

Nesse sentido, se devem considerar os atores relevantes do plano, as operações e os meios estratégicos para superar as restrições através do tempo mediante seqüências inteligentes. A seqüência e o tempo são chaves na estratégia, porque em uma estratégia a ordem dos fatores altera o produto resultante. Por conseguinte, para Matus (1996) a

estratégia (E) relaciona de forma inteligente e construtora à viabilidade, no marco da *meta-estratégia* (Mt) os seguintes elementos:

$$E = Mt (\text{Atores, Operações, Meios estratégicos, Tempo})$$

Cada um dos componentes da estratégia é analisado utilizando com guia as seguintes questões:

- Quais são as operações inviáveis na situação inicial?
- Com quais atores devo lidar para intentar construir-lhe viabilidade às operações inviáveis?
- Que meios estratégicos podem-se aplicar às operações e atores para criar situações futuras favoráveis à viabilidade do plano?
- Qual é a seqüência e o tempo em que devo situar as operações e lidar com os oponentes para fazer mais eficaz o processo de construção da viabilidade?

Os atores e as operações são analisados com os diferentes aspectos considerados para responder à primeira pergunta (motivação e interesse, VRC, VP). Como mencionado acima, as operações são classificadas como: operações (OP) que contem a capacidade de impacto do plano sobre o VDP e operações (OK) cuja função é facilitar a produção das operações OP.

Os meios estratégicos e táticos são um conjunto de operações OK que demonstraram na prática uma alta eficácia processual e dado seu uso reiterado, tem um respaldo em teorias e técnicas para facilitar seu melhor emprego. Segundo Matus (1996b) existem cinco meios para viabilizar as estratégias:

1. Utilizar estratégias específicas: autoridade, persuasão, negociação, mediação entre outras;
2. Utilizar as operações de consenso como “coringas”, em qualquer momento da trajetória do plano, de forma inteligente, visando a acumulação de forças;
3. Construir operações tático-processuais, que cumprem o objetivo de construir a viabilidade das operações principais do plano, sem fazer parte deste. Dependendo do efeito que produzem, podem ser de vários tipos: surpresa, distração, intimidação, mobilização, entre outras;
4. Elaborar operações em forma de módulos que se adaptem às mudanças do plano e do cenário, modificando-se determinados aspectos para atingir os objetivos previstos;
5. Utilizar a trajetória ou ordenação temporal das operações, onde a melhor trajetória é a que respeita a precedência de determinadas operações e permite uma acumulação progressiva de poder que ajude na viabilização do plano.

E por fim o tempo, que é a variável chave de toda estratégia, porque impõe restrições e oferece possibilidades, além de que as operações do plano produzirão o efeito esperado se são realizadas no tempo e na seqüência oportuna. Partindo das restrições e possibilidades, a estratégia de construção de viabilidade exige desenhar uma seqüência de operações OP viáveis e eficazes para criar um espaço futuro de possibilidades capazes de admitir a seqüência das operações OP inviáveis. Neste processo de construção de viabilidade são utilizadas as operações OK (Huertas, 1996:89).

Em última instancia a estratégia se conforma de uma trajetória, ou seqüência de meios estratégicos discriminados por atores e operações. Toda trajetória tem seu segmento crítico, que se é favorável, esta definido pelo intervalo de datas futuras no que o planejador calcula que as novas situações criadas e a causa de suas características são suficientemente favoráveis, fazendo viáveis as operações que são inviáveis na situação inicial. Também o segmento crítico pode ser desfavorável (Matus, 1996).

O autor assinala que uma trajetória construtora de viabilidade indica a seqüência na qual o planejador ordena suas jogadas com base no cálculo de criação de um segmento crítico favorável. Toda complexidade da estratégia se resume na possibilidade de criar um segmento crítico favorável na trajetória. A seleção do segmento crítico é a seleção do momento do conflito difícil no tempo, disto depende o êxito ou fracasso de uma estratégia (Huertas, 1996:90).

No tempo se reúnem as outras três dimensões da estratégia (atores, operações e meios estratégicos), porque em cada data concreta da trajetória é proposto um trato a cada um dos atores relevantes com relação às operações às quais é necessário construir viabilidade utilizando diversos meios estratégicos disponíveis (Huertas, 1996:90).

Finalmente, se constrói a trajetória estratégica através do encadeamento lógico e estratégico das ações, considerando que as estratégias utilizadas com relação aos atores podem mudar ao longo do tempo, portanto, a trajetória deve ser monitorada através da atualização da informação que servirá (se necessário) para modificá-la (anexo 16).

Matus (1996) insiste em evitar confrontações diretas, para ele são mais importantes as estratégias de negociação e cooperação que permitam lograr maior apoio e legitimação dos projetos.

Nesse sentido, resgatamos de Berrenchea, Trujillo e Chorny (1989) a necessidade de acompanhar as estratégias de uma reflexão aprofundada do conteúdo específico da negociação, que substituiria a subjetividade presente no julgamento estratégico. Para estes autores mais do que fazer um cálculo interativo que defina as possibilidades condicionais de comportamento dos atores; “lo que se necesita es alguna manera de

hacer aflorar y debatir abiertamente los supuestos y los argumentos conflictivos que subyacen en las probabilidades condicionales subjetivas” (1989:246).

Rivera & Artmann (1999) sugerem o modelo de negociação cooperativa da Escola de Negociação de Harvard, de Ficher e Ury, do tipo ganhar-ganhar, porque este se aproxima de um modelo argumentativo que poderia contribuir na construção de legitimidade para as propostas dos gerentes, através de instrumentos eficazes de atuação política. Destacando como aspectos marcantes deste enfoque:

- *a necessidade de separar a negociação da substância do problema do relacionamento intersubjetivo, que requer um investimento particular;*
- *a necessidade de negociar a partir dos interesses, dos pressupostos ou motivações das posições, e não das posições mesmas, procurando discernir atrás de posições aparentemente opostas, interesses comuns que podem ser explorados em termos de faixas de acordo, ou interesses distintos, porém não conflitantes, que podem ser harmonizados;*
- *a idéia de que a negociação é um processo ideativo, criativo, interdisciplinar, de geração de múltiplas opções de ganho mútuo, o qual desvirtua a idéia da negociação como um bolo fixo;*
- *a tese de que o fundamental é negociar critérios de validade universal ou de maior legitimação capazes de balizar objetivamente a possibilidade de um acordo (Rivera & Artmann, 1999:359, 360).*

O processo de negociação deve ser ainda aprofundado, com a tentativa de aproximarmo-nos aos aspectos que estabelecem os autores antes mencionados. Neste trabalho tentamos estabelecer como fim último do plano de ação a busca da equidade, dado que esta apresenta uma validade universal, ou seja, ninguém vai se negar explicitamente a obter-la. Esse objetivo é o argumento fundamental no processo de negociação, onde diversos atores com seus interesses tentam chegar a um acordo, que neste caso, deve beneficiar á maior parte da população, especialmente aquelas menos favorecidas e não a um ator em particular.

A negociação entendida como processo criativo que parte dos interesses comuns permite às comunidades olhar-se como um conjunto e desde uma visão mais solidária, onde os diferentes atores compreendam que existem diferenças ao interior da paróquia, entre as localidades, as quis no processo de planejamento em saúde devem ser consideradas.

II.5.5 O Momento Tático-Operacional (fazer)

Para Matus (1996:482) o momento tático-operacional é o momento fundamental na mediação entre conhecimento e ação. É neste momento que convergem para a ação na conjuntura: a explicação situacional, o cálculo normativo e a análise estratégica de caráter prospectivo da implementação do plano. Destacando que no PES planejamento e gestão são inseparáveis.

Quando o problema já passou pelos três momentos anteriores (explicativo, normativo e estratégico), apenas mudou o conhecimento que a equipe de governo tinha sobre o mesmo, mas a realidade continua à espera da ação. Daqui a importância da mediação entre o conhecimento que se acumula nos três momentos mencionados e o quarto momento da ação (Huertas, 1996:103).

O momento tático-operacional trata da ação com o suporte necessário para dar conta dos objetivos do plano, seu propósito é criar um processo contínuo, sem rupturas, entre os três momentos anteriores e a ação diária. Também neste momento é recalculado o plano, incluindo seu ajuste às circunstâncias do momento da ação e ao detalhe operacional que a prática exige.

Portanto, a dinâmica do momento tático-operacional está constituída pela avaliação da situação na conjuntura e pelo atuar, voltar a observar a situação e atuar novamente, ou esperar. É como um motor de dois tempos, de dois sub-momentos encadeados, que se complementam e se necessitam mutuamente (Matus, 1996:487).

Cada movimento gera conseqüências e resultados, que são avaliados constantemente antes de fazer outro movimento. Os dois sub-momentos para Matus (1996:487) são:

- A avaliação da situação na conjuntura - instância do conhecimento: é o juízo que permite captar e avaliar a realidade, analisar o desenvolvimento inicial de novos problemas e avaliar a direcionalidade do processo. Para o autor este sub-momento, também é uma instância de avaliação a posteriori, porque a avaliação situacional é também um juízo sobre o que foi feito, comparando efeitos reais com os efeitos esperados conforme o plano;
- A resolução sobre problemas e operações - conduzir a ação: é a forma de correção mútua entre plano e realidade. Neste sub-momento se ajusta um ao outro, conforme as circunstâncias e mediante ações concretas. Segundo o juízo estratégico do dirigente, os ajustes podem ser direcionais ou conjunturais. Para o autor este sub-momento também é uma instância de avaliação prévia de impactos, a fim de optar pelo que parece estar mais de acordo com os objetivos perseguidos.

Os sub-momentos se apóiam nos três momentos anteriores do PES para conciliar o intensificar conflitos entre o critério político e econômico, o de curto e médio prazo, o da burocracia e o da direção política ou técnica, entre outros. Para ter no final uma apreciação de conjunto, com diferentes graus de coerência que orienta a ação e ameniza as contradições sem eliminá-las.

Neste momento Matus (1996) utiliza os três sistemas propostos por ele na Teoria das Macroorganizações, que conformam o triângulo de ferro e que para Artmann (1993:195-196) são também fundamentais para o nível local:

- A agenda do dirigente: o dirigente no nível local pode ser uma equipe responsável pelo plano, a qual deve preocupar-se com os problemas e questões importantes e delegar os demais, quer dizer, tratar de forma diferenciada as questões estratégicas das questões de rotina, para alcançar obter soluções criativas.
- O sistema de petição e prestação de contas: é necessário que impere o hábito de pedir e prestar contas sobre cada atividade (como rotina formal), em cada instituição local, em cada departamento, até no nível mais descentralizado;
- O sistema de gerência por operações: constitui-se em um sistema recursivo, até os níveis mais operacionais (ações, sub-ações), guiado pelo critério da eficácia, ou seja, como as operações e ações realizadas afetam o VDP dos problemas. Deve ser feita a avaliação do cumprimento das normas de rotina, para uma possível recessão mediante mudanças na situação.

Também, é de suma importância o sistema de monitoramento e avaliação do plano, através do qual se produzem as informações para acompanhar o desenvolvimento do plano (resultados finais e processos intermediários).

Para Matus (1996) no nível operativo é necessário monitorar e avaliar as seguintes variáveis:

- Descritores do problema e dos nós críticos;
- Implementação das operações (recursos, produtos e tempo);
- Processos relacionados à aprovação e implementação das operações;
- Comportamento das variáveis (cenários) e a possibilidade de surpresas;
- Evolução estratégica do plano através da verificação de resultados.

Como foi dito no início deste capítulo o PES foi desenhado para servir aos dirigentes políticos e seu tema são os problemas públicos. Nesse sentido, os resultados do plano (como ação de governo) se registram em três balanços:

- O Balanço da Gestão Política, sintetiza os resultados positivos e negativos que se logram no âmbito específico que dá ou nega respostas às demandas políticas dos

atores sociais e da população em geral. O poder é o recurso escasso crítico para manejar este balanço;

- O Balanço Macroeconômico, registra em seus benefícios e custos, as conseqüências políticas do manejo macroeconômico e os resultados econômicos alcançados nas condições políticas vigentes. O recurso escasso crítico para manejar este balanço são os meios econômicos;
- O Balanço de Intercâmbio de Problemas Específicos, refere-se ao saldo de efeitos políticos positivo ou negativo que gera o enfrentamento dos problemas específicos que a população valora. Por exemplo, água potável, saúde, moradia, segurança, entre outros. O critério intermediário no manejo deste balanço consiste em manter os VDP dos problemas dentro de metas aceitáveis em relação com a situação prévia. Os recursos críticos neste balanço incluem o poder político, os recursos econômicos e principalmente as capacidades gerenciais (Huertas, 1996:104-105).

O Balanço Global do plano é construído agregando os sinais positivos e negativos oriundos dos balanços parciais anteriores. Para isto Matus (1996) baseado em Weber utiliza dois critérios: (a) eficácia formal ou técnica, que responde à necessidade de enfrentar com rigor e com apego aos paradigmas científicos vigentes os problemas próprios de cada balanço; (b) eficácia material ou política, que responde à necessidade de considerar que o poder político é um recurso que não deve consumir-se até qualquer limite a causa de uma adesão infantil e tecnocrática ao primeiro critério, pois a perda do poder político pode levar, em seu extremo, à derrota mesma do critério técnico baseado nas teorias científicas.

Ambos os tipos de eficácia estão fortemente inter-relacionados. Assim, a ineficácia técnica pode conduzir, à ineficácia política, e a ineficácia política pode conduzir à ineficácia técnica.

Cada problema selecionado pelos atores tem um balanço planejado e um balanço resultante da ação prática. O balanço de cada problema, por sua vez, está composto dos três balanços acima mencionados. Alguns dos problemas podem ter um balanço negativo, outros, um balanço neutro ou positivo. O impacto conjunto dos balanços de cada problema produz o balanço global de plano, este último também pode ser positivo ou negativo, segundo domine o impacto dos “problemas-carga” ou o dos “problemas-benefício” no conjunto do plano (Huertas, 1996:107).

A decisão acertada do modo de enfrentar um problema em particular se fundamenta no processamento técnico-político desse problema, como uma parte do todo e no conjunto das decisões acumuladas, sobretudo dos problemas abordados ou esquecidos até uma

data concreta no plano que dependem do sinal do impacto resultante desse conjunto sobre o balanço global da gestão. Em palavras de Matus:

Podemos pagar un costo político alto por uno o algunos problemas por algún tiempo, pero nunca por todos durante el período del plan e acción. Los “problemas-beneficio” deben pesar más que los “problemas-carga” a fin de lograr un balance global positivo, y esa es la meta de todo gobierno en toda circunstancia. En este análisis no solo importa el saldo actual del balance global, sino principalmente su proyección hasta el final del gobierno (Huertas, 1996:107).

O Balanço Global dependerá de cada um dos três balanços, considerados por Matus como cintos. Assim, o princípio fundamental é compensar ou apertar uns cintos e deixar outros mais desafogados.

El déficit en el balance técnico, a la larga, conduce a un déficit en el balance político, porque al final se debe pagar el costo político del desastre técnico. Pero, a la corta, un balance positivo en lo técnico también puede conducir a un déficit político, si se extrema el criterio técnico más allá de las posibilidades de asimilación política de la población y las fuerzas sociales. Naturalmente, la peor opción para un gobernante es aquella que sendo técnicamente ineficaz, es además políticamente costosa (Huertas, 1996:108).

O drama do momento tático-operacional para Matus (1994, 2007) é que nos sistemas de governos latino-americanos não existe demanda por planejamento, porque ninguém presta contas pelo desempenho dos planos. Os gestores geralmente não têm tempo para planejar, porque os processos de gestão pública são deficientes, onde tudo que deveria ser normal é empurrado como se se tratasse de uma emergência. Nesse contexto a ação se dissocia do planejamento e temos que:

Se planifica lo que no se hace y se hace lo que no se planifica. El resultado es evidente. La acumulación angustiante de los problemas y la incapacidad de los gobiernos para manejar su balance de gestión política. En el PES decimos, ningún gobierno puede ser mejor que las herramientas de trabajo que conoce y aplica. El momento tático-operacional aborda la acción y sus resultados ante el ojo crítico de la población (Huertas, 1996:104).

Por outro lado, Matus (1996) destaca que no caso da problemática se desestruturar rapidamente, é necessário fazer o cálculo estratégico na sala situacional, o que é comum na realidade latino-americana, considerando a forte instabilidade do contexto social, político e a velocidade de mudança dos valores (Habermas, 1987).

A maior responsabilidade da sala situacional é produzir “inteligência em saúde” Bergonzoli (2006). Para o autor a sala situacional se converte em: “la instancia para la articulación entre la planificación estratégica y la coyuntura para facilitar espacios de negociación y concertación de los compromisos a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud en el ámbito local” Bergonzoli (2006:20).

Assim, a sala é uma central de processamento de informações em alta velocidade, provendo de informações ao dirigente em tempo oportuno “real”, e, é ainda um lugar onde interage uma equipe diversificada e especializada que faz um cálculo de síntese, através de discussões sobre perspectivas e critérios de racionalidade ou de eficácia diferenciados.

A sala situacional deve ocupar o lugar mais alto da pirâmide de informações e ao mesmo tempo tem que estar ligada aos níveis mais descentralizados, todos os quais fazem parte do “sistema de suporte às decisões”, que realiza uma retroalimentação positiva ou negativa sobre os módulos de gerência (Rivera, 1995:186).

Portanto, como foi dito anteriormente a sala situacional é um espaço virtual e matricial, de convergência onde se conjugam diferentes saberes para: (a) identificar e estudar as situações de saúde conjunturais ou não, assim como, analisar os fatores que a determinam e as soluções mais viáveis e fatíveis segundo o contexto local; (b) monitorar e avaliar os resultados obtidos depois da aplicação das decisões tomadas (Bergonzoli, 2006). É assim como a sala está presente em todos os momentos do PES e “é a expressão de uma capacidade tecno-política de governo capaz de manter o dirigente em sintonia com a realidade e de auxiliá-lo pragmaticamente no processo de tomada de decisões” (Rivera, 1995:187).

Um princípio importante colocado por Matus (1996) é que na sala cada nível administrativo deve processar a informação utilizável especificamente nesse nível, isto reduz a variedade de informações e fortalece o trabalho com informação seletiva de forma inteligente.

Outro princípio diz respeito aos elementos e a informação que devem incluir-se na sala de situações. Como se mostra na figura 5 (no ponto II.2.3), isto vai além dos dados tradicionais e inclui os de natureza qualitativo-estratégica. Assim, na sala se

processariam os dados provenientes de todos os módulos do sistema de informação em saúde no nível local¹⁹, os dados já existentes nos grandes bancos de dados nacionais e regionais. Por exemplo, na Venezuela seriam: SISMAI, SISVAM, INE, entre outros, e os dados resultantes de coletas e estimativas feitas pelo próprio município ou paróquia.

Como nem sempre é possível contar com sistemas informatizados sofisticados, deve-se trabalhar a informação através de processos mais artesanais, principalmente a produção daquelas necessárias para acompanhar o plano (Artmann, 1993). Resgatamos que em qualquer dos casos a melhoria da qualidade da informação deve ser vista como uma prioridade da gestão, porque desta dependerá a qualidade do que se produz na sala situacional e, portanto, o acompanhamento da gestão.

Finalmente, a sala situacional permite transformar os dados primários em indicadores e estes em sinais de vital importância para o momento tático operacional, diminuindo assim a variedade de informação.

Considerações Finais

Neste capítulo foi abordado criticamente o enfoque do PES à luz da abordagem comunicativa e da dimensão da equidade. A importância destas categorias é que permitem processar os problemas de saúde segundo uma perspectiva que considera, em primeiro lugar, a participação ativa dos diversos atores sociais envolvidos no planejamento, e em segundo lugar, as diferenças por iniquidades existentes na realidade. A principal finalidade de incluir de forma explícita no método essas categorias é contribuir para que o planejamento em saúde responda aos problemas da realidade social com oportunidade e qualidade, desenvolvendo soluções institucionais e sociais que priorizem às populações menos favorecidas.

Da mesma forma, foram analisados e integrados à proposta do PES para o nível local vários aportes de diferentes áreas de conhecimento (gestão, epidemiologia, entre outras), os quais apresentam alternativas para a incorporação no método das categorias antes mencionadas.

Contudo, reconhecemos que o PES no seu conteúdo tem traços de ambas as categorias, só que estas podem se perder dada a complexidade do método, e também porque não aparecem tão explicitamente. Tentamos aqui sustentá-las e incorporá-las no método,

¹⁹ Para Medici (1991) um sistema de informação em saúde no nível local deve conter os seguintes módulos: informações demográficas; informações socioeconômicas; informações epidemiológicas; parâmetros e necessidades de serviços; oferta de serviços; financiamento, gastos, custo dos serviços de saúde; recursos humanos; medicamentos, insumos estratégicos, materiais; indicadores gerenciais e de avaliação de desempenho do setor saúde.

conscientes de que ainda é preciso continuar contrapondo as bases teóricas com a aplicação do PES no prática, para obter melhores resultados.

Destacam-se os aportes oriundos do Instrumento de Identificação e Representação de Necessidades Sociais da Venezuela, já que a experiência desenvolvida em vários estados do país, permitiu uma primeira aproximação à operacionalização da categoria equidade no PES, a qual, dada sua complexidade exigiu outras ferramentas tais como a Sala Situacional e a Análise da Situação de Saúde.

Quanto à abordagem comunicativa, a base fundamental para analisar o PES foram as contribuições elaboradas por Rivera (1995) e Artmann (2001) tendo como marco teórico a obra de Habermas. Esta categoria complementa a busca de equidade, ao reconhecer a importância dos diferentes atores, não apenas como objetos que servirão para o plano de um ator principal, mas, sim como atores sociais capazes de argumentar suas idéias e discutir, visando chegar ao consenso que beneficie à maioria da população. Os quatro momentos do PES foram permeados pela abordagem comunicativa e a dimensão da equidade. Os três primeiros estão enfocados na teoria e nos métodos para acumular conhecimentos de utilidade para a ação, englobando: identificação do problema, explicação situacional dos mesmos, planos por problemas com cenários, planos de contingência, análise de viabilidade do plano.

As perguntas: como explicar a realidade; como conceber o plano; e como fazer o plano necessário possível, respondem aos três primeiros momentos da dinâmica do processo de planejamento situacional. O quarto momento deve responder à pergunta, como atuar de forma planejada cada dia, neste se dá a mediação entre o conhecimento (acumulado nos outros momentos) e a ação.

A primeira acumulação de conhecimentos se dá, no momento explicativo. Neste trata-se de compreender a realidade identificando os problemas que declaram os atores sociais. O propósito deste momento é explicar a realidade entendida como um jogo social, para isto se utiliza a análise situacional. Trabalha nos tempos verbais passado, presente e futuro condicional, isto é conjuga-se o verbo ser em foi, é e tende a ser. Compreende os seguintes aspectos: enumeração e seleção do problema; análise do *macroproblema*; enumeração dos atores relevantes; a explicação sistêmica de cada problema mediante o fluxograma situacional. A partir desta análise são selecionados os nós críticos ou causas chaves do problema.

Além do fluxograma, neste momento se utilizam as seguintes técnicas:

- Chuva de idéias (brainstorm), utilizando como base os direitos humanos sociais, culturais, econômicos, populacionais, indígenas e ambientais consagrados na Constituição;
- Critérios propostos por Matus para a seleção dos nós críticos;
- Matriz de Impacto Cruzado e de Assuntos Chaves (MIC-MAC), Plano Cartesiano, Descrição dos atores e dos nós críticos;
- Discussão para priorizar as causas a intervir; guia de observação e acompanhamento com informantes chaves de cada território social;
- Estratificação dos territórios sociais da unidade de análise;
- Análise de indicadores de saúde (demográficos, fatores de risco, natalidade, mortalidade e mobilidade) que permitiram caracterizar a unidade de análise utilizando a ASIS e a Sala de Situação;
- Medição de iniquidades a partir de indicadores de saúde associados ao problema selecionado.

O segundo momento é o momento normativo, no qual se formula o plano de ação e trabalha sob a forma verbal do deve ser. O objetivo principal deste momento é produzir as propostas de ação em um contexto de incertezas e surpresas, ou seja, se fundamenta a grande aposta do plano, assim como as apostas parciais por subproblemas e por nós críticos. Esta segunda forma de acumulação de conhecimentos compreende os seguintes aspectos:

- O pré-desenho e a pré-avaliação das operações e ações com seus produtos e resultados a partir dos descritores do problema, determinando claramente os responsáveis, os recursos e o tempo de realização;
- A identificação das variáveis e surpresas próprias do plano global e de cada subproblema; o desenho e análise de cenários (utilizando a Sala de Situação) e os planos de contingência e;
- A orçamentação das operações que exigem recursos econômicos críticos. Tudo isto se sintetiza no plano de ação.

A terceira forma de acumulação de conhecimentos, é o momento estratégico, aqui se estuda a viabilidade política, econômica, cognitiva e organizativa do plano de ação e se constrói a viabilidade política para as ações não viáveis na situação inicial. A finalidade deste momento é formular propostas estratégicas para tratar as operações como um processo de produção política que apresenta uma parte cooperativa e outra conflitiva. Este momento compreende:

- A análise da motivação dos atores-chave frente às operações e ações do plano de ação;
- A análise da viabilidade das operações conflitivas na situação inicial (enumeração do VRC do plano e construção da matriz de VP);
- Desenho das estratégias para construir a viabilidade.
- Análise da capacidade de ação (poder).

Como foi dito anteriormente, para Matus o fato de que um problema tenha passado pelos três primeiros momentos, muda o conhecimento que a equipe envolvida no processo de planejamento tem sobre o mesmo, todavia, a realidade continua na espera da ação (Huertas, 1996).

È no quarto momento, o tático-operacional onde se trata a ação como suporte do plano, através da criação de um processo contínuo, sem rupturas, entre os três momentos anteriores e a ação diária. Além disso, se recalcula o plano, adaptando-o às circunstâncias da realidade no momento da ação e ao detalhe operacional exigido pela prática. Compreende: o desenho das operações OK; a utilização da agenda do dirigente, do sistema de petição e prestação de contas; do sistema de gerência por operações, além dos sistemas complementares; o uso da Sala Situacional.

Assim, a adaptação do PES para processar problemas de saúde apresentada não é uma questão fácil, porém, responde à complexidade destes. Tal processamento no nível local nos coloca frente ao desafio de enfrentar o estudo de um objeto complexo, a situação de saúde das populações, portanto, é uma exigência que os métodos e técnicas para estudá-lo sejam o suficientemente potentes para dar conta dessa complexidade. Do contrario tentaríamos dar respostas simples aos problemas de saúde da população, correndo o risco de pagar um alto custo ao usar métodos que geram alta probabilidade de erros.

Neste caso, o custo é extremamente elevado por tratar-se da qualidade de vida e saúde das pessoas. Em palavras de Matus: “cuando se trata de procesar los problemas *blandos* de gobierno, aquellos que no representan obras físicas, sino regulaciones, procesos de producción de bienes y servicios, creación o modernización de instituciones, y diseño de controles, exigimos que los métodos sean simples, que los pueda manejar cualquiera que no tenga un entrenamiento especial” Huertas (1996:99).

A aplicação do PES no nível local exige que a equipe de saúde tenha capacidades técnicas e comunicativas. Portanto, para dar conta da saúde das populações é preciso investir na capacitação do pessoal que encarregado do assunto, mais ainda quando se trata de um produto que além de ter um valor alto para a sociedade, é extremamente complexo..

III. O CONTATO COM A REALIDADE: APLICAÇÃO DO PES NO NÍVEL LOCAL EM SAÚDE NA VENEZUELA

"Pela sua importância o trabalho de campo tem que ser pensado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais que envolvem questões conceituais. Isto é, não se pode pensar um trabalho de campo neutro. A forma de realizá-lo revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem coletados como o modo de reconhecê-los. Esse cuidado faz-nos lembrar mais uma vez que o campo social não é transparente e tanto o pesquisador como os atores da sua pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade ", María Cecilia de Souza Minayo

Introdução

É a partir do desafio tão bem expresso por Minayo que tentamos construir este capítulo, onde nos aproximamos da realidade venezuelana, através da aplicação do PES no nível local em saúde; contexto este que como foi discutido nos capítulos anteriores abrange mudanças estruturais propostas na Constituição da República Bolivariana de Venezuela e no Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (2001-2007) em seu eixo de Equilíbrio Social, que exigem desenvolver marcos conceituais e políticos de um novo pensamento estratégico nas políticas de saúde e desenvolvimento social.

Tais exigências são maiores pela grande quantidade e diversidade de problemas acumulados de muitos anos que ainda não foram superados na Venezuela, esses problemas são atualmente alvo de intervenções das reformas do Estado, as quais têm como objetivo central transformar estruturalmente as condições da qualidade de vida e saúde da população venezuelana, visando a universalização dos direitos sociais como obrigação, compromisso e propósito das políticas públicas, dentro de um ordenamento político, social e econômico baseado na equidade como máxima expressão de justiça (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002c).

Para o MPPS da Venezuela, avançar neste propósito implica, por um lado, o desafio de construir uma nova condição de cidadania, através da conquista dos direitos sociais e o surgimento de sujeitos ativos e protagonistas com autonomia e poder para decidir e transformar suas vidas. Ou seja, com capacidades de funcionamento no sentido de Sen, garantindo a oportunidade real aos sujeitos de promover seus objetivos, não apenas considerando os bens primários que estes possuem, mas também as características pessoais relevantes que governam a conversão de bens primários na capacidade do sujeito para promover seus objetivos (Sen, 2000).

E por outro lado, resgatar o caráter e a função ética das políticas públicas orientadas pelo imperativo de responder aos problemas sociais com universalidade e equidade, na saúde, alimentação, educação, moradia, trabalho, cultura, esporte, lazer, entre outros; fechando os déficits de atenção e impactando nas iniquidades das condições de qualidade de vida e saúde por gênero, ciclos vitais, territórios e classes sociais, etnias e raças.

A aplicação sistêmica do pensamento estratégico em saúde, entendido como a capacidade de compreender as complexidades existentes na realidade como produção social, pode contribuir para alcançar os objetivos antes mencionados. Nesse pensamento, o processo de planejamento deve ser: a) demandado e valorizado pelo gestor; b) criativo, permitindo fazer formulações políticas que projetem a imagem-objetivo ideal através de cenários, como suporte à tomada de decisões (Matus, 1996; 2007; Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002c). O planejamento em saúde nesta perspectiva está destinado à transformação de conceitos e bases materiais da realidade, gerando os compromissos e viabilidades dos planos de ação, assim como, a nova cultura de petição e prestação de contas nos diferentes níveis de gestão nacional, regional e local, sendo este último o que está mais próximo da população com seus problemas.

Em tal sentido, neste capítulo apresentamos o produto obtido da aplicação do PES adaptado para o nível local em saúde na Venezuela²⁰, o qual resgata e introduz no método a abordagem comunicativa e a dimensão da equidade.

A adaptação do PES para o nível local em saúde foi orientada pelos seguintes desafios: (a) contribuir na conversão das políticas locais e seus conceitos e orientações em valores de mudanças socialmente mobilizadores, potentes em sua essência e capacidade comunicativa; (b) compreender os mecanismos essenciais que conformam a base dos problemas e explicam suas formas de produção e reprodução; (c) ativar e combinar todas as forças, capacidades e recursos necessários para atuar na base dos problemas e superar a matriz de seus determinantes com equidade; (d) considerar todas as possibilidades e efeitos dos planos de ação, avaliando constantemente o que se está fazendo (Matus, 1996; 2007; Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002c).

Em primeiro lugar se apresentam os aspectos metodológicos da pesquisa de campo. Depois, tendo como pano de fundo o referencial teórico-conceitual construído nos dois capítulos anteriores, são discutidos os resultados obtidos da aplicação do PES em uma

²⁰ Segundo proposta desenvolvida no ponto II.5.

paróquia do estado Aragua na Venezuela, no período janeiro – maio 2007. Finalmente, se apresentam as lições apreendidas após a aplicação do PES no nível local em saúde.

III.1 A PESQUISA DE CAMPO: ASPECTOS METODOLÓGICOS

III.1.1 Desenho da pesquisa e tipo de estudo

A pesquisa foi realizada através de estudo documental e trabalho de campo. Na pesquisa documental foram analisados vários documentos para dar respostas a alguns dos objetivos. O trabalho de campo foi realizado em uma paróquia do Estado Aragua, onde ocorria o fenômeno a estudar e se dispunha de elementos para explicá-lo. Os critérios de seleção da unidade de análise estão detalhados nos item III.1.4.

III.1.2 Fontes de informação

- Primárias:
 - (a) Oficinas de trabalho com os atores-chave da paróquia que participaram da pesquisa, para desenvolver cada um dos momentos do PES, nos quais foram utilizados instrumentos diferentes para coletar a informação, estes são apresentados no ponto III.1.3.
 - (b) Diário de campo de todas as atividades desenvolvidas no terreno (oficinas de trabalho, visitas às localidades e aos estabelecimentos de saúde e educação da paróquia, aplicação do guia de observação para o levantamento da informação sobre as condições de vida da população, reuniões com os gestores dos serviços de saúde da paróquia).
- Secundárias:
 - (a) Bases de dados do Instituto Nacional de Estatística da Venezuela;
 - (b) Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral – SISMAI da Corporação de Saúde do Estado Aragua;
 - (c) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
 - (d) Sala Situacional da Direção Municipal de Saúde da paróquia selecionada;
 - (e) Trabalhos (planos, manuais, artigos científicos e teses de mestrado ou doutorado, entre outros) vinculados com o tema abordado na dissertação.

III.1.3 Proposta do PES para o nível local em saúde na Venezuela

No capítulo anterior foi construída a proposta que adapta o PES para ser aplicado no nível local em saúde introduzindo (explicitamente) em todos os momentos do método a abordagem comunicativa e a dimensão da equidade, as quais podem ser trabalhadas de forma conjunta e integradas.

Dos quatro momentos, só foram aplicados três: (a) o momento explicativo; (b) o momento normativo; e (c) o momento estratégico. O momento tático-operacional apesar de estar sendo desenvolvido na paróquia escolhida²¹, não será analisado neste trabalho pelas limitações do tempo.

Em cada momento se fizeram adaptações, as quais foram detalhadas no capítulo anterior e retomamos a seguir de forma sintética para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido no campo.

A. Momento Explicativo

Este momento foi abordado através de oficinas de trabalho com os atores-chave da paróquia escolhida²². Nas oficinas de trabalho se priorizou a participação das pessoas conhecedoras da realidade, pertencentes a diferentes setores de forma tal que a explicação situacional não se restringira apenas ao setor saúde (moradores da paróquia, conselhos comunais, conselhos de saúde, equipe de educação, equipe de saúde, entre outros).

Em cada oficina de trabalho, a argumentação como estratégia foi utilizada para garantir a participação dos diversos atores, visando alcançar a busca do entendimento (no sentido de Habermas) e tendo sempre como eixo central, que a finalidade do trabalho realizado seria contribuir de forma mais equitativa possível, com a modificação de uma situação problemática.

Além disso, foi utilizado o diário de campo em todas as atividades desenvolvidas, para registrar informações e depoimentos dos atores sociais de importância para o processo da análise dos problemas, assim como, as observações pessoalmente efetuadas pela pesquisadora durante todo o trabalho de campo.

O momento explicativo compreendeu vários sub-momentos que se apresentam a seguir.

²¹ Destaca-se que parte de algumas ações do plano já estão sendo executadas, especificamente aquelas que exigiam uma demanda real de planejamento, ou seja, as que para o gestor eram muito importantes e não poderiam ser atendidas devido à rotina e à urgência.

²² Os critérios de seleção da paróquia e dos atores-chave serão apresentados no ponto III.1.4.2

A.1 A seleção do problema

A identificação dos problemas foi feita através da técnica de tempestade de idéias, combinada com a discussão argumentada do porque a situação apresentada pelo ator era considerada um problema. Uma vez identificados os problemas de saúde, cada um deles foi relacionado com os artigos da Constituição da República Bolivariana de Venezuela que não estavam sendo cumpridos integralmente (anexo 2). Para facilitar esta discussão foi providenciada uma listagem dos principais artigos da Constituição (anexo 17) especificando-se os direitos relacionados com cada um e os temas de cada artigo. Além de ter a Constituição prevendo a necessidade de consultar algum detalhe.

Depois os problemas se hierarquizaram ou priorizaram a partir da aplicação de um protocolo simples de seleção que considera os seguintes critérios: o valor técnico e político para os atores e a população, o custo econômico, o custo da postergação política e a governabilidade (anexo 3). Nesta discussão, foi importante garantir a presença dos atores que tinham domínio dos recursos críticos.

A informação obtida da Sala Situacional da Direção Municipal de Saúde e da Coordenação Municipal da Missão Bairro Adentro, assim como, a Análise de Situação de Saúde que já tinham construído, serviram de insumo para esta discussão.

A.2 Descrição e generalidades do problema selecionado o Vetor de Definição do Problema (VDP)

Foi apresentado e descrito o problema escolhido através de indicadores ou descritores quantitativos ou qualitativos que expressavam as características ou sintomas do problema, sem confundi-los com outros, nem com as conseqüências, nem com as causas (Matus, 1996:304-311). Na discussão com os diferentes atores, se avaliou se o VDP cumpria com as seguintes funções:

- Fecha as distintas interpretações sobre o enunciado do problema em um só significado para os atores que o analisam;
- Estabelece os fatos que devem ser explicados;
- Verifica o problema de forma que se possa monitorar, a fim de acompanhar a sua evolução;
- Constitui-se em uma referência para a avaliação do impacto do plano sobre o problema (Matus, 1996).

Dada a importância que apresenta a fonte da procedência da informação dos descritores ou indicadores²³, neste trabalho foram utilizados os registros das bases de dados: (a) do Instituto Nacional de Estatística da Venezuela (INE); (b) do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI) de Corporalud Aragua; (c) do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Assim, para cada descritor assinalou-se a fonte de verificação (anexo 4).

A.3 A explicação situacional do problema

O objetivo da explicação situacional é reconstruir de forma simplificada os processos que geraram os problemas destacados pelos atores. Em tal sentido, foi necessário incluir diversas estratégias, com a finalidade de: abranger as diferentes explicações dos atores envolvidos no processo de planejamento; ter uma visão panorâmica dos problemas existentes na paróquia onde foi aplicado o PES; poder contar com mais informações para a medição das iniquidades sociais.

Através de oficinas de trabalho com grupos de discussão se construiu o fluxograma situacional (baseado na Teoria da Produção Social²⁴), explicando as causas do VDP do problema e as conseqüências que este gera, ou seja, definindo:

- As manifestações que melhor descrevem o problema, expressando-o em forma de indicadores ou descritores (VDP);
- As conseqüências do problema;
- A cadeia lógica multicausal entre as conseqüências, descritores e causas do problema analisado (figura 17).

Além da construção do fluxograma, se atualizou o ASIS da paróquia, se construíram os territórios sociais e se mediram as iniquidades sociais (segundo o instrumento desenvolvido pelo MPPS da Venezuela). Estas ferramentas permitiram articular a epidemiologia e o planejamento em saúde, potencializando a explicação da situação de saúde.

Na ASIS se caracterizou a paróquia na qual foi aplicado o PES, considerando informações sobre: antecedentes históricos da população, contexto político, socioeconômico e cultural, análise dos indicadores demográficos, análise dos fatores de risco, análise da natalidade, mortalidade e morbidade, respostas do sistema de saúde,

²³ Da descrição do problema se obtiveram os indicadores que foram utilizados para avaliar os impactos do plano. Em outras palavras, de uma descrição do problema bem sustentada depende o desenho e avaliação do plano de ação.

²⁴ A Teoria da Produção Social foi apresentada no ponto II.4.1 deste capítulo, conjuntamente com os três níveis da realidade (fluxos ou fatos, acumulações e regras) que são utilizadas para classificar as causas no Fluxograma Situacional.

análise dos determinantes da saúde, entre outros (os indicadores foram obtidos dos Sistemas de informação INE, SISMAI e SISVAM).

Assim mesmo, se construíram os territórios sociais, porque nos permitem trabalhar com espaços de populações homogêneas, segundo as condições de vida destas, tentando (re)agrupá-las segundo as características do seu processo de reprodução social. Como foi dito nos pontos II.2.2 e II.2.3, para conformar os territórios se requer de um indicador ou índice que discrimine melhor as condições de vida da população, a partir deste são classificadas as localidades (unidades de análise).

Inicialmente a idéia foi utilizar a proposta de Porto et. al. (2002)²⁵ na qual se constrói um indicador a partir de diferentes variáveis (epidemiológicas e socioeconômicas), utilizando o análise dos componentes principais. No entanto, não foi possível utilizar essa proposta devido a: (a) as unidades de análise eram muito pequenas (localidades), o que poderia ocasionar flutuações nas variáveis selecionadas; (b) não se contava com informação desagregada até o nível de localidade para todas as variáveis requeridas; (c) as limitações no tempo para apurar os dados necessários, de forma tal que se garantira a qualidade na estimativa do indicador.

Contudo, acreditamos que a análise dos componentes principais no nível de localidade pode ser de muita utilidade na estimativa de um indicador sobre condições de vida. Como um desdobramento deste trabalho, pode se desenvolver uma pesquisa em Corposalud Aragua para testar essa ferramenta no nível local.

Em conseqüência, utilizamos o guia de observação que foi desenhado no ano 2002 no IAESP, conjuntamente com o MPPS e Corposalud Aragua²⁶, o qual foi testado em diferentes estados do país.

Destaca-se que mesmo conhecendo as limitações do guia, assumimos usá-lo porque além de nos permitir nos aproximar de um indicador de condições de vida para as localidades, e, portanto, construir os territórios sociais; deu-nos a possibilidade de conhecer cada uma das localidades, trocar informação com os moradores, verificar parte da informação que se discutia nas oficinas de trabalho, olhar em cada localidade as *brechas* por iniquidade existentes (por exemplo, entre localidades que ficam uma do lado da outra), ampliar a explicação situacional, entre outros os aportes para o trabalho desenvolvido.

Nesse sentido, se aplicou o guia em todas as localidades da paróquia selecionada seguindo os passos apresentados no ponto II.2.3. A coleta dos dados foi feita

²⁵ A proposta de Porto et. al. (2002) foi utilizada para selecionar a unidade de análise, os detalhes são apresentados no ponto III.1.4.3

²⁶ Os detalhes do desenho do guia de observação foram apresentados no ponto II.2.3

diretamente pela pesquisadora em companhia de duas promotoras de saúde, representantes dos comitês de saúde e a Coordenadora de Desenvolvimento Social da Direção Municipal de Saúde da paróquia selecionada.

Consideraram-se um total de 27 variáveis (biológicas, ecológicas, de consciência e conduta, e, econômicas). Das quais além das 24 apresentadas no quadro 13, se solicitou ao informante chave que indicasse:

1. Os dois problemas de saúde que considerava mais importantes na localidade;
2. Os principais motivos de consulta da população da localidade;
3. Os dois problemas que considerava prioritários da localidade (anexo 18).

Destaca-se que as perguntas de consciência e conduta referidas à violência intra-familiar, à violência na rua, aos roubos, consumo de álcool, foram excluídas do guia por recomendação dos atores-chave. Devido à insegurança existente em algumas das localidades da paróquia, esse tipo de perguntas geralmente não eram respondidas.

Os valores de cada variável por localidade, foram coletados através da observação direta no campo e das informações dadas pelo informante chave (morador há mais de 3 anos na localidade com conhecimento sobre a esta), e foram ponderados segundo os critérios pré-estabelecidos pela equipe que desenhou o guia, para obter o peso de cada variável.

No cálculo da pontuação final de cada localidade, só foram incluídas na análise 15 variáveis, prevendo alguns problemas apresentados nas aplicações anteriores do guia²⁷ (quadro 14), além de ser a combinação que gerou os resultados que mais se aproximava à realidade. Os pesos ponderados das 15 variáveis se somaram para cada unidade de análise (localidade), e se conformaram os intervalos para obter os territórios sociais por condições de vida utilizando o procedimento de Conglomerados K-Médias do software Spss®12.0.

²⁷ Algumas das variáveis consideradas como negativas, não necessariamente estavam presentes nas localidades com piores condições de vida e sim naquelas que tenham melhores condições, o que ocasionava que as primeiras (em alguns casos) tivessem uma pontuação menor. Por exemplo, existiam localidades com tanta pobreza que não tinham casas com ambientes destinados ao comércio, variável considerada como negativa no guia de observação.

QUADRO 13. VARIÁVEIS DO GUIA DE OBSERVAÇÃO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA ESTADO ARAGUA. ANO 2007

Nº	Variável	Procedimento de coleta dos dados	Ponderação-Peso	Observação
Dimensão Biológica				
1	Número de casas por moradia	Estimativa feita pelo observador com consulta ao informante chave e aos médicos da Missão Bairro Adentro ou de Corposalud Aragua	-	Não foi considerada para o cálculo do indicador, mas sim para a caracterização da localidade e a explicação situacional.
2	Número de famílias por moradia			
3	Número de ruas da localidade			
4	Número de habitantes da localidade			
4	Tipo de moradia predominante na zona	Observação direta	I – 0 II – 0 III – 5 IV – 10 V – 10	A classificação está baseada no Método de Graffar, modificado por Méndez-Castellano (1994)
Dimensão Ecológica				
1	Presença de iluminação pública	Observação direta, consulta ao informante chave	Sim – 0 Não – 10	A presença é considerada como positiva e a ausência como negativa
2	Presença de ligações clandestinas de eletricidade	Observação direta		A presença é considerada como negativa e a ausência como positiva
3	Presença de água suja na rua			
4	Presença de lixo nas ruas			
5	Problemas no serviço de água			
6	Estado das estradas		Bom – 0 Regular – 5 Ruim – 10	<u>Bom</u> : calçadas em bom estado, ruas asfaltadas, sem buracos; <u>Regular</u> : calçadas ou ruas em mau estado, ou buracos no asfalto; <u>Ruim</u> : Sem calçadas e sem asfalto
Dimensão Econômica				
1	Presença de vendedores ambulantes	Observação direta, consulta ao informante chave	Sim – 10 Não – 0	A presença é considerada como negativa e a ausência como positiva
2	Presença de moradias com ambientes destinado ao comercio			
3	Presença de jogos de azar (loterias)			
4	Existência de transporte público	Observação direta	Sim – 0 Não – 10	A existência é considerada como positiva e a ausência como negativa
5	Capacidade resolutiva dos serviços de saúde	Consulta ao informante chave		

Nº	Variável	Procedimento de coleta dos dados	Ponderação-Peso	Observação
Dimensão de Consciência e Conduta				
1	Presença de venda de álcool nas casas	Observação direta, consulta ao informante chave	Sim – 10 Não – 0	A presença é considerada como negativa e a ausência como positiva
2	Presença de quadras esportivas	Observação direta	Sim – 0 Não – 10	A existência é considerada como positiva e a ausência como negativa
3	Presença de espaços de lazer e ou parques			
4	Presença de instituição educativa			
5	Funcionamento da instituição educativa	Consulta ao informante chave	Bom – 0 Regular – 5 Ruim – 10	
6	Conselhos Comunais conformados e funcionando	Observação direta e consulta ao informante chave	Sim – 0 Não – 10	A existência é considerada como positiva e a ausência como negativa
7	Comitês de Saúde conformados e funcionando			
8	Presença de agentes policiais			
9	Avaliação da organização e participação comunitária	Consulta ao informante chave	Excelente – 0 Boa – 0 Regular – 5 Ruim – 10	
10	Serviços de saúde (ficam perto ou longe; horário de atendimento; satisfação do usuário)	Observação direta, consulta ao informante chave		Não foi considerada para o cálculo do indicador, mas sim para a caracterização da localidade e a explicação situacional.

FONTE: A partir dos dados do guia de observação aplicado em uma paróquia do estado (2007).

QUADRO 14. VARIÁVEIS CONSIDERADAS PARA A CONFORMAÇÃO DOS TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA ESTADO ARAGUA. ANO 2007

Nº	Variável	Dimensão
1	Tipo de moradia predominante na zona	Biológica
2	Presença de águas negras na rua	Ecológica
3	Estado das estradas	
4	Presença de alumbrado público	
5	Presença de ligações clandestinas de eletricidade	
6	Problemas no subministro de água	
7	Presença de lixo nas ruas	
8	Existência de transporte público	Econômica
9	Capacidade resolutive dos serviços de saúde	
10	Presença de instituição educativa	De Consciência e Conduta
11	Funcionamento da instituição educativa	
12	Presença de quadras esportivas	
13	Presença de espaços de lazer e ou parques	
14	Conselhos Comunais conformados e funcionando	
15	Avaliação da organização e participação comunitária	

FONTE: A partir dos dados do guia de observação aplicado em uma paróquia do estado (2007).

As localidades ficaram classificadas em quatro extratos ou territórios sociais segundo condições de vida desde 1 (melhor) até 4 (pior), nas categorias de: condições de vida boas, condições de vida regulares, condições de vida ruins e condições de vida muito ruins. Os resultados foram discutidos com a equipe de saúde da paróquia para comprovar sua validade. De igual forma, as outras variáveis coletadas se utilizaram na explicação situacional (anexo 19).

Assim, cada extrato se converteu em um território social, sobre o qual foram analisados os indicadores das causas chaves ou das conseqüências, para identificar e quantificar as *brechas* por iniquidade. Neste trabalho utilizamos as seguintes ferramentas:

- Mapas espaciais: através dos quais se obteve informação relevante para conhecer a localização e distribuição geográfica das diferentes localidades, serviços de saúde, instituições educativas, entre outras.
- Diagramas de caixas: é um processo de análise visual, que gera a identificação de iniquidades nos diferentes territórios sociais (extratos), em relação às variáveis de análise. No gráfico podem-se apreciar: agrupamentos significativos de valores, zonas nas que predomina a dispersão, referência visual da simetria central e dos extremos, valores *outliers* que são anomalias ou valores significativamente distantes do grupo central de dados, a media, a mediana, entre outros.
- Análise de Variância – ANOVA: permitiu conhecer se existia ou não diferença significativa entre alguns dos valores médios ensaiados para indicadores relacionados com o problema selecionado e seu comportamento em cada extrato, e a avaliação da tendência (se há alguma) observada nos extratos (Bergonzoli, 2006).
- Razão Padronizada da Mortalidade (RPM): permitiu trabalhar com unidades de análise cujos indicadores tinham numeradores e denominadores pequenos, através da qual foi possível comparar a mortalidade das localidades e constatar se existia ou não uma diferença estatisticamente significativa, (Bergonzoli, 2006).

O cálculo das iniquidades sociais foi realizado pela pesquisadora com a participação de alguns profissionais da equipe de saúde, utilizando os softwares Spss®12.0, Epidat 3.1 e Microsoft Excel.

A.4 Identificação e seleção dos nós críticos ou causas chaves

Neste ponto foram selecionadas as causas a serem enfrentadas para diminuir o problema e sobre as quais se elaborou a proposta de ação. Através de oficinas de trabalho foi construída a Matriz de Impacto Cruzado e de Assuntos Chaves²⁸ (MIC-MAC, anexo 5),

²⁸ A MIC-MAC e o Plano Cartesiano foram explicados detalhadamente no ponto II.5.2.

para conhecer o grau de influência que possuem as diferentes causas entre si; obtendo um valor para hierarquizar as causas e identificar suas inter-relações de acordo com os níveis de motricidade e dependência.

Destaca-se que para a construção da MIC-MAC se previu o uso de cartões, nos quais cada ator tinha os três possíveis valores a utilizar para pontuar a relação entre uma causa e outra, com valores compreendidos entre 0 e 3. Assim, na hora de avaliar a relação entre uma causa e outra, cada ator levantava o cartão do valor que ele lhe dava àquela relação. O valor com um número maior de votos era considerado para preencher a MIC-MAC. Contudo, nos casos onde os atores consideravam que era necessário argumentar a decisão, se abria espaço para o debate.

Uma vez preenchida a MIC-MAC, foi construído o Plano Cartesiano (segundo anexos 6 e 7) no qual se mostram em um eixo de coordenadas a motricidade e dependência que surgem a partir das somas ativas e passivas da MIC-MAC, para desta forma obter uma primeira listagem dos nós críticos ou causas chaves (MPPS da Venezuela, 2002). Para a construção do Plano Cartesiano não é necessária a participação dos atores-chave, já que somente exige levar os valores ao software Microsoft Excel e fazer os passos mencionados no ponto II.5.2.

Como foi dito no capítulo anterior, a Matriz MIC-MAC e o Plano Cartesiano são técnicas que foram incorporadas ao momento explicativo pelo MPPS da Venezuela (2002) para a análise dos problemas.

Os resultados do Plano Cartesiano foram discutidos com os atores sociais, e seguidamente em todas as causas foram avaliadas as seguintes condições propostas por Matus (1996):

- Eliminada ou diminuída a carga negativa que contém o nó explicativo, seu impacto sobre o VDP deve ser significativo. Responde à seguinte pergunta: a intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- A causa deve ser um centro prático de ação. Responde à seguinte pergunta: há possibilidade de intervenção, mesmo que não seja pelos atores que a explicam?
- Deve ser politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada (viabilidade política e mudanças favoráveis nos problemas). Responde à seguinte pergunta: é oportuno politicamente intervir?.

Se as três condições são cumpridas simultaneamente, ou seja, as questões são respondidas afirmativamente, a causa ou nó deve ser selecionado como crítico ou ponto de enfrentamento (anexo 8).

Uma vez obtida esta informação os atores-chave as comparavam com os resultados obtidos no Plano Cartesiano e discutiam quais causas seriam selecionadas para ser enfrentadas ou para gerar um plano de demandas.

A.5 Descrição dos nós críticos - Vetor de descrição dos nós críticos (VDN)

Foram descritos e analisados os nós críticos, identificando os atores que controlam as variáveis de cada nó, para verificar o grau de governabilidade do qual depende o plano de ação e o plano de demandas, sendo que este último é gerado quando as operações sobre os problemas estão fora do espaço de governabilidade do ator (anexo 9).

B. Momento Normativo

Foi desenhado o plano de ação nas de oficinas de trabalho com os atores-chave da paróquia escolhida, especificamente aqueles que tinham domínio dos recursos críticos e conhecimentos técnicos para abordar o plano.

Neste momento consideramos elementos da proposta de Artmann (1993). Em primeiro lugar, foi desenhada a situação-objetivo, a qual está conformada pelo Vetor de Descrição de Resultados (VDR) ou metas terminais e pelo Vetor dos Nós Críticos Transformados (VDNC). Transformaram-se os descritores do problema em resultados terminais e os nós críticos em resultados intermediários (anexo 10).

Depois, foi explorado o comportamento futuro das variáveis, as diferentes possibilidades do comportamento se combinaram para construir três cenários possíveis (otimista, intermediário e pessimista). Procedeu-se à identificação do cenário intermediário, a partir do qual se repensou a situação-objetivo. Este cenário conteve: a dependência das operações em relação às principais variáveis simples e o comportamento mais provável das variáveis críticas (anexos 11 e 12).

A partir do cenário construído, foi delineado o programa direcional com: operações, produtos, resultados, responsáveis, recursos e tempo de realização claramente definido, tendo como referência os descritores de cada nó crítico na construção de cada ação. As variáveis do pior cenário foram consideradas para saber o que seria possível fazer se este acontecer, tal como o sugere Matus.

Analisaram-se as surpresas ou eventos que teriam baixa probabilidade de acontecer, porém com um forte impacto sobre o plano. Com relação às surpresas de alta probabilidade e alto impacto, apesar da recomendação de Matus de construir planos de contingência levando-se em conta custos e oportunidades (segundo anexo 13), optou-se por não fazê-lo pelo limite de tempo.

Para garantir que o plano estivesse permeado pelos critérios de equidade, foram priorizadas operações e ações que beneficiaram à maior parte da população ou às populações mais vulneráveis, com o fim último de contribuir com a diminuição das iniquidades. Aqui foi utilizada toda a informação produzida no momento explicativo, assim como a existente na Sala Situacional da Direção Municipal de Saúde e da Coordenação da Missão Bairro Adentro da paróquia selecionada.

C. Momento Estratégico

Através de oficinas de trabalho com os atores-chave da paróquia escolhida, foi analisada a viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva e organizativa, a partir de duas análises:

- A análise da motivação dos atores em fase às operações do plano, com a finalidade de registrar o interesse que eles têm e o valor que lhe atribuem ao plano. O interesse é marcado com os sinais (+) a favor; (-) em contra; (0) indiferente. O valor poder ser alto, médio ou baixo (anexo 14);
- A análise do VP ou da capacidade de poder, para determinar o grau de controle dos recursos críticos necessários na implementação das operações e ações por parte do grupo a favor e em contra do plano. Esta análise é aplicada às operações em conflito, as quais são identificadas se na análise anterior existe pelo menos um sinal negativo (-) na operação. Assim, para cada operação se especificam os recursos relevantes (sendo os únicos que entram na análise, podem ser diversos) e se distribuem de forma proporcional entre os atores que apóiam e os que rejeitam as operações em uma escala de 0 a 100% (anexo 15).

Neste momento também foram escolhidas as estratégias para as ações conflitivas (segundo anexo 16), considerando os atores envolvidos e priorizando a negociação como meio para atingir os objetivos do plano na busca de contribuir ao alcance de um maior patamar de equidade na paróquia selecionada.

III.1.4 A seleção da unidade de análise

III.1.4.1 A unidade de análise

Por tratar-se de uma pesquisa aplicada no nível local em saúde a unidade de análise está referida a paróquia. Na divisão político-territorial da Venezuela existem estados, municípios e paróquias, estas últimas são unidades locais, criadas pelas autoridades do município em atenção à iniciativa comunitária, com o objeto de promover a desconcentração da administração do município, a participação da cidadania e a melhor prestação dos serviços públicos, entre estes a saúde. As paróquias contam com uma junta paroquial (Constituição da República Bolivariana de Venezuela, artigo 173, 1999)²⁹.

Os serviços estaduais de saúde estão conformados por Direções Municipais de Saúde (DMS), as quais encarregarem-se de todas as paróquias que integram o Município. Destaca-se que na coleta dos dados dos diferentes serviços de saúde, o nível de paróquia, é considerado. Assim mesmo, a aplicação do PES foi coordenada desde a DMS da paróquia selecionada, desde onde se organizaram todas as atividades realizadas.

III.1.4.2 Critérios de seleção da unidade de análise e dos atores-chave

Durante o período de janeiro-07 até inícios de abril-07, se efetuou o processo para selecionar a unidade de análise. Trabalhou-se com uma (1) das cinquenta (50) Paróquias do Estado Aragua³⁰, para a escolha da paróquia foi considerada a análise das necessidades relativas de saúde, e a análise do potencial participativo e a motivação dos atores-chave da paróquia em relação ao desenvolvimento do plano.

Inicialmente foram priorizadas as paróquias com maiores necessidades relativas de saúde a partir de um indicador composto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas que melhor expressam essas necessidades; em seguida, das cinco paróquias com mais necessidades relativas de saúde, foi escolhida aquela cujos atores mostraram maior motivação e possibilidades de governabilidade para garantir no futuro um mínimo de viabilidade do plano a ser desenhado.

²⁹ Desde as eleições de 1992 a cidadania elege diretamente aos representantes das juntas paroquiais, no ano 2005 pela primeira vez se realizaram comícios para eleger as juntas paroquiais de formas separadas às de governador e prefeito. A junta paroquial não existe naquelas paróquias que são capitais de município, neste caso as atribuições da junta são assumidas diretamente pelo prefeito.

³⁰ Os estados são entidades autônomas e iguais no político, com personalidade jurídica plena (artigo 136). Os municípios constituem a unidade política primária da organização nacional, tem personalidade jurídica e autonomia dentro dos limites da Constituição da República Bolivariana de Venezuela (artigo 168, 1999).

Portanto, os critérios de inclusão foram dois: (1) que a paróquia tivesse maiores necessidades relativas de saúde e, (2) que por sua vez os atores-chave tivessem maior motivação e potencial participativo para desenvolver o plano de ação.

Quanto aos atores locais chaves foram considerados: (1) aqueles atores que dominam recursos críticos; (2) aqueles que estão afetados pelos problemas presentes na paróquia (a comunidade organizada). Neste sentido, uma vez selecionada a paróquia, foram convidados a participar da pesquisa, através da Direção Municipal de Saúde da paróquia selecionada, os seguintes atores sociais:

- Representantes dos Conselhos Comuns e/ou membro das localidades (1 de cada conselho em funcionamento ou localidade);
- Representantes dos Comitês de Saúde (1 de cada comitê em funcionamento);
- Representante da Junta da Paróquia ou do Governo Municipal como autoridade principal da paróquia;
- Representante da Coordenação Municipal da Missão Bairro Adentro;
- Membros da equipe municipal de saúde e;
- Representante do setor educativo da paróquia.

Na pesquisa participou um total de 70 sujeitos, porém, não necessariamente todos estiveram nos três momentos do PES. Entre outras razões, porque dependendo da análise a efetuar se requeria só a participação de alguns deles. Por exemplo, no momento do desenho do plano de ação, não foi necessário que todos os atores participassem.

A seguir apresentam-se detalhadamente as duas análises efetuadas para selecionar a paróquia e os resultados obtidos em cada uma destas.

III.1.4.3 Análise para a estimativa das necessidades relativas de saúde

Embora para a estimativa das necessidades relativas de saúde existissem diversas propostas³¹, para fins deste trabalho optamos por utilizar a proposta de Porto et al. (2002), pois consideramos que permite fazer uma análise mais completa da realidade estudada, ao incorporar a análise multivariada de um leque de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, para criar um indicador de necessidades relativas de saúde. Além

³¹ Existem diversas propostas metodológicas para a estimativa das necessidades relativas de saúde, como: (a) RAWP utilizada na Inglaterra de 1976 a 1994, é a mais simples porque estima as necessidades relativas a partir de um único indicador epidemiológico; (b) a proposta desenvolvida e adotada na Inglaterra desde 1996, nesta as necessidades são estimadas a partir de um modelo de utilização de serviços de saúde; (c) a proposta desenvolvida no Brasil por Porto et al. (2002) na qual se estimam as necessidades de saúde a partir de um conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, com as quais é criado um índice composto de necessidades relativas, através de procedimentos de análise estatística multivariada (Porto, 1997; 2002b).

disso, se comprovou ao testar a proposta no Brasil que esta se adapta a contextos onde existem grandes desigualdades, como é o caso da Venezuela.

Foi construído um indicador para estimar as necessidades, a partir de um subconjunto de 3 variáveis epidemiológicas e socioeconômicas³² da base de dados com 50 unidades geográficas – paróquias (quadro 15, anexo 19 e 20).

Esse indicador foi obtido através de um procedimento de análise estatística multivariada (análise de componentes principais), que consiste em: “representar o espaço multivariado original em um número reduzido de fatores, os *componentes principais*. Os novos fatores, formados por combinações lineares das variáveis originais, são estimados, matematicamente, no sentido de maximizar a variância total original” (Porto et. al, 2002b:41). O cálculo do indicador foi realizado no software Spss®12.0.

QUADRO 15. INDICADORES UTILIZADOS PARA A ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

Nº	Indicador	Fonte
1	Taxa de mortalidade infantil quinquênio 2001-2005 (por 1000 NV):	Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI, 2007) Os dados da população foram tomados das projeções do censo 2001 (INE, 2007)
2	Percentual de analfabetos (>=15 anos)	
3	Percentual de domicílios sem abastecimento de água por aqueduto ou tubulações	Censo 2001 (INE, 2007)

Fonte: Elaboração própria

Além das três variáveis antes mencionadas, inicialmente para a construção do indicador foi considerada a Taxa de Mortalidade Geral (TMG), a qual se excluiu da análise devido às limitações nas fontes de informação. Neste ponto, é importante aclarar que na Venezuela não existem medições recentes sobre o sub-registro da mortalidade. No entanto, no Informe de Indicadores Básicos de Saúde da OPAS (2004) se estima que no período 2000-2004 o sub-registro de mortalidade para Venezuela foi de 9,4%.

Assim mesmo, com a finalidade de evitar as flutuações na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) devido ao problema de pequenos números e para garantir a qualidade do cálculo do índice de necessidades relativas de saúde, se utilizaram os seguintes critérios:

- Trabalhar com um quinquênio (2001-2005) para evitar as flutuações na TMI;
- Retirar da análise aquelas paróquias que tiveram uma média inferior aos 100 nascidos vivos, para o quinquênio 2001-2005. Desta forma, foi evitado o problema de fazer o cálculo da TMI com numeradores ou denominadores muito pequenos.

³² Segundo a bibliografia internacional as variáveis utilizadas neste estudo são umas das que melhor expressam as necessidades de saúde (Viana et. al, 2001; Junqueira et. al, 2002; Levcovitz & Acuña, 2003; Porto et. al 2002b, 2007).

Destaca-se que Freitez et. al (2005) apontam elementos importantes sobre o estado Aragua no Informe da Análise da Situação da Infância e a Mulher em Venezuela, no qual Aragua é classificado entre o grupo de estados desenvolvidos do país, dado que conta com uma ampla rede de serviços de saúde, com uma ampla cobertura em termos de atendimento e na certificação médica da mortalidade, tendo um dos melhores registros de mortes no país. Isto se traduz em uma qualidade aceitável dos registros de mortalidade infantil do estado, onde se bem existe um sub-registro, estimasse que sua magnitude é tal que não afetará as conclusões deste trabalho.

No caso dos indicadores percentual de analfabetos (≥ 15 anos) e percentual de domicílios sem abastecimento de água por aqueduto ou tubulações a qualidade dos dados utilizados vem dada pela fonte de informação, o Censo 2001.

Assim, das cinquenta paróquias, trinta e oito (38) foram incorporadas á análise para a estimativa das necessidades relativas de saúde (quadro 16). Contudo, o resultado deste procedimento não indica que o planejamento estratégico situacional não possa ser utilizado nas paróquias que foram excluídas da análise.

Neste caso a TMI como indicador de saúde teve uma relevância fundamental para a priorização das necessidades relativas, mas ao mesmo tempo limitou a incorporação de todas as paróquias na análise. Destaca-se que o propósito desta fase da análise foi obter um índice de necessidades relativas de saúde, que melhor expressasse a realidade das paróquias. Isto com a finalidade de alcançar maior equidade na seleção da paróquia, a partir de uma priorização técnica.

QUADRO 16. PARÓQUIAS DO ESTADO ARAGUA QUE NÃO FORAM CONSIDERADAS NO TRABALHO

Nº	Paróquia	Município
1	Capital Urdaneta - Barbacoas	Urdaneta
2	Carmen de Cura	Camatagua
3	Choroní	Girardot
4	Chuao	Mariño
5	Güiripa	San Casimiro
6	Las Peñitas	Urdaneta
7	Ollas de Caramacate	San Casimiro
8	Pao de Zárate	Ribas
9	San Francisco de Cara	Urdaneta
10	Taguay	Urdaneta
11	Tiara	Santos Michelena
12	Valle Morín	San Casimiro

FONTE: A partir de dados tomados do censo 2001 (INE, 2007b) e do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI, 2001-2005).

Com a análise foram obtidos dois novos fatores. No fator 1, cargas grandes e positivas são encontradas para a taxa de mortalidade infantil e a porcentagem de domicílios sem

água corrente. O percentual de analfabetos esta com carga positiva e próxima da unidade no fator 2. Assim, por ser o fator 1 o que melhor expressa as desigualdades relativas entre as unidades analisadas, trabalhou-se com os valores correspondentes a esse fator. Destaca-se que o fator 1 representa 50,6% da variação total original (tabela 1 e 2).

TABELA 1. ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

Indicadores utilizados	Fatores	
	1	2
Taxa de Mortalidade quinquênio 2001-2005(por 1000 NV)	0,888	-0,144
Percentual de analfabetos (>=15 anos)	0,046	0,974
Percentual de domicílios sem abastecimento de água por aqueduto ou tubulações	0,814	0,313

FONTE: A partir de dados tomados do censo 2001 (INE, 2007b) e do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI, 2001-2005).

TABELA 2. PORCENTAGEM DA VARIÂNCIA EXPLICADA PELOS FATORES 1 E 2

Total Variance Explained									
Componente	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,519	50,649	50,649	1,519	50,649	50,649	1,454	48,461	48,461
2	1,002	33,398	84,047	1,002	33,398	84,047	1,068	35,586	84,047
3	,479	15,953	100,000						

Método de Extração: Análise do Componente Principal.

FONTE: A partir de dados tomados do censo 2001 (INE, 2007b) e do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI, 2001-2005).

Para obtenção de um índice que variasse entre 1 e 2 (1 com menos necessidades relativas e os mais próximos a 2 com mais necessidades), utilizou-se a seguinte transformação linear³³:

$$\frac{fc - fc(\min)}{fc(\max) - fc(\min)} + 1$$

O índice assim obtido foi considerado o “índice de necessidades”. Na tabela 3 se apresentam as paróquias com o valor do índice de necessidades relativas de saúde. As 5 paróquias com mais necessidades relativas são: Capital Santos Michelena, San Martín de Porres, Zuata, Augusto Mijares e Capital Libertador. Destaca-se que as duas paróquias do Município Libertador estão neste grupo.

³³ Esta transformação matemática é utilizada no cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

TABELA 3. ÍNDICE DE NECESSIDADES PARA AS PARÓQUIAS DO ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Nº	Paróquia	Município	*Valores (Entre 1 e-2)
1	Joaquín Crespo	Girardot	1,00
2	Capital Camatagua	Camatagua	1,05
3	Caña de Azúcar	Mario Briceño Iragorry	1,16
4	Francisco de Miranda	Francisco Linares Alcantara	1,19
5	Bella Vista	Sucre	1,22
6	Capital San Casimiro	San Casimiro	1,22
7	Pedro José Ovalles	Girardot	1,24
8	Capital Francisco Linares		
	Alcántara - Santa Rita	Francisco Linares Alcantara	1,25
9	Las Delicias	Girardot	1,27
10	Arévalo Aponte	Mariño	1,29
11	Los Tacariguas	Girardot	1,32
12	Capital José Angel		
	Lamas	Lamas	1,33
13	Alfredo Pacheco Miranda	Mariño	1,33
14	Valles de Tucutunemo	Zamora	1,33
15	Las Guacamayas	Ribas	1,35
16	José Casanova Godoy	Girardot	1,37
17	Capital San Sebastián	San Sebastian	1,39
18	Samán de Güere	Mariño	1,39
19	Castor Nieves Ríos	Ribas	1,40
20	Andrés Eloy Blanco	Girardot	1,41
21	San Francisco de Asís	Zamora	1,41
22	Magdaleno	Zamora	1,44
23	José Rafael Revenga	Revenga	1,45
24	Madre María de San José	Girardot	1,46
25	Ocumare de La Costa de		
	Oro	Costa De Oro	1,46
26	Capital José Félix Ribas	Ribas	1,49
27	Monseñor Feliciano		
	González	Francisco Linares Alcantara	1,49
28	Capital Sucre	Sucre	1,50
29	Capital Santiago Mariño	Mariño	1,50
30	Capital Mario Briceño		
	Iragorry	Mario Briceño Iragorry	1,52
31	Capital Tovar	Tovar	1,54
32	Capital Bolívar - San		
	Mateo	Bolivar	1,57
33	Capital Zamora	Zamora	1,63
34	Capital Santos		
	Michelena	Santos Michelena	1,65
35	San Martín de Porres	Libertador	1,80
36	Zuata	Ribas	1,82
37	Augusto Mijares	Zamora	1,91
38	Capital Libertador	Libertador	2,00

* Os cálculos foram feitos a partir de: A taxa de mortalidade quinquênio 2001-2005 (por 1000 NV), o percentual de analfabetos (>=15 anos) e o percentual de domicílios sem abastecimento de água por aqueduto ou tubulações. O valor varia entre 1 e 2 (1 com menos necessidades relativas e os mais próximos a 2 com mais necessidades).

FONTE: A partir de dados tomados do censo 2001 (INE, 2007b) e do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI, 2001-2005).

Os resultados obtidos desta análise foram discutidos com parte da equipe da Direção Estadual de Epidemiologia do estado Aragua, conhecedores da situação de saúde das diferentes paróquias, com a finalidade de avaliar se os resultados se aproximavam da realidade do estado. Na discussão os participantes reconheceram que as cinco paróquias que obtiveram piores necessidades, eram as que estavam classificadas no estado como as que tinham maiores necessidades de saúde; aprovando-se a importância do método utilizado para a estimativa das necessidades. Assim mesmo, se considerou que apesar das limitações que possam existir com as fontes de informação, os dados utilizados permitem fazer uma estimativa de qualidade.

Outro aspecto que destacaram as pessoas que participaram da discussão, foi a relevância deste tipo de trabalho para a gestão, dado que além de avaliar o sistema de informação, aportando sugestões para melhorá-lo, permite a obtenção de uma análise que serve para a priorização das ações a partir de dados que são coletados diariamente nos serviços.

Destacou-se que a análise dos componentes principais será incluída como parte das ferramentas para a priorização de necessidades relativas no estado, para o qual seria solicitado ao IAESP uma capacitação aprofundada no uso deste indicador.

Aqui resgatamos o que assinala Matus (1996), os momentos do PES são tão dinâmicos e se inter-relacionam entre si, que ao iniciar o processamento dos problemas já estamos de alguma forma fazendo contribuições para mudar a realidade. Ainda mais, neste caso onde incorporar o olhar equitativo na seleção da unidade de análise não só permitiu a seleção da paróquia, senão que também foi um processo de acumulação de conhecimento para a equipe envolvida com a análise e gerou demandas de capacitação, assim como de revisão de alguns dos processos de trabalho.

III.1.4.4 Análise do potencial participativo dos atores-chave

Nas 5 paróquias com mais necessidades relativas (Capital Santos Michelena, San Martín de Porres, Zuata, Augusto Mijares e Capital Libertador) foi analisado o potencial participativo dos atores-chave frente ao desenvolvimento do plano. Para esta análise, foram utilizados os critérios acima mencionados. Assim, foram considerados atores-chave: (1) aqueles que dominam recursos críticos; (2) aqueles que estão afetados pelos problemas presentes na paróquia. Neste caso foram considerados 5 atores ou grupos de atores-chave da paróquia:

- O prefeito ou presidente da Junta Paroquial;
- Os comitês de saúde;
- Os conselhos comunais;

- A equipe da direção municipal de saúde;
- Os diretores das instituições educativas de cada paróquia

A análise do potencial participativo dos atores-chave foi feita através dos seguintes instrumentos:

1. *A matriz de motivação para atores que dominam recursos críticos* proposta por Matus (1996), mostrando-se o nível de interesse destes pelo projeto (anexo 21).
2. *O questionário semi-estruturado* baseado em critérios propostos por Carvalho (1995) e outros considerados pela pesquisadora, com a finalidade de ampliar a informação da matriz de motivação dos atores e captar o quanto estes tinham capacidade de ação e peso coletivo, assim como, aferir o nível de organização dos atores-chave da paróquia³⁴. As paróquias mais organizadas foram aquelas onde os grupos de atores estiveram constituídos legalmente e com atividades periódicas, no caso dos conselhos comunais um critério importante foi saber se tinham Plano de Desenvolvimento da Comunidade (anexo 22).

Outro aspecto fundamental foi a organização da equipe de saúde e seu trabalho intersetorial na paróquia. Por conseguinte, a capacidade de convocatória para envolver aos outros atores no processamento dos problemas, assim como contar com informação automatizada e apurada desagregada até o nível de localidades, foram critérios considerados.

Para a análise de ambos os instrumentos foi utilizado o software Spss®, calculando-se as freqüências e os percentuais para cada um dos itens, a partir dos quais se desenharam as tabelas que se apresentam a seguir com resultados obtidos desta análise.

Na tabela 4 se demonstra que 80% dos atores das paróquias pré-selecionadas na análise do indicador composto de necessidades relativas, designaram um valor entre médio e alto ao desenvolvimento do projeto. Destacando-se a paróquia Capital Santos Michelena na qual, todos os atores designaram um valor alto.

Apenas 20% dos atores em três das paróquias se mostrou indiferente para desenvolvimento do plano, indiferença no sentido de neutralidade, seja por desconhecimento sobre o projeto ou porque estavam pouco envolvidos com o processo de planejamento na paróquia. Destaca-se que em nenhuma das paróquias os atores-chave manifestaram estar em contra do desenvolvimento do plano. Entre 60 e 100% dos

³⁴ O questionário semi-estruturado permitiu abordar em algum grau as limitantes da matriz de motivação dos atores, assinalada por Rivera (1995) e Berrenchea, Trujillo e Chorny (1989), no sentido de não cair na superficialidade. Assim com a aplicação do questionário foi possível comprovar e argumentar a informação coletada na matriz.

atores das paróquias Capital Libertador, Capital Santos Michelena, San Martín de Porres e Zuata têm uma motivação alta para o desenvolvimento do projeto.

A única paróquia que não tinha os comitês de saúde cadastrados no momento da aplicação do questionário foi Augusto Mijares. A paróquia com maior motivação e potencial participativo dos atores foi Capital Santos Michelena, onde assim como os outros atores-chave, o prefeito (principal autoridade do Município e dessa paróquia) manifestou ter alto interesse no desenvolvimento do projeto.

Nas paróquias 100% dos prefeitos ou presidentes das Juntas paroquiais são eleitos por votação popular e levam registradas as reuniões em atas ou relatórios. Capital Libertador e Capital Santos Michelena, foram as únicas paróquias que administravam diretamente recursos (para o momento da aplicação do questionário) devido ao fato de que nelas não existiam juntas paroquiais e eram atendidas diretamente pela prefeitura; situação que favoreceu a execução do projeto em uma delas (tabela 5).

TABELA 4. VALOR DA MOTIVAÇÃO E POTENCIAL PARTICIPATIVO DOS ATORES-CHAVE DAS PARÓQUIAS PRÉ-SELECIONADAS

Valor que o ator dá ao projeto (Alto, médio o baixo)					
Paróquias	Alto n (%)	Médio n (%)	Baixo n (%)	*NA n (%)	Total n (%)
Augusto Mijares	1 (20)	2 (40)	1 (20)	1 (20)	5 (100)
Capital Libertador	4 (80)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Capital Santos Michelena	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
San Martín de Porres	3 (60)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Zuata	3 (60)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Interesse no desenvolvimento do plano (+) a favor, (-) contra e (0) indiferente					
Paróquias	+ n (%)	- n (%)	0 n (%)	*NA n (%)	Total n (%)
Augusto Mijares	3 (60)	0 (0)	1 (20)	1 (20)	5 (100)
Capital Libertador	4 (80)	0 (0)	1 (20)	0 (0)	5 (100)
Capital Santos Michelena	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
San Martín de Porres	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
Zuata	4 (80)	0 (0)	1 (20)	0 (0)	5 (100)
Motivação (Alto, média o baixa)					
Paróquias	Alto n (%)	Médio n (%)	Baixo n (%)	*NA n (%)	Total n (%)
Augusto Mijares	1 (20)	2 (40)	1 (20)	1 (20)	5 (100)
Capital Libertador	4 (80)	1 (20)	0 (00)	0 (0)	5 (100)
Capital Santos Michelena	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
San Martín de Porres	3 (60)	2 (40)	0 (00)	0 (0)	5 (100)
Zuata	3 (60)	1 (20)	1 (20)	0 (0)	5 (100)

FONTE: Questionário aplicado nas paróquias selecionadas, março 2007.

* NA = Não aplica porque no momento do preenchimento do questionário os comitês de saúde ainda não estavam cadastrados nessa paróquia

TABELA 5. ORGANIZAÇÃO DAS PREFEITURAS OU JUNTAS PAROQUIAIS NAS PARÓQUIAS PRÉ-SELECIONADAS

Paróquias	Forma de eleição dos membros da Junta	Periodicidade das reuniões ordinárias	Reuniões registradas em atas ou relatórios	Ano de eleição dos membros da Junta	Recursos que administra a Junta
Augusto Mijares	Votação popular	Mensal	Sim	2005	Não administra recursos diretamente
*Capital Libertador	Votação popular	Mensal	Sim	2005	Os recursos do município
*Capital Santos Michelena	Votação popular	Mensal	Sim	2005	Os recursos do município
San Martín de Porres	Votação popular	Quinzenal	Sim	2005	Não administra recursos diretamente
Zuata	Votação popular	Quinzenal	Sim	2005	Não administra recursos diretamente

FONTE: Questionário aplicado nas paróquias selecionadas, março 2007.

* Por ser paróquia Capital do Município, não existe Junta Paroquial e era governada diretamente pela Prefeitura no momento da aplicação do questionário.

A paróquia Augusto Mijares foi a única na qual ainda não estavam cadastrados os comitês de saúde, ao contrário a paróquia Capital Santos Michelena foi a que apresentou mais comitês de saúde cadastrados em relação aos previstos. Os comitês cadastrados foram criados entre os anos 2005 e 2006, o número de pessoas que conformam os comitês oscilam entre 4 e 10, as reuniões são registradas através de atas ou relatórios em 100% dos comitês cadastrados (tabela 6).

TABELA 6. ORGANIZAÇÃO DOS COMITÊS DE SAÚDE NAS PARÓQUIAS PRÉ-SELECIONADAS

Paróquias	Comitês Previstos	Comitês Cadastrados	Ano de criação dos Comitês	Nº de pessoas que conformam o Comitê	Periodicidade das reuniões ordinárias	Comitês com Reuniões registradas em atas ou relatórios n (%)
Augusto Mijares	4	0	-	-	-	-
Capital Libertador	15	10	2005 2006	8-10	Semanal Quinzenal	10 (100)
Capital Santos Michelena	5	4	2005 2006	5-8	Semanal Quinzenal	5 (100)
San Martín de Porres	12	9	2005 2006	8-10	Semanal Quinzenal	9 (100)
Zuata	14	10	2005 2006	4-8	Quinzenal Mensal	10 (100)

FONTE: Questionário aplicado nas paróquias selecionadas, março 2007.

Adicionalmente os comitês de saúde existentes não administravam recursos diretamente, sua função era mais de apoio aos programas de saúde, assim como de controle social nos diferentes estabelecimentos.

As Paróquias com menos Conselhos Comunais cadastrados e menos planos de desenvolvimento das comunidades foram as do Município Capital Libertador e San Martín de Porres; 100% dos Conselhos Comunais cadastrados registravam as reuniões em atas ou relatórios e em sua maioria administravam recursos de várias fontes (prefeituras, ministérios), para a resolução dos problemas das comunidades.

Para receber os recursos, os Conselhos Comunais devem apresentar projetos previamente estudados e aprovados na Assembléia de Cidadãos. Estes conselhos manifestaram grande interesse no desenvolvimento do projeto em todas as paróquias, já que lhes permitiria utilizar e aprender uma metodologia para a formulação de projetos visando melhorar problemas priorizados nas comunidades (tabela 7).

TABELA 7. ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS COMUNAIS DE SAÚDE NAS PARÓQUIAS PRÉ-SELECIONADAS

Paróquias	Conselhos Previstos	Conselhos Cadastrados n (%)	Ano de criação dos Conselhos	Conselhos com Reuniões registradas em atas ou relatórios n (%)	Conselhos com Plano de Desenvolvimento da Comunidade n (%)
Augusto Mijares	9	6 (67)	2006	6 (100)	2 (33)
Capital Libertador	32	14 (44)	2005 2006	14 (100)	1 (7)
Capital Santos Michelena	42	32 (76)	2005 2006	32 (100)	15 (47)
San Martín de Porres	36	18 (50)	2005 2006	18 (100)	1 (6)
Zuata	26	19 (73)	2005 2006	19 (100)	10 (54)

FONTE: Questionário aplicado nas paróquias selecionadas, março 2007.

Nas diferentes Direções Municipais de Saúde (DMS) existia a Coordenação de Desenvolvimento Social, somente a DMS de Zamora carecia de pessoal fixo designado para exercer tais funções. Nesse caso, algumas atividades de desenvolvimento social, relacionadas a problemas pontuais vinculados com doenças específicas eram canalizados diretamente pelo pessoal da coordenação de epidemiologia (tabela 8).

A paróquia Capital de Santos Michelena foi a que apresentou a informação sócio-epidemiológica mais atualizada no Sistema do Modelo de Atenção Integral (SISMAI),

fonte principal para obter os descritores e indicadores do plano a desenvolver. Além disso, foi uma das paróquias onde existia uma diferença muito pequena entre as localidades existentes e as registradas no SISMAI, o que facilitaria a medição das iniquidades desagregadas no nível das localidades (tabela 8).

Das cinco paróquias, três tinham alto poder para convocar os atores-chave através das DMS, sendo uma delas a paróquia Capital Santos Michelena.

TABELA 8. ORGANIZAÇÃO DAS DIREÇÕES MUNICIPAIS DE SAÚDE NAS PARÓQUIAS SELECIONADAS

Direções Municipais de Saúde (DMS) e Paróquias	Itens observados/consultados					
	Existe e funciona a coordenação de Desenvolvimento Social	Trabalho comunitário comprovado	Existe informação sócio-epidemiológica da paróquia	Localidades existentes na paróquia	Localidades existentes no sistema de informação em saúde	Poder de convocatória da DMS de Saúde (Alto, Médio ou Baixo)
DMS Zamora (Augusto Mijares)	Sim, mais não se tem pessoal designado na coordenação	Sim, focalizado no atendimento de problemas pontuais, é realizado desde epidemiologia	Sim, atualizada até o ano 2006	9	7	Baixo
DMS Município Libertador (Capital Libertador)	Sim	Sim, priorizando promoção e prevenção em saúde (Brigadas de saúde escolar, clubes de adolescentes, promotores comunitários)	Sim, atualizada até o ano 2006	32	17	Alto
DMS Município Libertador (San Martín de Porres)		36		9	Alto	
DMS Santos Michelena (Capital Santos Michelena)	Sim	Sim, priorizando promoção e prevenção em saúde (Clube de diabéticos saudáveis, visitas domiciliares, cursos, promotores comunitários)	Sim, atualizada até o ano 2007	42	38	Alto
DMS Ribas (Zuata)	Sim	Sim, focalizado no atendimento de problemas pontuais	Sim, atualizada até o ano 2006	26	12	Médio

FONTE: Questionário aplicado nas paróquias selecionadas, março 2007.

Na maioria das paróquias os atores-chave mostraram muito interesse na aplicação do projeto, mas como não era possível fazer a aplicação em todas, depois da análise efetuada, a paróquia selecionada para aplicar o projeto foi a Capital Santos Michelena devido que:

- Os atores-chave tiveram a maior motivação e potencial participativo, destacando-se que assim como os outros atores-chave, o prefeito (principal

autoridade do Município e dessa paróquia) e o Diretor Municipal de Saúde tiveram alto interesse no desenvolvimento do projeto;

- Contava com um alto percentual de comitês de saúde e conselhos comunais cadastrados e efetivamente trabalhando;
- O Diretor Municipal de Saúde tinha um alto poder para convocar aos diferentes atores-chave (dado o trabalho intersetorial que realiza desde a DMS) e manifestou estar a favor do desenvolvimento do projeto³⁵;
- A Direção Municipal de Saúde contava com informação sócio-epidemiológica atualizada até 2007 (para alguns indicadores) e desagregada ao nível de localidade.

Esta segunda análise permitiu fazer uma primeira aproximação com as paróquias que tiveram maiores necessidades relativas de saúde e seus atores-chave. No processo de aplicação da matriz e do questionário, foi interessante contrapor os diferentes argumentos dos atores a favor do desenvolvimento da pesquisa, em alguns casos ao aplicar-se o questionário ficou evidenciado que existia interesse, mas que a informação dada no primeiro momento não era totalmente certa. Por exemplo, um Diretor Municipal de Saúde afirmava ter uma alta motivação e capacidade de convocatória dos outros atores e quando se lhe perguntava pelo número de conselhos comunais que estavam funcionando na paróquia não tinha a informação, ou existiam várias listas dos conselhos sem saber qual era a que estava correta.

Também, foi útil para conhecer um pouco as formas de relacionamento entre os diversos atores na paróquia. Por exemplo: se a DMS era reconhecida como ator importante ou não pelos outros atores; que tão organizada e atualizada estava a informação no SISMAI; se as equipes de saúde manejavam ou não a informação básica sobre a paróquia, como se dava na prática a participação das comunidades; se os conselhos comunais estavam realmente constituídos como o exige a lei ou não.

Assim mesmo permitiu conhecer as diferentes explicações e argumentos que cada ator dava sobre a importância do desenvolvimento do plano de ação. Para os conselhos comunais, foi importante porque aprenderiam um método de planejamento para desenhar seus projetos ou porque finalmente alguém ouviria suas “necessidades”; para o gestor em saúde porque poderia melhorar sua gestão ao resolver problemas da comunidade em conjunto com estas e outros atores; para o prefeito ou presidente da

³⁵ O levantamento desta informação foi cuidadoso complementando-se as questões do roteiro com perguntas pertinentes.

junta municipal, porque lhe permitiria acumular poder ao canalizar ou apoiar projetos desenhados intersetorialmente, segundo as prioridades dos cidadãos.

E por fim foi uma forma de verificar a existência ou não da demanda real por planejamento nas Direções Municipais de Saúde. Este ponto é fundamental porque a demanda real garante de certa maneira que o espaço da ação substituíra ao menos em parte, o espaço que ocupam a improvisação, as urgências e as rotinas, para que o plano possa ser efetivamente executado (Huertas, 1996).

III.1.5 Considerações Éticas

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, tivemos em consideração a resolução n.º 196, de 16.10.96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que aborda as diretrizes e normas reguladoras sobre este tipo de pesquisas. Esta pesquisa se ajustou às quatro referências básicas da (bio) ética expressas na mesma resolução, ou seja: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (anexo 23).

Assim mesmo, o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), sob o protocolo número 147/06 em data 13/12/06.

III.2 OS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA PROPOSTA DO PES NA VENEZUELA

Na paróquia Capital do Município Santos Michelena, selecionada para a aplicação do PES foi desenvolvido um total de 10 oficinas de trabalho com os diferentes atores-chave, no período de abril até maio 2007. Nas cinco primeiras oficinas se obteve uma participação em média de 20 pessoas em cada uma, nas cinco restantes participaram em média 5 pessoas por oficina. Nestas últimas participou a equipe de especialistas responsáveis pelo desenvolvimento do plano de ação. Assim mesmo na aplicação do guia de observação participaram um total de 45 atores das diferentes localidades da paróquia

A Direção Municipal de Saúde de Santos Michelena (DMSSM) convocou os atores-chave da paróquia: representantes dos conselhos comunais e/ou membros das localidades; representantes dos comitês de saúde; representante da prefeitura; representante da Coordenação Municipal da Missão Bairro Adentro (CMMBA); representante do setor educativo da paróquia; além de designar os membros da equipe de saúde que participariam do processo de planejamento.

Da mesma forma, a DMSSM conjuntamente com a CMMBA organizou as visitas nas 42 localidades da paróquia Capital Santos Michelena, com a finalidade de aplicar o guia de observação onde se recolheram variáveis das diferentes dimensões das condições de vida: biológicas, ecológicas, econômicas, e de consciência e conduta. Também, durante esta atividade se conheceram os estabelecimentos de saúde da paróquia, as instituições educativas (escolas e liceus), as casas de alimentação, entre outros aspectos da paróquia que eram de vital importância para o trabalho desenvolvido.

Destaca-se que a adesão/participação ao processo de planejamento por parte dos diferentes atores foi alta, participaram representantes da maioria dos conselhos comunais e comitês de saúde, assim como membros das diferentes localidades da paróquia. Igualmente membros da equipe de saúde tanto da DMSSM como da CMMBA se incorporaram em todos os momentos do PES.

III.2.1 Caracterização da paróquia Capital Santos Michelena

Contribuir com o processo de planejamento na paróquia Santos Michelena, exigia como foi assinalado nos pontos anteriores, que nos aproximássemos da situação de saúde de sua população. No primeiro passo para essa aproximação utilizamos: os bancos de dados de Corposalud Aragua; a sala situacional da DMSSM e da CMMBA e dois

relatórios com a análise da situação de saúde do município Santos Michelena (um da DMSSM e outro da CMMBA).

Foi desta forma como construímos uma primeira radiografia na que consideramos uma descrição geral sobre a paróquia (incluindo aspectos geográficos); os indicadores demográficos; as respostas do setor saúde; elementos vinculados com os determinantes da saúde; os indicadores sobre a forma de adoecer e de morrer dos cidadãos da paróquia Capital Santos Michelena. Toda esta informação serviu de apoio nos vários momentos do PES.

III.2.1.1 Situação Geral

O Município Santos Michelena se encontra no nordeste do estado Aragua, com uma extensão de 220 km² e representa 3,18% do território regional (figuras 19 e 20). Aos 29 de julho de 1904 foi fundado como Capital de Município Cipriano Castro, seis anos mais tarde em 1910 é denominado Município Tejerías, tendo como capital a cidade “As Tejerías”, setenta e seis anos depois, aos 23 de outubro de 1986 foi mudado o nome pelo de “Santos Michelena” mantendo a mesma capital.

Este município é considerado suburbano e está formado por duas paróquias, a paróquia Capital e a paróquia Tiara. Limita ao noroeste com o município “Guaicaipuro” do estado Miranda, pelo sul com o município San Sebastián, e pelo oeste com os municípios José Félix Ribas e José Rafael Revenga, do estado Aragua.

O município Santos Michelena tem um relevo variado predominando a zona montanhosa, rodeando o vale onde se encontra o assentamento populacional. Assim mesmo, conta com uma rede hidrográfica formada pelo Rio Tuy que atravessa o município pelo centro de oeste a este, e é alimentado por vários riachos entre as quais destacam: Morocopo, Caracate, Riacho de Curiepe e de Araiza.

Tais características geográficas definem o município como de alto risco, propenso a: transbordamento de riachos, inundações, e deslizamento de terras³⁶, entre outros. Portanto, são de grande importância para o planejamento em saúde, dado que as doenças e os problemas que padece a população estão relacionados também com essas características.

A cidade “As Tejerías” na qual se encontra situada a paróquia Capital do município Santos Michelena esta a 510 m de altitude na zona transaccional entre a Cordilheira da Costa e os Vales de Aragua, sendo ponto nodal onde convergem a estrada Pan-americana e a Autopista Regional do Centro (ARC). Conta com vias de acesso ao resto

³⁶ Este problema é gerado também pela construção de moradias em morros sem o devido planejamento habitacional.

do país e se encontra a 20 km dos “Teques”, a 60 km de Maracay capital do estado Aragua e de Caracas capital de Venezuela.

“As Tejerías” melhor conhecida como a porta de entrada no estado Aragua, ao ser ponto de convergência de várias vias de transporte se converte em alvo crítico, dadas as circunstâncias que geralmente se geram no ARC (acidentados de trânsito). Ou seja, a paróquia é um sitio onde se produzem muitos acidentes de trânsito, destacando a chamada curva da morte no km 62 do ARC, na qual tem perdido a vida muitas pessoas e ficado feridas outras. Este é outro aspecto relevante a ser considerado no planejamento em saúde.

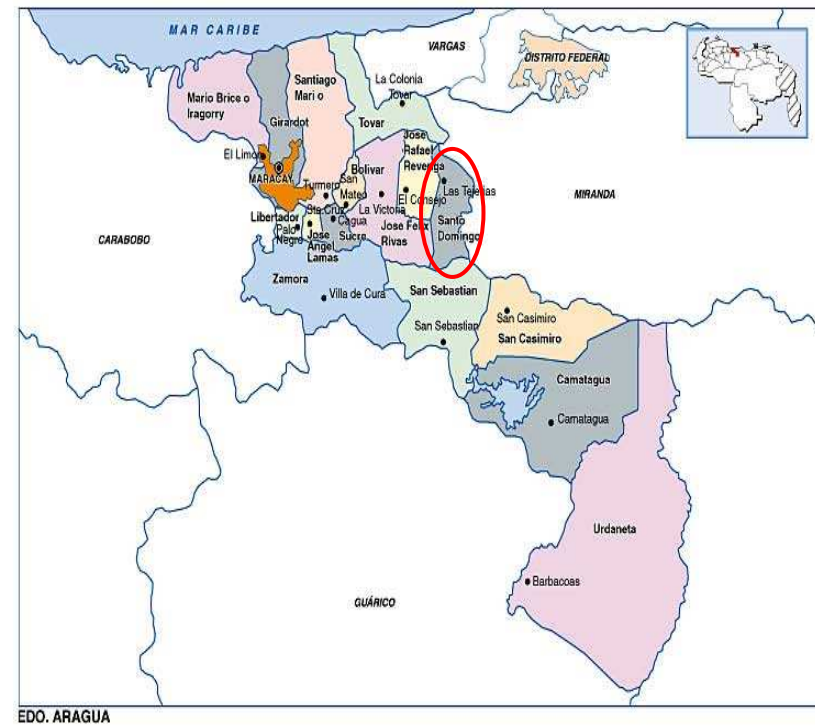
Além disso, o ARC divide em dois a paróquia capital, pelo que várias localidades ficam do outro lado da autopista, quer dizer, que as pessoas têm que atravessar a autopista ou pegar vias alternativas para chegar ao centro das Tejerías (aproximadamente uns 7 km). A paróquia capital Santos Michelena está situada ao norte do município Santos Michelena. Suas zonas limítrofes são as seguintes: paróquia Tiara, do próprio município no sul; município Guaicaipuro do estado Miranda no nordeste e com os municípios José Félix Ribas e José Rafael Revenga, do estado Aragua. Está conformada por 42 localidades distribuídas em sua extensão geográfica (figura 20, 21 e 22).

A máxima instância que representa o governo municipal é o prefeito; Santos Michelena por ser paróquia capital depende diretamente deste, pelo que não existe Junta Paroquial. Os cidadãos estão organizados através dos Conselhos Comunais. Em maio de 2007 existiam 30 conselhos comunais na paróquia. Assim mesmo estão constituídos 9 comitês de saúde. Quanto à segurança existe um comando policial situado no centro das “Tejerías” que assiste aos cidadãos. Os assuntos civis são canalizados através da oficina de registro civil.

FIGURA 19. MAPA DA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. ANO 2007

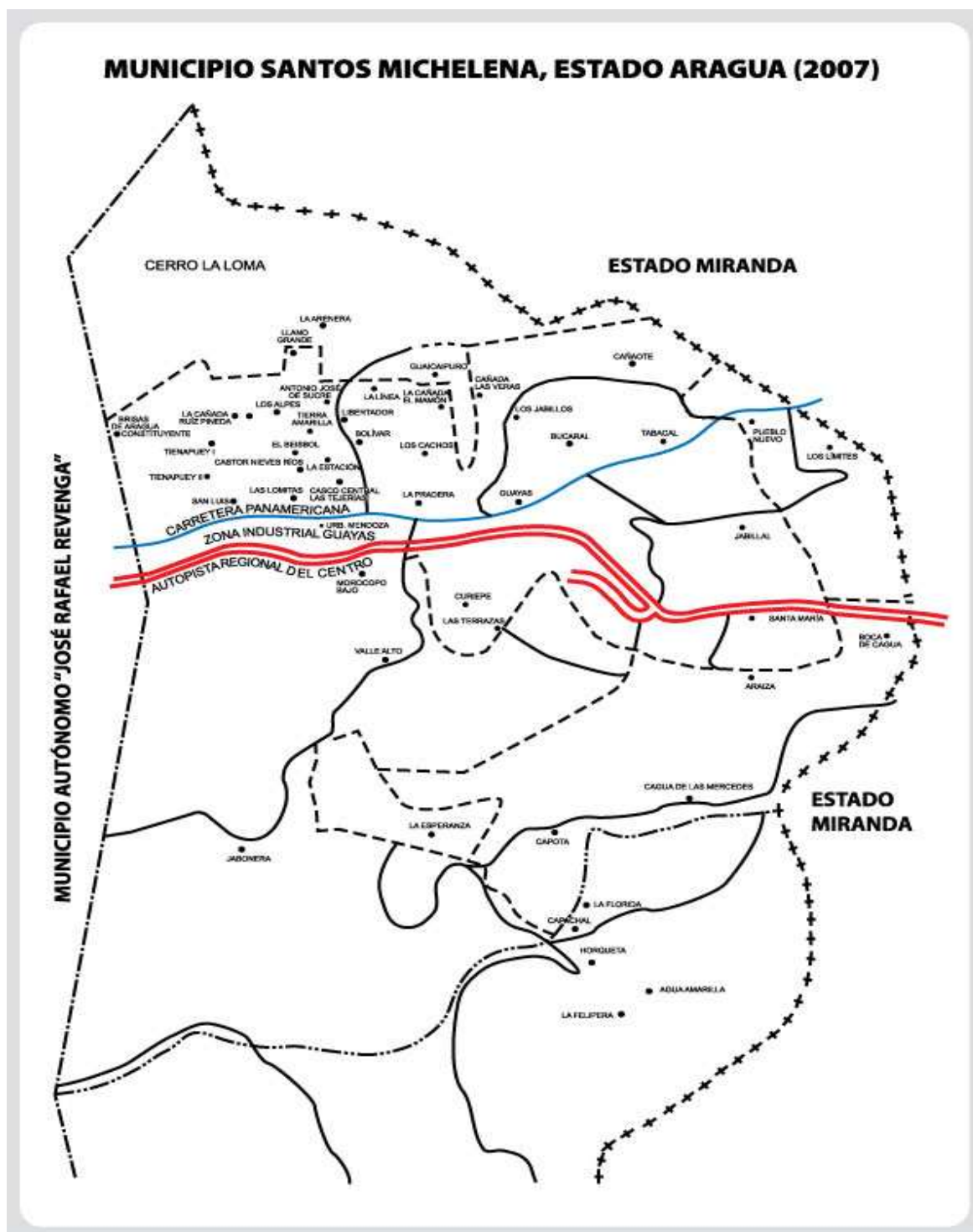


FIGURA 20. MAPA DO ESTADO ARAGUA. ANO 2007



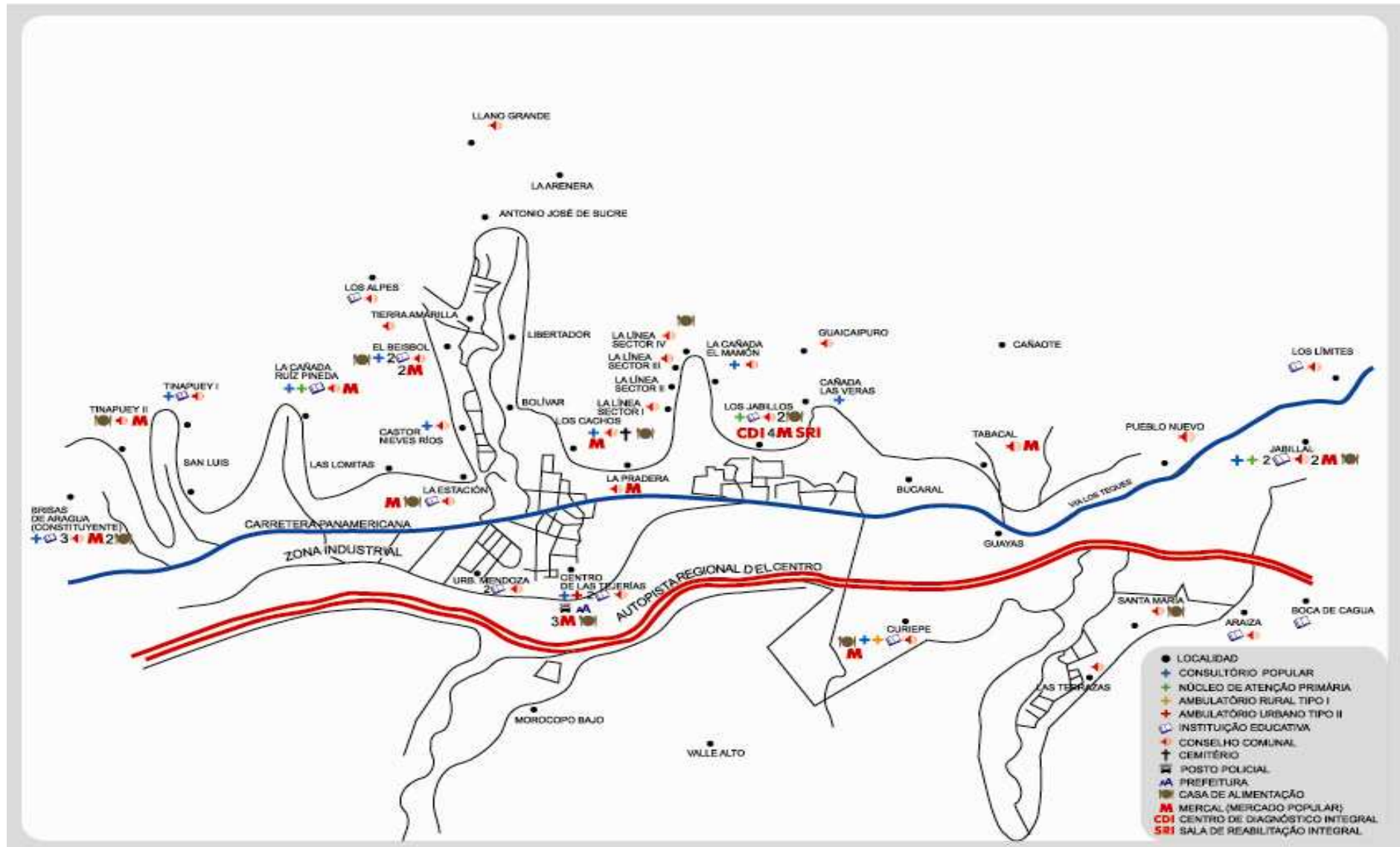
FONTE: Governo em linha, disponível em http://www.gobiernoonlinea.ve/venezuela/perfil_geografia2.html (ultimo acesso em abril 2007)

FIGURA 21. MAPA MUNICIPIO SANTOS MICHELENA, PARÓQUIA CAPITAL, ESTADO ARAGUA. AÑO 2007



FONTE: Oficina de Cadastro da Prefeitura do Município Santos Michelena, atualização feita pela pesquisadora, desenho e diagramação Terán e Useche (2007)

FIGURA 22. PLANO PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA E ESTADO ARAGUA. ANO 2007



FONTE: Oficina de Cadastro da Prefeitura do Município Santos Michelena, atualização feita pela pesquisadora a partir de dados coletados no guia de observação, desenho e diagramação García, Terán e Useche (2007)

III.2.1.2 Análise dos Indicadores Demográficos

A população estimada no ano 2007 para o Município Santos Michelena é de 44.409 habitantes e para a paróquia Capital Santos Michelena, de 40.932 habitantes segundo projeção do censo 2001 (INE, 2007), que representa 92% da população total do município. Do total, 30% da população corresponde a menores de 15 anos (12.268 pessoas) e 8% (3.324) a idosos (pessoas de 60 anos e mais).

A estrutura populacional da paróquia Santos Michelena é de base larga, tipo “*pagoda*”, com predomínio de grupos de populações jovens, característica similar às estruturas populacionais do município Santos Michelena, do estado Aragua e em geral de Venezuela (gráficos 1, 2 e 3). Assim o confirma o *Índice de Burgdöfer (IB)*³⁷ com de 20,18 – 15,72.

A idade média da população da paróquia Santos Michelena é de 28,66 anos e o valor da idade mediana de 25,37 anos, estes índices tem o mesmo valor para o município Santos Michelena, entretanto, que para o estado Aragua são superiores (29,98 e 27,26 respectivamente). Portanto, se considera a população da paróquia Capital e do município Santos Michelena mais jovem com relação à do estado Aragua.

Na paróquia Santos Michelena o índice de masculinidade é de 102 (para cada 102 homens há 98 mulheres). Os menores de 1 ano representam 1,91% (780) do total da população da paróquia e os maiores de 75 anos representam 1,85% (758). A população feminina em idade fértil corresponde o 31% do total.

O *índice demográfico de dependência* para a população da paróquia é de 54,54 indicando que para cada 55 pessoas do grupo de menores de 15 e maiores de 65 anos, existem 100 pessoas do grupo de 15-64 anos, em idade produtiva que podem fazer-se cargo dos do primeiro grupo.

A Missão Bairro Adentro em final de 2006 tinha como população adscrita 28.633 habitantes, e segundo a análise da ocupação predominavam os desempregados (28%), seguidos dos trabalhadores de serviços (27%) e as donas de casa (20%), o que sugere que a renda familiar é baixa, dado que ao grupo dos desempregados se lhe somam as amas de casa que em sua maioria não percebem nenhum tipo de renda. Desta população adscrita apenas 4% são técnicos superiores universitários, 3% universitários, e existe ainda 9% do total dessa população analfabeta.

³⁷ O índice de *Burgdöfer* compara os percentuais de população nos grupos de 5-14 anos e de 45-64 anos, ao primeiro ser maior do que o segundo a população é considerada jovem (Xunta de Galicia, 2007).

GRÁFICO 1. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR IDADE E GÊNERO. ESTADO ARAGUA. ANO 2007

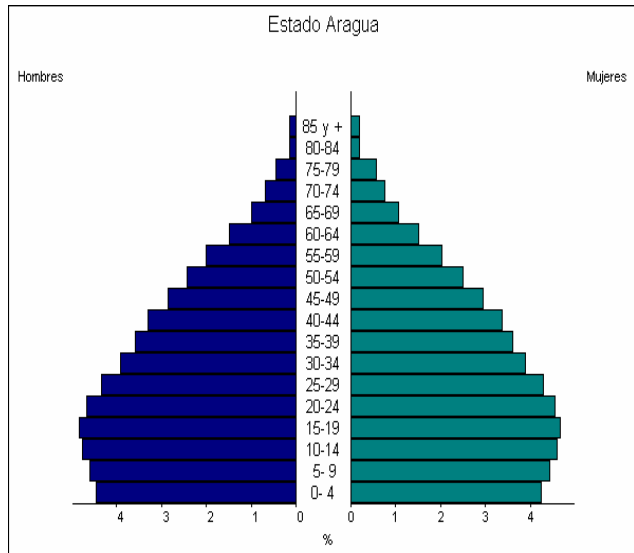


GRÁFICO 2. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR IDADE E GÊNERO MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA. ESTADO ARAGUA. ANO 2007

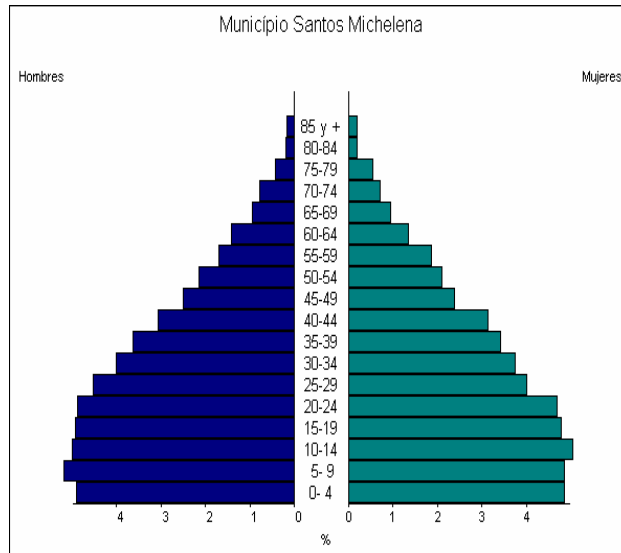
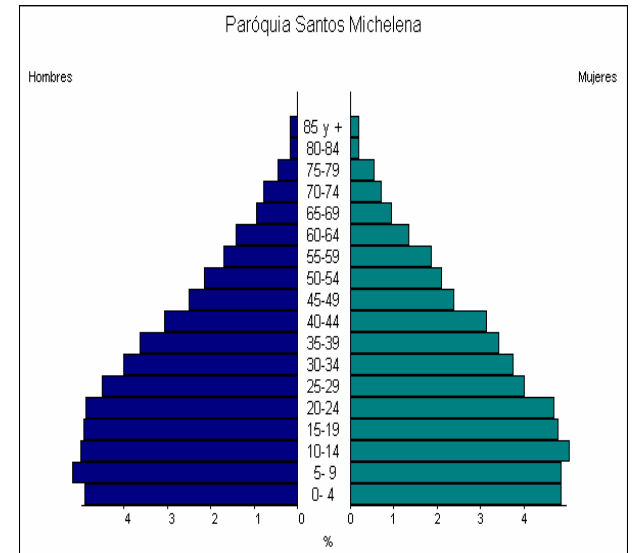


GRÁFICO 3. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR IDADE E GÊNERO. PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA. ESTADO ARAGUA. ANO 2007



FONTE: Projeção da população 2005-2015 segundo censo 2001 (INE, 2007).

III.2.1.3 Fatores Determinantes da Saúde

Na paróquia Santos Michelena funcionam 18 centros educativos, dos quais 15 correspondem a grupos escolares básicos (alguns incluem a formação pré-escolar), e 3 liceus diversificados, vários destes contam com programas de alimentação.

As instituições educativas estão situadas nas principais localidades, pelo que muitos estudantes têm que caminhar longas distâncias para chegar às escolas e liceus. A população em idade escolar tem acesso à educação básica, porém, ainda é insuficiente para cobrir as necessidades da paróquia. Aproximadamente 70% das instituições educativas apresentam problemas na sua infra-estrutura física, destacando que:

- Encontram-se situadas em zonas de risco a deslizamento de terras;
- A infra-estrutura carece de manutenção o que agrava o problema, além de contarem com espaços muito reduzidos para a quantidade de alunos que atendem;
- Os sistemas de esgotos não estão em boas condições; entre outras.

A economia da paróquia se sustentou durante algum tempo nas atividades industriais, principalmente as agroindústrias e manufatureiras, das quais só continuam desenvolvendo-se atualmente umas poucas (fábrica de biscoitos, Pro-Agro/Matadouro, entre outras). Apesar das condições favoráveis para a criação de gado e o cultivo da cana-de-açúcar em várias zonas da paróquia, as paisagens industriais e urbanas têm substituído os férteis espaços agrícolas tradicionais. Assim mesmo, a economia informal faz parte das atividades da população, sobretudo no centro da cidade e nas vivendas.

A cobertura de distribuição de água é insuficiente, existindo em 81% das localidades da paróquia falhas na distribuição. Na zona urbana das Tejerías o abastecimento de água é feito por aqueduto, entretanto nas outras zonas da paróquia a água é enviada por carros pipas. O racionamento existente na rede de abastecimento, se deve à falta de água para fornecer às distintas comunidades, sendo um dos principais problemas manifestados pelos cidadãos da paróquia. Além disso, a qualidade da água distribuída é incerta. Na maior parte das localidades são usados tanques para depositar a água, sem ter, em muitos casos, a manutenção adequada.

A paróquia conta com os serviços de eletricidade, mas, na maioria das localidades existem ligações clandestinas. As condições gerais das moradias são ruins em muitas das localidades, predominando problemas de iluminação, redes de esgoto e ventilação.

Os resíduos sólidos são coletados na zona urbana três vezes por semana, na zona rural e suburbana não tem uma frequência definida. Isto faz com que em algumas localidades sejam utilizados os riachos como depósitos dos resíduos, situação que traz como conseqüência o transbordamento de riachos, gerando assim doenças na população.

Os resíduos são incinerados no aterro sanitário municipal situado a 7 km das Tejerías, na estrada que leva à paróquia Tiara. O aterro sanitário tem uma extensão aproximada de 5 km cúbicos destinados unicamente para essa atividade. Nas zonas rurais é freqüente observar o uso de latrinas e inclusive a prática de defecar ao ar livre, situação que tem gerado infecções diarréicas agudas e hepatite tipo A.

Para os resíduos líquidos na zona urbana existe uma rede de esgoto, entretanto, na zona rural e suburbana são utilizadas fossas e lagoas de estabilização. Em ocasiões existem problemas na rede de esgoto devido ao extravasamento dos resíduos, gerando casos de doenças infecto-contagiosas principalmente as diarréicas agudas.

A existência de um matadouro na paróquia Capital Santos Michelena, compromete a qualidade do ar, dada a contaminação que emana da indústria. Isto traz como consequência o fato de que a população é afetada por complicações respiratórias agudas.

Por outro lado, na paróquia existe uma rede de instalações esportivas (quadras), distribuídas em várias localidades embora em algumas as condições não sejam das melhores. Igualmente tem-se o serviço de transporte público para traslados tanto no interior da paróquia como para outras partes do estado Aragua e do estado Miranda.

A população da paróquia se beneficia da Missão Nacional Mercal³⁸, em maio 2007 existiam na paróquia 19 Mercales (mercados tipo bodega). Além disso, na paróquia também existem 13 casas de alimentação³⁹.

Finalmente, a paróquia conta com vários pontos de comunicação telefônica e de navegação na internet, um departamento de correios, serviços funerários e necrológicos, serviços de limpeza das ruas e das áreas verdes (administrados pela prefeitura), e várias agências bancárias.

III.2.1.4 Resposta do Sistema de Saúde

No estado Aragua e no município Santos Michelena a política de saúde tem sido encaminhada ao planejamento e coordenação de ações orientadas à descentralização e transferência de competências do poder estadual ao municipal. Estas ações se iniciaram em 1990 com a implantação do programa dos Núcleos de Atenção Primária (NAP).

³⁸ A Missão Mercal está destinada a efetuar a comercialização permanente de produtos alimentícios e outros produtos de primeira necessidade, mantendo a qualidade, baixos preços e fácil acesso, para garantir o abastecimento da população especialmente a de escassos recursos. Governo em linha, disponível em <http://www.gobiernoenlinea.ve/> (ultimo acceso em maio 2007)

³⁹ O programa das casas de alimentação garante uma dieta que reúne os requisitos básicos de uma alimentação balanceada para pessoas que estão em pobreza extrema ou padecem de alguma doença, as quais por essas condições e outras não têm acesso aos alimentos. Governo em linha, disponível em <http://www.gobiernoenlinea.ve/> (ultimo acceso em maio 2007)

Contudo, a resposta do setor saúde (prestação dos serviços) é fragmentada⁴⁰ subsistindo dois organismos diferentes no município: o MPPS, através dos estabelecimentos de Corposalud Aragua e da Missão Bairro Adentro; a Unidade de Saúde da Prefeitura, além dos centros privados.

A máxima autoridade de saúde no Município Santos Michelena é o Diretor Municipal de Saúde, quem gere os serviços dependentes de Corposalud Aragua/MPPS. Segundo a classificação de Corposalud (2007), a paróquia Capital depende de uma Direção Municipal de Saúde Classe C, isto é, que se corresponde com um município sanitário com população predominantemente urbana (89%) com desenvolvimento agroindustrial, população menor de 100.000 hab., conformado por menos de 18 estabelecimentos de saúde e a existência ou não de hospitais tipo I.

A área de influência da Direção Municipal de Saúde compreende a paróquia Capital e a paróquia Tiara, as quais conformam o município. Além dos estabelecimentos de Corposalud Aragua, a partir de junho 2006 se estabeleceram na paróquia os Consultórios Populares da Missão Bairro Adentro, com a finalidade de atender no primeiro nível de atenção as população menos favorecidas. No início foram quatorze consultórios, para maio 2007 existiam onze, estes dependem da Coordenação Municipal da Missão Bairro Adentro (CMMBA).

É importante assinalar que apesar de depender do MPPS, os estabelecimentos da Missão Bairro Adentro têm uma infra-estrutura “paralela” e em sua maioria são geridos diretamente por pessoal cubano; isto é devido á forma como surgiu a Missão no país. Nesse sentido, mesmo dando-se atividades em conjunto entre a Direção Municipal de Saúde da paróquia Santos Michelena (DMSSM) e a CMMBA, ainda não existe a integração dos serviços, o que também acontece na maior parte dos estados do país.

Os estabelecimentos de saúde da paróquia pertencentes ao Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS), ou seja, os dependentes da DMSSM e da CMMBA estão organizados segundo seu nível de complexidade e capacidade resolutiva da seguinte forma:

- Primeiro Nível ou Bairro Adentro I - Rede de Atenção Primária: 11 consultórios populares, 3 Núcleos de Atenção Primária e 1 ambulatório rural tipo II.
- Segundo Nível ou Bairro Adentro II - Rede de Atenção Ambulatorial Especializada e de Diagnóstico: 1 ambulatório urbano tipo II, 1 Centro de Diagnóstico Integral

⁴⁰ Destaca-se que a fragmentação é característica do sistema de saúde venezuelano, e que desde a promulgação da Constituição da República Bolivariana de Venezuela no ano 1999, se está tentando consolidar o Sistema Público Nacional de Saúde, visando a integração dos diferentes organismos prestadores de serviços de saúde.

(CDI que iniciou as atividades recentemente a meados de julho 2007) e 1 Sala de Reabilitação Integral.

- Terceiro Nível ou Bairro Adentro - III Rede Hospitalar: Hospital “José María Benítez” tipo III. Destaca-se que a paróquia Santos Michelena faz parte da área de abrangência do hospital

Para uma melhor compreensão do sistema de saúde da paróquia caracterizamos a seguir cada um dos níveis de atenção e os tipos de estabelecimentos existentes, segundo Corposalud Aragua (2007) e a MPPS/Missão Bairro Adentro (2007 – quadro 17). Destaca-se que a informação apresentada é o que teoricamente está definido pelas instituições acima mencionadas.

QUADRO 17. ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEGUNDO NÍVEIS DE ATENÇÃO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA ESTADO ARAGUA. ANO 2007

Corposalud Aragua/MPPS**	Missão Bairro Adentro/MPPS**
<p><u>Primeiro Nível de Atenção:</u> Neste nível a atenção é prestada em estabelecimentos assistenciais que estão situados numa zona geográfica determinada na qual a população é dividida em comunidades ou localidades. A atenção prestada deve ser geral com um enfoque integral em saúde combinando prevenção primária e atenção do segundo nível. Estimasse que este nível é capaz de resolver entre 80 e 85% dos casos que demandam atenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Núcleos de atenção primária: Atendem à população urbano-marginal, aproximadamente 3.500 habitantes, precisam de um médico geral ou familiar e uma auxiliar de enfermagem; dependem da DMSSM. ▪ Ambulatórios rurais: Prestam atenção integral, geral e familiar no nível primário, pode existir observação, não há hospitalização. Atendem populações menores de 10.000 habitantes. Os Ambulatórios Rurais II, atendem a população rural e dispersa ou concentrada em áreas de mais de 1.000 habitantes, são atendidos por médicos gerais, podem contar com leitos de observação e serviço odontológico. Depende da DMSSM. 	<p><u>Bairro Adentro I - Rede de atenção primária:</u> Está formada pelos estabelecimentos que são a porta de entrada principal do sistema de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultórios populares: Atendem a população em geral no primeiro nível de atenção, aproximadamente 3.000 habitantes atendidos por um médico especialista em medicina geral integral, uma enfermeira, um agente comunitário e um dentista⁴¹. Estimasse que no futuro a cobertura seja para toda a população, com um consultório popular para cada 250 famílias (1.200 habitantes). Estão baseados no modelo de atenção integral e devem responder às necessidades sociais e de saúde da população mediante ações educativas, preventivas, protetoras, curativas e reabilitadoras, ao longo de todos os ciclos da vida.
<p><u>Segundo nível de atenção:</u> Nível encarregado da atenção ambulatorial especializada, recebe os casos referidos ou não do primeiro nível de atenção. Este serviço é prestado por ambulatórios II, III e Hospitais I e II.</p>	<p><u>Bairro Adentro II - Rede de Atenção Ambulatorial Especializada e de Diagnóstico:</u> Está formada pelos Centros de Diagnóstico Integral (CDI), os Centros de Alta Tecnologia (CAT) e as Salas de Reabilitação Integral</p>

⁴¹ A enfermeira, o agente comunitário e o dentista não necessariamente estão presentes em todos os consultórios na atualidade.

Corposalud Aragua/MPPS**	Missão Bairro Adentro/MPPS**
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Ambulatórios Urbanos:</u> Prestam atenção integral, geral e familiar, pode existir observação, não há hospitalização. Atendem populações maiores de 10.000 habitantes. Os Ambulatórios Urbanos II atendem a população urbana, podem contar com os serviços de ginecologia e obstetrícia, pediatria, odontologia, serviço básico de laboratório e emergência de 24 horas, docência universitária. É gerido por um médico geral ou familiar com experiência na administração de saúde pública. 	<p>(SRI). Dotada de capacidade resolutiva para o diagnóstico e tratamento ambulatorial especializado; assim como capacidade diagnóstica e terapêutica para prestar serviços de qualidade. Deve estar coordenada com as outras redes do sistema, sendo suas portas de entrada: as Redes de Atenção Primária (Consultórios Populares), Emergências e a Rede Hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CDI: Garante-se assistência médica de emergência e estudos de diagnóstico fundamentais, 24 horas por dia, todos os dias da semana. Estimasse um CDI para cada 20-40.000 hab. Serviços programados: Raios X, ultrasonografia diagnóstica, endoscopia, laboratório clínico, sistema ultra micro analítico (SUMA), oftalmologia, emergência e eletrocardiograma. ▪ SRI: Cobrem a alta demanda das pessoas que padecem de alguma incapacidade. Estimasse uma SRI por cada 20 – 40.000 hab. Serviços programados: Eletroterapia, termoterapia, hidroterapia, mecanoterapia, medicina natural e tradicional, terapia ocupacional, logopedia e fonoaudióloga, podologia.
<p><u>Terceiro nível de atenção:</u> Neste nível se oferece atenção especializada através dos Hospitais III e IV e parcialmente nos Hospitais II.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitais III: Prestam atenção médica integral no nível terciário, contam com leitos de observação e hospitalização. Nestes pode-se prestar eventualmente a atenção do nível primário e secundário. Os Hospitais III estão situados em populações maiores de 60.000 habitantes e com uma área de influência de 400.000 habitantes, têm entre 150 e 300 leitos. Contam com os serviços de medicina interna, pediatria, cirurgia geral e ginecologia – obstetrícia, laboratório, raios X 24 horas, odontologia, cirurgia ambulatoria e especializada, sub-especialidades, terapia intensiva e anatomia patológica, docência de pré e pós-graduação. Dependem de Corposalud Aragua. 	<p><u>Bairro Adentro III – Rede Hospitalar:</u> Formada pelos hospitais do povo e hospitais especializados. Implica a modernização dos centros hospitalares existentes com equipamento médico eletromecânico. Também estabelecem uma mudança na prestação dos serviços com ampliação dos horários de atenção (manhã e tarde), além do incremento na capacidade resolutiva de serviços de sala de parto, bloco cirúrgico e terapia intensiva. Caracterizam-se pela capacidade de internação, para o diagnóstico, tratamento e/ou reabilitação. Possuem diversos níveis de complexidade, determinados pela tecnologia e pelo nível de especialização das unidades.</p>

FONTE: A partir de dados tomados de Corposalud Aragua (2007) e do MPPS (2007).

**Somente são descritos os estabelecimentos existentes na rede de serviços de saúde do Município Santos Michelena para o ano 2007

Dos 19 estabelecimentos que formavam a rede de serviços de saúde da paróquia em maio 2007, 18 (95%) prestavam atenção ambulatorial, 15 (79%) correspondiam ao

primeiro nível de atenção e os outros 3 (16%) eram para a atenção ambulatorial especializada do segundo nível (CDI, SRI e Ambulatório Urbano II). Só 1 (6%) para a atenção hospitalar, este último encontra-se fora da paróquia na cidade de Victoria (a uns 42 km do Centro das Tejerías).

Dos estabelecimentos do primeiro nível de atenção 73% (11) eram consultórios populares; 20% (3) NAP; 7% (1) ambulatórios rurais tipo II. Quanto aos do segundo nível, há um centro de diagnóstico integral, um ambulatório urbano tipo II e uma sala de reabilitação integral. Os dois primeiros são os únicos estabelecimentos de saúde que funcionam 24 horas. Na paróquia está em construção um hospital tipo III.

III.2.1.5 Análise dos Fatores de Risco

A população da paróquia Santos Michelena se encontra exposta a múltiplos riscos. Na população de menores de 19 anos atendida nos serviços de saúde dependentes da DMSSM no triênio 2004-2006 destacam os seguintes riscos: baixa renda familiar, desemprego, consumo de água não potável e alto número de insetos e roedores. O que sugere que a população deva ter uma alta probabilidade de apresentar: má nutrição (por déficit ou excesso), doenças (diarréias, helmintíases, mordeduras suspeitas de raiva, dengue), falta de acesso à educação, gravidez precoce, entre outras (tabela 9).

TABELA 9. RISCOS PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS NOS MENORES DE 19 ANOS PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA E ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006

Risco Psicossocial menores de 19 anos	%**
Baixa renda familiar	69,31
Desemprego	13,21
Atividade sexual precoce	5,78
Deserção escolar	5,01
Separação, Divórcio ou Viuvez	4,94
Disfunção familiar	4,21
Consumo de Tabaco	3,20
Riscos Ambientais < de 19 anos	%**
Consumo de água não potável	55,61
Alto índice de Insetos e Roedores	20,86
Sem água no domicílio	8,89
Alto número de moradores na mesma habitação	8,33
Pessoas morando perto da Zona Industrial	6,68
Estrutura física inadequada da moradia	6,04
Disposição inadequada de lixo	5,79
Disposição inadequada de excretas - falta de esgoto	4,99

FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI) e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), estado Aragua (triênio 2004-2006).

** Cálculos efetuados a partir da média da população que consultou os serviços de saúde para os anos referidos.

Além desses fatores a população adscrita na CMMBA (28.633 habitantes), foi classificada 50,6% (14.514) como exposta a hábitos alimentícios inadequados, sedentarismo e condutas sexuais inadequadas (tabela 10).

Também para a CMMBA os principais hábitos por ordem de prioridade na população adscrita são, o consumo de: café (principalmente em mulheres), tabaco, álcool e drogas, estes três últimos predominando em homens. Assim mesmo na análise da CMMBA, existe o risco à delinquência e violência na maioria das localidades da paróquia, onde há um alto índice de delitos de toda índole.

TABELA 10. FATORES DE RISCOS NA POPULAÇÃO ADSCRITA NA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DA MISSÃO BAIRRO ADENTRO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2006

Fatores de Risco	Masculino	Feminino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Hábitos alimentares inadequados	1557 (10,73)	1220 (8,41)	2777 (19,13)
Sedentarismo	1390 (9,58)	1147 (7,90)	2537 (17,48)
Conduta sexual inadequada	896 (6,17)	835 (5,75)	1731 (11,93)
Acidentes	666 (4,59)	274 (1,89)	940 (6,48)
Obesidade	472 (3,25)	434 (2,99)	906 (6,24)
Uso inadequado de medicamentos	365 (2,51)	263 (1,81)	628 (4,33)
Outros	2637 (18,17)	2358 (16,25)	4995 (34,42)
Total	7983 (55,00)	6531 (45,00)	14514 (100)

FONTE: Coordenação Municipal da Missão Bairro Adentro, paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua (2006).

O problema da má nutrição (por déficit ou excesso) na paróquia Capital Santos Michelena, oscila entre 1,5 e 11,8%, e afeta principalmente a população de menores de 7 anos e do grupo de 12 a menores de 19 anos, com uma desnutrição que alcança 11,5% e um excesso de 11,8% bem próximo ao do estado Aragua com 12%, segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, SISMAI – tabela 11).

TABELA 11. ESTADO NUTRICIONAL PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006

Estado Nutricional	Menores de 7 anos n (%)	7 a menores de 12 anos n (%)	12 a menores de 19 anos n (%)
Normal	2271 (83,4)	6105 (91,6)	20766 (86,7)
Desnutrição	312 (11,5)	150 (2,3)	363 (1,5)
Excesso	141 (5,2)	408 (6,1)	2814 (11,8)
TOTAL	2724 (100)	6663 (100)	23943 (100)

FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI) e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), estado Aragua (triênio 2004-2006).

III.2.1.6 Análise da Natalidade

A capacidade resolutiva do parto na rede de serviços de saúde da paróquia Capital Santos Michelena é baixa alcançando assistir em média para o período 2004-2006

apenas 11,58% (207) partos do total de nascimentos (1787). No entanto, para o triênio citado, em média 82,04% (1466) dos partos correspondentes a mulheres residentes nesta paróquia foram atendidos em outros estabelecimentos da rede pública, situados fora do município Santos Michelena. Destaca o Hospital “José María Benítez” no qual se atenderam 98% (1437) do total de partos (1466) atendidos por outros estabelecimentos do setor público. Quanto à atenção do parto no setor privado, esta aumentou 4,17% do ano 2004 para 2006, alcançando atender em média 6,38% (114) do total de partos da paróquia (1787) para o triênio 2004-2006 (tabela 12).

No triênio 2004-2006 em média 10% dos nascidos vivos apresentaram baixo peso ao nascer o que supera a cifra do estado Aragua que alcançou 8% nesse período. Aproximadamente de cada 100 mulheres que pariram nos anos 2004-2006 na paróquia Capital Santos Michelena 3% eram adolescentes, com uma razão de 90 mulheres que foram acompanhadas por cada 10 que não tiveram assistência pré-natal, o que indica um elevado acompanhamento das gestantes na paróquia, em comparação com o estado Aragua onde só 65% das mulheres tiveram assistência pré-natal durante o período referido. Destaca-se que o percentual de mães adolescentes diminuiu 1,12% e o percentual de gestantes com acompanhamento pré-natal aumentou 4,21% de 2004 para 2006.

TABELA 12. INDICADORES DE NATALIDADE PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006

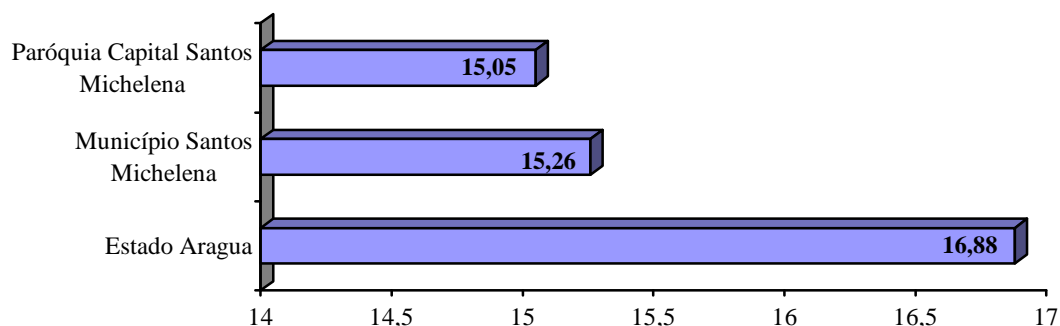
Indicador	2004 % (n)	2005 % (n)	2006 % (n)	Média 2004-2006
Total de partos	100 (618)	100 (596)	100 (573)	596
Capacidade resolutive de atenção ao parto	10,19 (63)	14,26 (85)	10,30 (59)	11,58%
Percentual de partos atendidos em outros estabelecimentos públicos	85,60 (529)	79,03 (471)	81,33 (466)	82,04 %
Percentual de partos atendidos em estabelecimentos privados	4,21(26)	6,71 (40)	8,38 (48)	6,38%
Percentual de mães adolescentes	3,56 (22)	2,52 (15)	2,44 (14)	2,85%
Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	9,55 (59)	11,07 (66)	10,12 (58)	10,24%
Índice de masculinidade	1,18	1,87	1,08	1,33
Percentual de gestantes com acompanhamento pré-natal	86,89 (537)	91,95 (548)	91,10 (522)	89,93%

FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), estado Aragua (triênio 2004-2006).

A taxa de natalidade da paróquia Capital Santos Michelena é inferior à taxa do município 0,21 pontos e do estado Aragua 1,83 pontos, portanto, as mulheres da paróquia têm um menor risco de engravidar (gráfico 4). Entretanto, o percentual de

mães adolescentes é superior 0,57% ao reportado pelo estado Aragua (2,28%) para o triênio 2004-2006.

GRÁFICO 4. TAXAS DE NATALIDADE POR 1000 HAB. PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA E ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006



FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), estado Aragua (triênio 2004-2006).

III.2.1.7 Análise da Morbidade

Para o ano 2006 dentre as principais causas da morbidade destacaram as doenças hídricas, respiratórias e dérmicas, das quais as rinofaringites representam 17,02% dos casos. Assim mesmo as feridas ocupam o quarto lugar com uma taxa de morbidade de 56,46 por 1000 hab. As principais patologias que afetam aos cidadãos da paróquia Capital Santos Michelena, são preveníveis (tabela 13).

TABELA 13. MORBIDADE PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2006

Doenças	Casos	% de Casos	Taxa de morbidade por 1000 hab.
Bronquiolites aguda menor de 2 anos	662	1,89	263,09
Rinofaringites aguda	5.969	17,02	144,39
Otites média aguda menor de 5 anos	318	0,91	63,09
Feridas	2.334	6,66	56,46
Infecção urinaria	2.053	5,85	49,66
Urticária	1.741	4,96	42,11
Faringites aguda	1.694	4,83	40,98
Bronquites aguda	1.500	4,28	36,28
Cáries dental	1.388	3,96	33,58
Otites media aguda maior de 5 anos	961	2,74	26,47
Abscessos	1.060	3,02	25,64
Diarréias	995	2,84	24,07
Helmintiasis (b65-b68, b70-b83)	806	2,30	19,50
Leucorréia não específica	762	2,17	18,43
Dermatites	738	2,10	17,85
Outras causas	12.086	34,47	295,27
Total	35.067	100	856,71

FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), estado Aragua (triênio 2004-2006).

III.2.1.8 Análise da Mortalidade

Na tabela 14 se observa que a taxa de mortalidade geral para a paróquia Capital Santos Michelena no triênio 2004-2006 foi menor com relação à do estado Aragua (4,07 por 1000 hab.) e à do município Santos Michelena (3,83 por 1000 hab.). No entanto, a taxa de mortalidade infantil é maior em 3 pontos em relação com a do estado Aragua (14,81 por 1000 NV), sendo inferior em apenas 0,48 pontos comparada com a do município Santos Michelena (18,39 por 1000 NV).

Na paróquia se sugere estudar as causas da mortalidade infantil, para diminuir as mortes e atingir as metas do milênio, ou seja, reduzir o número de mortes em menores de 1 ano a 2/3 partes, o ideal seria não ter mortes infantis.

TABELA 14. MORTALIDADE GERAL E INFANTIL PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006

Mortalidade geral e Mortalidade Infantil	Valores por período			
	2004	2005	2006	Triênio
População Geral	38.899	39.577	40.255	118.731
Mortes	150	146	156	452
Taxa de Mortalidade Geral	3,86	3,69	3,88	3,81*
População menores de 1 ano	618	596	573	1.787
Mortes em menores de 1 ano	9	14	9	32
Taxa de mortalidade em < de 1 ano por 1000 RNV	14,56	23,49	15,71	17,91*

FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), estado Aragua (triênio 2004-2006).

* Taxas calculadas a partir da somatória da população para os anos 2004-2006 e da somatória das mortes para o mesmo período.

Segundo as tabelas 15, 16 o gênero masculino é o mais afetado pela mortalidade geral, os grupos etários com maior número de mortes são os menores de um ano (7,1%), os de 10 até 49 anos que representam 32,3% e os maiores de 65 anos com 37,8% respectivamente.

TABELA 15. MORTALIDADE GERAL POR GÊNERO PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006

Gênero	Frequência	%
Feminino	152	33,6
Masculino	300	66,4
Total	452	100

FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), estado Aragua (triênio 2004-2006).

TABELA 16. MORTALIDADE GERAL POR GRUPOS ETÁRIOS PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006

Grupos de idade	Frequência	%
< 1 ano	32	7,1
2 – 4	6	1,3
5-9	4	0,9
10-14	4	0,9
15-19	20	4,4
20-24	28	6,2
25-29	24	5,3
30-34	19	4,2
35-39	13	2,9
40-44	14	3,1
45-49	24	5,3
50-54	24	5,3
55-59	32	7,1
60-64	32	7,1
65-69	30	6,6
70-74	36	8,0
75-79	35	7,7
80-84	32	7,1
85 e +	38	8,4
Total	452	100

FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), estado Aragua (triênio 2004-2006).

No triênio 2004-2006, do total das mortes 40,5% (183) correspondem a causas relacionadas com violência, infartos e tumores. Das mortes por agressões 98,8% (79) ocorreram em homens em idade produtiva (entre 10 e 54 anos), estas mortes são totalmente evitáveis. Assim mesmo 95,5% (21) das mortes por acidentes e por infartos (73,9% - 51) afetaram ao gênero masculino. As mulheres morreram mais por diabetes (64,7% - 11), doenças cérebro-vasculares (78,6% - 11), hipertensão (51,7% - 15). As mortes por tumor maligno da mama e do colo do útero afetaram às mulheres entre 45 e 80 anos de idade.

Destaca-se que existem 6 mortes (1,3%) por desnutrição, afetando principalmente aos menores de um ano (3 – 50%); 5 (1,1) mortes por suicídios e 11 mortes relacionadas ao alcoolismo afetando aos maiores de 45 anos, (tabela 17).

TABELA 17. MORTALIDADE GERAL POR CAUSA BÁSICA DA MORTE PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. TRIÊNIO 2004-2006

Causa básica da morte	Frequência	%
Agressão com disparo ou objeto cortante	80	17,7
Infarto agudo do miocárdio e doença isquêmica crônica do coração	69	15,3
Tumor maligno do estômago, cólon, fígado, pâncreas, laringe, brônquios e do pulmão, rim, bexiga urinária, meninges e encéfalo	34	7,5
Hipertensão e doença cardíaca hipertensiva	29	6,4
Pneumonia bacteriana, bronquites e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	25	5,5

Causa básica da morte	Frequência	%
Transeunte, ciclista ou motociclista lesionado por colisão com automóvel, acidentes de transporte	22	4,9
Asfixia do nascimento e dificuldade respiratória do recém nascido, pneumonia congênita, sépsis bacteriana do recém nascido	19	4,2
Diabetes mellitus	17	3,8
Doenças cérebro-vasculares e acidentes vasculares encefálicos	14	3,1
Cardiomiopatia e insuficiência cardíaca	11	2,4
Doença alcoólica do fígado, fibroses e cirroses do fígado	11	2,4
Hemorragia inter-cefálica	11	2,4
Tumor maligno da mama e do cólon do útero	9	2,0
Ateroscleroses	8	1,8
Doença de Chagas e Acariases	8	1,8
Tumor maligno da próstata	7	1,5
Desnutrição	6	1,3
Envenenamento ou lesão auto-infligida intencionalmente	5	1,1
Afogamento e submersão posterior à caída em águas naturais	4	0,9
Amebíases, diarreias e gastroenterites	3	0,7
Outras causas 99	60	13,3
Total	452	100

FONTE: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), estado Aragua (triênio 2004-2006).

Até aqui foram analisados os principais indicadores relacionados com a saúde da população da paróquia Santos Michelena. A seguir apresentam-se as diferentes opções metodológicas utilizadas em cada um dos momentos do PES desenvolvidos na paróquia Capital Santos Michelena. O quadro 18 serve como guia da seqüência lógica do trabalho desenvolvido, que longe de fragmentá-lo, tenta organizar a informação para uma melhor compreensão.

QUADRO 18. OPÇÕES METODOLÓGICAS UTILIZADAS NOS MOMENTOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL APLICADAS NA PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2007

Momento	Opções metodológicas
Primeiro Momento. Explicativo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição e priorização dos problemas; ▪ Análise do problema priorizado (causas, conseqüências e descritores). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempestade de idéias, utilizando como base os direitos humanos consagrados na Constituição: sociais, culturais, econômicos, populacionais, indígenas e ambientais. ▪ Fluxograma situacional; ▪ Matriz de Impacto Cruzado e de Assuntos Chaves (MIC-MAC); ▪ Plano Cartesiano; ▪ Discussão para priorizar as causas a intervir. ▪ Guia de observação e acompanhamento com informantes chaves de cada território social; ▪ Construção dos territórios sociais da paróquia Capital Santos Michelena. ▪ Análise de indicadores de saúde (demográficos, fatores de risco, natalidade, mortalidade e mobilidade) que permitiram caracterizar a paróquia.

Momento	Opções metodológicas
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medição de iniquidades a partir de indicadores de saúde associados ao problema selecionado, utilizando a construção de diagramas de caixas para comparar os diferentes territórios (extratos); o cálculo da razão padronizada da mortalidade e o cálculo da Análise da Variância (ANOVA) para algumas das variáveis vinculadas ao problema selecionado.
<p>Segundo Momento. Normativo: desenho do plano de ação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenho de operações e ações com seus produtos e resultados a partir dos descritores do problema, determinando responsáveis, recursos e tempo de realização claramente definidos; ▪ Análise de cenários.
<p>Terceiro Momento. Estratégico: análise da viabilidade política, econômica, cognitiva e organizativa do plano de ação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise da motivação dos atores-chave em face às operações e ações do plano de ação; ▪ Análise da capacidade de ação (poder).

FONTE: Resultado das oficinas de trabalho a partir da aplicação do PES na paróquia Capital, Município Santos Michelena, abril-maio 2007.

III.2.2 O Momento Explicativo: definição e priorização de problemas

III.2.2.1 Identificação e seleção do problema

O primeiro aspecto abordado neste momento correspondeu à **definição e priorização dos problemas** que mais afetam à população da paróquia Capital Santos Michelena. Na primeira oficina de trabalho com a participação de 32 atores-chave da paróquia, através da técnica “tempestade de idéias” os diferentes atores identificaram e selecionaram os cinco problemas de saúde mais importantes para eles. Cada um dos problemas foi relacionado com os artigos da Constituição da República Bolivariana de Venezuela (1999) que não se estavam sendo cumpridos integralmente (quadro 19).

Na identificação e seleção do problema se discutiu abertamente sobre o que cada ator considerava como problema de sua localidade. No início, vários dos atores tinham claramente definido qual era o problema, o apresentavam e, em seguida, se abria o debate. Quando falamos de abertamente, nos referimos à existência de uma comunicação voltada para o entendimento (no sentido habermasiano) e fortemente fundamentada na argumentação (Habermas, 1987).

Como se tratava de falar sobre o que cada um padece, os atores se sentiam com domínio do assunto e rebatiam com argumentos ou aceitavam a explicação dos outros atores, inclusive quando eram algumas das autoridades de saúde que manifestava uma opinião contrária. Além disso, existia um interesse comum, escolher um problema para tentar dar algumas respostas desde o coletivo.

QUADRO 19. PROBLEMAS SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM OS ARTIGOS CONSTITUCIONAIS NÃO CUMPRIDOS INTEGRALMENTE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2007

Nº	Problemas Sociais	Artículos da Constituição da República Bolivariana de Venezuela
1	Déficit na distribuição de medicamentos	80: Direito ao respeito à terceira idade 82: Direito à moradia adequada; 83: Direito à saúde; 84: Direito à promoção da saúde 85: O Estado financia o sistema de saúde 86: Direito à seguridade social
2	Atenção médica 24 horas insuficiente para cobrir as demandas da paróquia	75: Direito à proteção da família 76: Direito à maternidade e a os serviços de maternidade, 83: Direito à saúde 84: Direito à promoção da saúde 86: Direito à seguridade social
3	Baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde	75: Direito à proteção da família 76: Direito à maternidade e a os serviços de maternidade; 83: Direito à saúde 84: Direito à promoção da saúde 85: O Estado financia o sistema de saúde 86: Direito à seguridade social
4	Inadequada disposição de resíduos sólidos	75: Direito à proteção da família 83: Direito à saúde 84: Direito à promoção da saúde 86: Direito à seguridade social 107: Direito à educação ambiental e cidadã 117: Direito a serviços de qualidade 127: Direito a um ambiente seguro 129: Direito à proteção de ecossistema
5	Racionamento e má qualidade da água que se lhe subministra ao município	75: Direito à proteção da família 83: Direito à saúde 84: Direito à promoção da saúde 117: Direito a serviços de qualidade

FONTE: Primeira oficina com os diferentes atores sociais da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, abril 2007.

Refletir sobre a relação de cada um dos problemas com os artigos da Constituição, chamou a atenção de vários atores no sentido de que aqueles eram olhados não apenas como situações particulares, senão que afetavam os direitos estabelecidos na carta magna; sendo um aspecto importante que muitos dos atores tenham conhecimento dos artigos que não estavam sendo cumpridos uma vez que existiam alguns problemas na comunidade. A lista resume que se preparou com os artigos e as temáticas vinculadas a cada um serviu de apoio aos atores.

Foi interessante constatar neste processo a forma como cada ator argumentava a importância do problema que vive no dia-a-dia. Por exemplo, para os representantes dos conselhos comunais sem dúvida a baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde era

um problema fundamental, no entanto, para os representantes da equipe de saúde existiam outras prioridades na paróquia, tais como insegurança, falta de água, problemas de disposição de lixo.

Nesse sentido, um dos moradores (durante a aplicação do guia de observação) deu uma explicação que provavelmente ninguém da equipe de saúde esperava. O ator reconheceu que na paróquia existiam sim outros problemas, porém, esses problemas se desdobravam e geralmente as suas conseqüências eram atendidas pelo setor saúde, portanto, ter garantido esse serviço era uma prioridade.

“nosotros si tenemos muchos robos, falta de agua y desbordamiento de las quebradas, además de un montón de problemas más... pero la falta de agua la podemos resolver con el vecino, o de alguna otra forma, si la quebrada se tapa podemos limpiarla, ahora si a un hijo le dan un tiro, difícilmente eso lo podemos resolver con la ayuda del vecino, necesitamos ir a la medicatura (ambulatorio), necesitamos el médico que lo atienda...”
(Ator chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 23/04/2007).

Outra discussão importante foi sobre a falta do médico na localidade de Curiepe (situada do outro lado da autopista), para o coordenador da Missão Cubana esse não era um problema dado que na localidade há uma médica da Missão. Mas, para os moradores sim era um problema, já que a médica cubana só atende de manhã, com as limitações próprias dos estabelecimentos do primeiro nível de atenção. Da discussão acordou-se ampliar o enunciado desse problema, que ficou como a falta de médico nas 24 horas no ambulatório de Curiepe.

Uma vez escolhidos os problemas que mais afetavam a qualidade de vida dos cidadãos da paróquia Capital Santos Michelena (segundo os atores-chave que participaram da primeira reunião), priorizou-se um destes, o qual seria analisado a profundidade.

No quadro 20 observa-se a ponderação dada a cada um dos problemas listados, onde se avaliaram os seguintes aspectos: (a) valor do problema para os atores-chave; (b) custo econômico que requer a intervenção do problema; (c) custo de postergação, ou custo que se teria se o problema não se resolvesse; (d) eficácia na intervenção; (e) governabilidade para resolver o problema.

Dado que todos os problemas poderiam ser escolhidos (segundo os resultados da matriz proposta por Matus, 1996) para selecionar um destes, os atores optaram por discutir qual seria a prioridade da paróquia, tentando afastar os interesses particulares. Aqui foram de grande ajuda as seguintes perguntas: qual desses problemas afeta à maior parte da população? e, qual desses problemas afeta mais aos setores pobres de Tejerías?.

Assim, depois de avaliar cada um dos problemas, como resultado da discussão se priorizou a **“baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde”**; com os argumentos de que a escolha desse problema obedecia a que:

- Afetava a toda a população da paróquia, e mais ainda as populações mais carentes;
- Com sua solução se daria resposta a dois dos cinco problemas principais da paróquia: “atenção médica nas 24 horas insuficiente para cobrir as demandas da paróquia” e “déficit na distribuição de medicamentos essenciais”. Em outras palavras, estes problemas são subproblemas da baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde;
- Parte do problema está sob o controle da Direção Municipal de Saúde da paróquia, como diz Matus (1996), está no seu espaço de governabilidade. Para os atores, como o Diretor Municipal de Saúde (ator que controla alguns recursos críticos) estava a frente do projeto, era mais factível desenvolver com ele um plano de ação sobre um problema de seu setor, que trabalhar, por exemplo, com o problema de racionamento e má qualidade da água.

Os outros problemas ficaram no arquivo de problemas dos atores, valendo mencionar que com a explicação situacional da **“baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde”**, alguns desses problemas tornaram-se evidenciados, como veremos mais adiante.

Outra questão importante foi diferenciar entre mal-estar e problemas. Alguns atores levavam à discussão mal-estares (queixas) deles, tratando-os como questões particulares que queriam resolver ao que os outros atores respondiam “ese no es un problema de la comunidad, es un problema suyo” (Ator chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 11/04/2007).

Às vezes, mesmo sendo um problema da comunidade, se esta não se organiza para colocá-lo na agenda dos governantes, ou ainda estando na agenda não tem sido resolvido, o problema fica como um mal estar “aquí hace muchos años que estamos esperando a que se construya el hospital y nada” (Ator chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 11/04/2007).

A participação do pesquisador como mediador na discussão para selecionar os problemas, também foi um elemento importante porque ao ter um olhar de fora podia apontar questões para facilitar a discussão, além de que era visto pelos diferentes atores como uma pessoa que poderia servir de ponte entre os conhecimentos que da comunidade e os conhecimentos da equipe de saúde. De forma tal, que coordenava a discussão tentando construir as soluções e respostas a partir de esse encontro de saberes.

Por exemplo, ao gerar-se a discussão na qual se questionava se a baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde era ou não um problema prioritário, foi necessário concretizar com algumas perguntas por quê esse era considerado um problema pela comunidade, além de trazer à luz alguns indicadores discutidos no ponto anterior que validavam a problemática.

QUADRO 20. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS E SUA RELAÇÃO COM OS ARTIGOS CONSTITUCIONAIS NÃO CUMPRIDOS INTEGRALMENTE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA. ANO 2007

Nº	Problemas	Artigos da Constituição	Valor (A, M, B, 0)	Custo Econômico (A, M, B, 0)	Custo de Postergação (A, M, B, 0)	Eficácia na Intervenção (A, M, B, 0)	Governabilidade (A, M, B, 0)	Seleção S/N
1	Déficit na distribuição de medicamentos	80, 82, 83, 84, 85, 86, 122	M	A	A	B	B	S
2	Atenção médica 24 horas insuficiente para cobrir as demandas da paróquia	76, 83, 84, 86	A	M	A	M	M	S
3	Baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde	76, 83, 84, 86	A	A	A	A	M	S
4	Inadequada disposição de resíduos sólidos	107, 127, 129	A	B	A	M	M	S
5	Racionamento e má qualidade da água que se lhe subministra ao município	107, 127, 129	A	M	A	M	M	S

A = alto M = médio B = baixo 0 = zero S = sim N = não

FONTE: Primeira oficina com os diferentes atores sociais da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, abril 2007.

III.2.2.2 Análise do problema

Posteriormente, uma vez selecionado o problema, deu-se procedimento à análise do mesmo, construindo-se o fluxograma situacional na segunda oficina, onde participaram 25 atores e se definiram: (a) as manifestações que melhor descrevem o problema, expressando-o em forma de indicadores ou descritores; (b) as conseqüências do problema; (c) a cadeia lógica multicausal entre as conseqüências, descritores e causas do problema analisado (figura 23).

No fluxograma situacional para cada um dos descritores foram estabelecidas as causas mais próximas ao problema (Fenoprodução), as intermediárias (Fenoestrutura) e finalmente as mais estruturais (Genoestrutura), criando relações entre elas. Utilizaram-se cartões de cores diferentes para cada tipo de causas, com a finalidade de ajudar na compreensão. Também para cada causa foi feita uma descrição geral.

As causas genoestruturais, fenoestruturais e fenoprodutivas se classificaram segundo o plano da realidade na que se faz necessário atuar em última instância, para alterar a situação. O problema da baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde cruza todos os âmbitos da produção social e os três planos da realidade.

O fluxograma foi revisado na terceira oficina de trabalho com reajustes e verificações sobre as posições das causas segundo observações de um *expert* em planejamento que não estava envolvido com o processo de planejamento na paróquia, porém, serviu de avaliador. O processo de construção do fluxograma foi demorado, dada à complexidade do instrumento e o número de atores que participaram, os quais discutiam cada detalhe para poder chegar a um acordo. Ainda sendo um processo demorado, os participantes das oficinas de trabalho entenderam a lógica da produção social dos problemas e cada um desde seu espaço de domínio de conhecimento dava aportes para obter um fluxograma o mais próximo com a realidade.

O desenho do fluxograma delimitando os nove quadrantes que indica Matus (1996) foi feito de outra forma à sugerida pelo autor. Assim, para classificar as causas segundo a governabilidade dos atores que planejam uma vez completado o desenho do fluxograma, na terceira oficina, cada causa foi numerada no lado direito inferior para identificar se estavam sob ou fora do controle do ator. Assim mesmo, se identificaram as causas que são comuns, a vários problemas do setor saúde, nas que é fundamental a explicação intersetorial, para Matus (1996) estas causas estão fora do jogo.

Algumas causas ficaram classificadas em vários espaços, por exemplo, pouco seguimento e controle das políticas de saúde, já que uma parte da causa (acumulação) está dentro do controle do ator que planeja, mas ao mesmo tempo outra parte está fora

do seu controle. Isto aconteceu com várias causas, e para os atores era importante deixar claramente estabelecido quais causas entravam em vários dos espaços de governabilidade. Nesse sentido, depois de discutir qual seria a melhor forma de representar isto no fluxograma, se admitiu fazer a combinação naquelas causas onde fosse necessário.

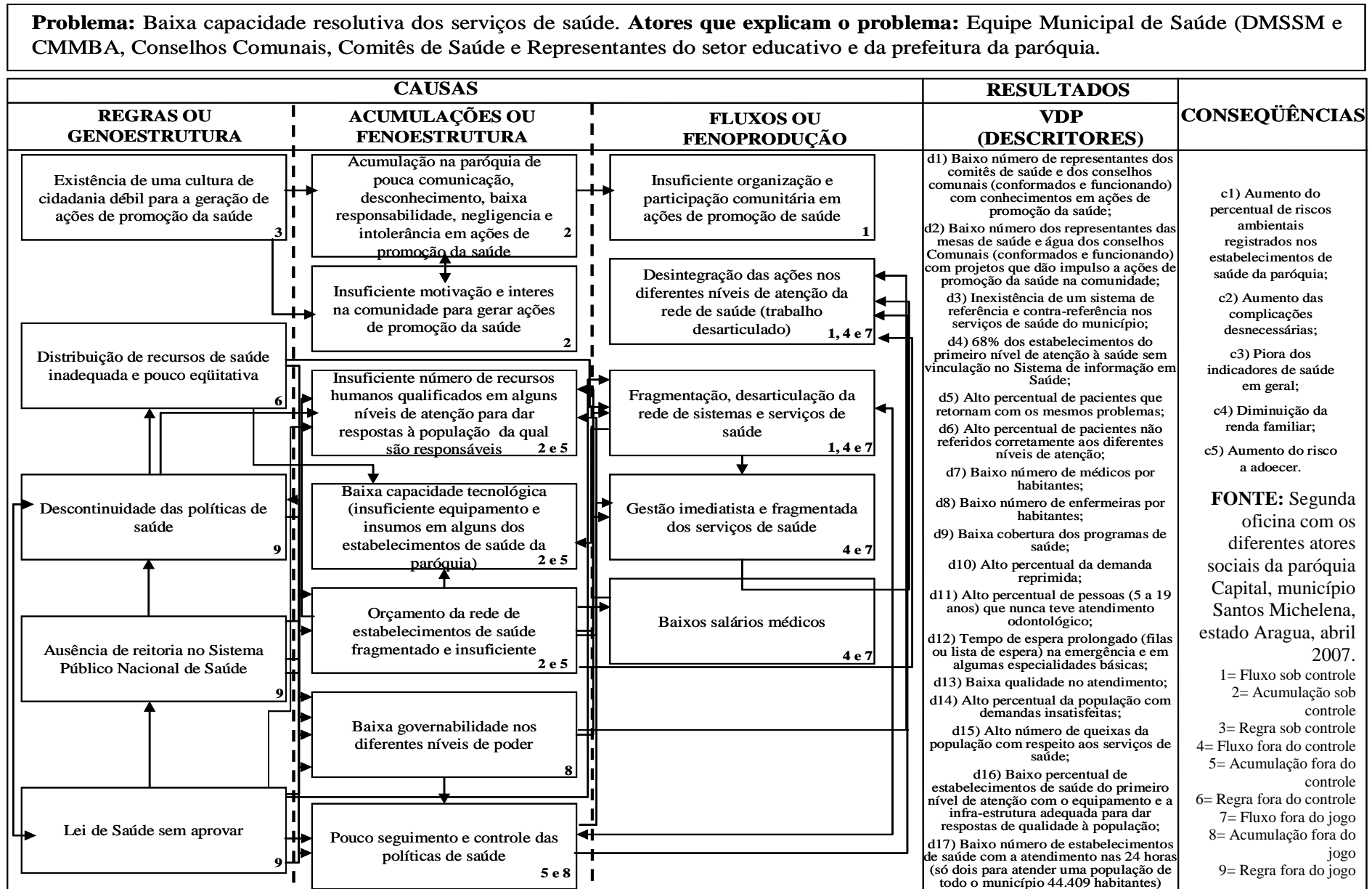
Este ponto foi interessante, porque Matus (1996) não fala dessa possibilidade, e os atores da paróquia Capital Santos Michelena depois de discutir encontraram uma alternativa para plasmar no fluxograma como se dá a dinâmica da governabilidade para cada causa no seu contexto. Além de comprovar, que as técnicas de explicação situacional por si mesmas não dão conta do problema, senão se tem conhecimento sobre este (Matus, 1996). Também, os quadrantes no fluxograma permitem aos atores ter uma primeira aproximação das causas chaves ou nós críticos que realmente estão em capacidade de enfrentar.

Quanto aos descritores foram verificados com as fontes diretamente, a equipe de saúde tinha parte da informação apurada, a qual foi de utilidade para concretizar as manifestações do problema, porém alguns destes tiveram que ser gerados (quadro 21). Destaca-se que os moradores, falavam de manifestações, mas, reconheciam que não sabiam se eram descritores. Por exemplo, “un descriptor son esas colas que se forman en la mañana, si usted quiere puede venir a ver como las mamás tienen que estar desde las cuatro de la mañana para poder agarrar un número y a veces los números no alcanzan y las personas que vienen de más lejos se quedan sin número, creo que eso describe el problema pero no estoy segura” (Ator chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 11/04/2007).

O fluxograma como técnica predominantemente qualitativa permite compreender a gestação do problema, o processo de construção deste, ao ser coletivo e criativo exige que a discussão dê explicações sobre o que acontece na realidade, portanto, a abordagem comunicativa se faz necessária, além da disposição de tempo e paciência para sua construção.

Outro elemento importante é que mesmo o fluxograma sendo construído em um contexto local, as causas do problema da baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde na paróquia Capital Santos Michelena são similares ao que acontece no estado Aragua e no país. Assim o destacou um dos atores do nível estadual que participou no desenho do plano, para quem as causas assinaladas no fluxograma estão sendo discutidas nos vários níveis do setor saúde.

FIGURA 23. FLUXOGRAMA SITUACIONAL: BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007



QUADRO 21. DESCRITORES SEGUNDO FONTE DE VERIFICAÇÃO, DO PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Descritor	Fonte de Verificação
d1) Baixo número de representantes dos comitês de saúde e dos conselhos comunais (conformados e funcionando) com conhecimentos em ações de promoção da saúde	Prefeitura e Corporação de Saúde do estado Aragua
d2) Baixo número dos representantes das mesas de saúde e água dos conselhos Comunais (conformados e funcionando) com projetos que dão impulso a ações de promoção da saúde na comunidade	Conselhos Comunais
d3) Inexistência de um sistema de referência e contra-referência nos serviços de saúde do município	Instituto Nacional de Estatística Sistema do Modelo de Atenção Integral (SISMAI) Sistema de Vigilância Alimentaria e Nutricional (SISVAN) Sistema de Registro da Missão Bairro Adentro
d4) 68% dos estabelecimentos do primeiro nível de atenção à saúde sem vinculação no Sistema de informação em Saúde	
d5) Alto percentual de pacientes que retornam com os mesmos problemas	
d6) Alto percentual de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção	
d7) Baixo número de médicos por habitantes	
d8) Baixo número de enfermeiras por habitantes	
d9) Baixa cobertura dos programas de saúde	
d10) Alto percentual da demanda reprimida	
d11) Alto percentual de pessoas (5 a 19 anos) que nunca teve atendimento odontológico	
d12) Tempo de espera prolongado (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades básicas	
d13) Baixa qualidade no atendimento	
d14) Alto percentual da população com demandas insatisfeitas	
d15) Alto número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde	
d16) Baixo percentual de estabelecimentos de saúde do primeiro nível de atenção com o equipamento e a infraestrutura adequada para dar respostas de qualidade à população	
d17) Baixo número de estabelecimentos de saúde com a atendimento nas 24 horas (só um para atender uma população de todo o município 44.409 habitantes)	Sistema do Modelo de Atenção Integral (SISMAI) Sistema de Registro da Missão Bairro Adentro

FONTE: Segunda e terceira oficina com os diferentes atores sociais da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, abril 2007.

O problema foi explicado através de 17 causas, as quais foram descritas e situadas no fluxograma segundo o espaço de governabilidade dos atores que explicam o problema. Na terceira oficina também foi revisado e completado o quadro que continha a informação sobre cada causa (descrição, atores que a controlam e se estava ou não no espaço de governabilidade dos atores que a explicavam). Desta forma se estaria

culminando a coleta da informação sobre as causas do fluxograma situacional (quadro 22).

QUADRO 22. DESCRIÇÃO DAS CAUSAS DO PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Causa	Descrição	Atores que a controlam	Espaço de Governabilidade
1. Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção de saúde	Pouca organização e participação da comunidade nas ações de promoção da saúde	Conselhos Comunais, Comitês de Saúde, Prefeitura, DMSSM e CMMBA	Sim
2. Orçamento da rede de estabelecimentos de saúde fragmentado, insuficiente	Trata-se do orçamento que é transferido do Executivo Nacional aos diferentes organismos prestadores de serviços de saúde, o qual ainda continua sendo insuficiente e fragmentado	MPPS, Governo do estado Aragua e Corposalud Aragua	Não
3. Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado)	Refere-se à pouca integração das ações e à redundância de algumas destas, nos estabelecimentos dos diferentes níveis de atenção da rede de saúde, em cada um dos organismos prestadores de serviços de saúde dependentes do MPPS	Corposalud Aragua, Coordenação Regional de Bairro Adentro, DMSSM e CMMBA	Sim
4. Gestão imediatista e fragmentada nos serviços de saúde	Dá-se quando a gestão dos serviços de saúde atende o dia-a-dia, para responder ao conjuntural de forma desintegrada. A gestão imediatista é uma das conseqüências das contínuas mudanças nas autoridades do MPPS	MPPS, Coordenação Nacional da Missão Bairro Adentro, Corposalud Aragua e Coordenação Regional de Bairro Adentro	Não
5. Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde	Refere-se ao trabalho desarticulado dos estabelecimentos nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde, em cada um dos organismos prestadores de serviços de saúde dependentes do MPPS	Corposalud Aragua, Coordenação Regional de Bairro Adentro, DMSSM e CMMBA	Sim
6. Acumulação na paróquia de pouca comunicação, desconhecimento, baixa responsabilidade, negligência e intolerância em ações de promoção da saúde	É a acumulação de valores gerados na comunidade nos últimos anos, com relação às ações de promoção da saúde.	Conselhos Comunais, Comitês de Saúde, Prefeitura, DMSSM e CMMBA	Sim (a longo prazo)

Causa	Descrição	Atores que a controlam	Espaço de Governabilidade
7. Insuficiente motivação e interesse na comunidade para gerar ações de promoção da saúde	Trata-se da carência de interesse e motivação na comunidade para participar nas ações de promoção da saúde. Algumas das vezes é vista como consequência da ausência de respostas oportunas por parte das autoridades	Conselhos Comunitários, Comitês de Saúde, Prefeitura, DMSSM e CMMBA	Sim (a longo prazo)
8. Distribuição de recursos de saúde inadequada e pouco equitativa	A distribuição dos recursos efetuada no âmbito nacional é inadequada ao fragmentar-se em diversos organismos prestadores de serviços de saúde que trabalham de forma desarticulada. Nos últimos anos se tem feito um esforço por incorporar alguns critérios equitativos na alocação dos recursos, no entanto continuam sendo insuficientes	MPPS	Não
9. Pouco seguimento e controle das políticas de saúde	A maior parte das políticas nacionais e estaduais de saúde são implementadas e não se lhes dá o seguimento e controle necessário para sua avaliação e reajuste	MPPS, Corposalud Aragua	Não
10. Existência de uma cultura de cidadania débil para a geração de ações de promoção da saúde	Se refere à cultura de cidadania que impera na paróquia, produto da acumulação de valores de anos, caracterizada por uma fraca participação na geração de ações de promoção da saúde	Conselhos Comunitários, Comitês de Saúde, Prefeitura, DMSSM e CMMBA	Sim (a longo prazo)
11. Baixa governabilidade nos diferentes níveis de poder	Tendência à centralização do poder nos diferentes níveis de saúde, sem capacidades para dar respostas oportunas e de qualidade à população. Carência de um sistema de petição e prestação de contas, no sistema de saúde	MPPS, Corposalud Aragua e Prefeitura	Não
12. Descontinuidade das políticas de saúde	As políticas de saúde são modificadas constantemente segundo as mudanças contínuas que se dão na diretiva do MPPS, sem retomar em muitas ocasiões o trabalho que se tenha iniciado na gestão anterior	MPPS	Não
13. Ausência de reitoria no Sistema Público Nacional de Saúde	Existência de múltiplos prestadores de serviços de saúde dependentes do Estado, sem coordenação e sem a existência de um organismo reitor	Executivo Nacional	Não

Causa	Descrição	Atores que a controlam	Espaço de Governabilidade
14. Lei de Saúde sem aprovar	A Lei de Saúde como instrumento legal que determinará a reitoria do Sistema Público Nacional de Saúde, seu financiamento, o funcionamento em rede, entre outros; ainda está em discussão na Assembléia Nacional	Executivo Nacional	Não
15. Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis	Escassez de recurso humano qualificado para responder às necessidades de saúde da população da paróquia	MPPS, Corposalud Aragua, Prefeitura DMSSM e Universidades	Sim
16. Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)	Alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia precisam ser dotados com o equipamento e insumos necessários para prestar um serviço de qualidade	MPPS, Corposalud Aragua, Prefeitura e DMSSM	Sim
17. Baixos salários médicos	No país a maior parte dos médicos preferem trabalhar em zonas urbanas, as zonas suburbanas ou rurais não são um atrativo devido em muitos casos ao baixo salário que percebem e às condições de trabalho	MPPS	Não

FONTE: Matriz MIC-MAC do problema: Baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde, paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, abril 2007.

Das 17 causas foi necessário selecionar algumas como nós críticos alvos de intervenção. Para isto se utilizou a Matriz de Impacto Cruzado – Matriz de Assuntos Chaves (MIC-MAC) e o Plano Cartesiano, em um primeiro momento. Depois estes resultados foram contrastados com a Matriz de valoração de Matus (1996), para finalmente chegar a um acordo sobre as causas a enfrentar.

Na terceira oficina se construiu a MIC-MAC, com a participação de 23 atores, esta matriz permitiu conhecer o grau de influência que possuem as diferentes causas entre si. No início da construção da MIC-MAC foi necessário fazer um ensaio com a primeira causa, cada ator tinha uma matriz vazia para seguir a discussão, o preenchimento da matriz exigiu muita concentração e tempo para a discussão sobre aquelas relações nas quais se houvesse dúvida.

A matriz permitiu compreender um pouco mais como as causas podem se relacionar, este processo já tinha sido iniciado ao construir o fluxograma, só que com a MIC-MAC se estabeleceu uma magnitude entre zero e três. Este método arrojou um valor que permitiu hierarquizar as causas e identificar suas inter-relações de acordo aos níveis de motricidade e dependência. As somas, ativa e passiva da matriz MIC-MAC correspondentes ao impacto designado entre as causas, são o insumo para a elaboração do plano cartesiano que permitiu a determinação dos assuntos chaves (tabela 18 e 19).

Os resultados da MIC-MAC foram revistos na quarta oficina, e em seguida procedeu-se à identificação das causas chaves mediante a construção do Plano Cartesiano, no qual se plasam em um eixo de coordenadas a motricidade e a dependência. Esta construção não precisa da participação dos atores-chave, porque é feita tendo como insumos as somas ativa e passiva da matriz MIC-MAC, como foi dito anteriormente. Os resultados do plano cartesiano se apresentam no gráfico 5.

TABELA 18. MATRIZ DE IMPACTO CRUZADO E DE ASUNTOS CHAVES (MIC-MAC): BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELINA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

CAUSAS		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	SOMA ATIVA
		Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção de saúde	Orçamento da rede de estabelecimentos de saúde fragmentado, insuficiente	Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado)	Gestão imediatista e fragmentada nos serviços de saúde	Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde	Acumulação na paróquia de pouca comunicação, desconhecimento, baixa responsabilidade, negligência e intolerância em ações de promoção da saúde	Insuficiente motivação e interesse na comunidade para gerar ações de promoção da saúde	Distribuição de recursos de saúde inadequada e pouco equitativa	Pouco seguimento e controle das políticas de saúde	Existência de uma cultura de cidadania débil para a geração de ações de promoção da saúde	Baixa governabilidade nos diferentes níveis de poder	Descontinuidade das políticas de saúde	Ausência de reitoria no Sistema Público Nacional de Saúde	Lei de Saúde sem aprovar	Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis	Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)	Baixos salários médicos	
C7	Insuficiente motivação e interesse na comunidade para gerar ações de promoção da saúde	3	0	0	0	0	3	X	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8
C8	Distribuição de recursos de saúde inadequada e pouco equitativa	0	2	2	2	2	0	0	X	0	0	0	0	0	0	1	2	0	11
C9	Pouco seguimento e controle das políticas de saúde	0	3	3	2	3	0	0	2	X	0	1	1	0	0	1	1	0	17
C10	Existência de uma cultura de cidadania débil para a geração de ações de promoção da saúde	3	0	0	1	0	3	3	0	1	X	0	0	0	0	0	0	0	11
C11	Baixa governabilidade nos diferentes níveis de poder	0	2	1	1	1	0	2	1	3	0	X	1	0	1	1	1	0	14
C12	Descontinuidade das políticas de saúde	0	2	3	2	2	0	0	2	3	0	0	X	0	1	1	1	2	16
C13	Ausência de reitoria no Sistema Público Nacional de Saúde	0	3	3	2	3	0	0	3	3	0	2	3	X	0	2	2	2	24
C14	Lei de Saúde sem aprovar	0	3	3	2	3	0	0	3	2	0	1	2	3	X	0	1	0	23
C15	Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis	1	0	2	1	2	1	2	0	1	1	0	0	0	0	X	0	0	11

TABELA 18. MATRIZ DE IMPACTO CRUZADO E DE ASUNTOS CHAVES (MIC-MAC): BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELINA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

CAUSAS		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	SOMA ATIVA
		Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção de saúde	Orçamento da rede de estabelecimentos de saúde fragmentado, insuficiente	Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado)	Gestão imediatista e fragmentada nos serviços de saúde	Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde	Acumulação na paróquia de pouca comunicação, desconhecimento, baixa responsabilidade, negligência e intolerância em ações de promoção da saúde	Insuficiente motivação e interesse na comunidade para gerar ações de promoção da saúde	Distribuição de recursos de saúde inadequada e pouco equitativa	Pouco seguimento e controle das políticas de saúde	Existência de uma cultura de cidadania débil para a geração de ações de promoção da saúde	Baixa governabilidade nos diferentes níveis de poder	Descontinuidade das políticas de saúde	Ausência de reitoria no Sistema Público Nacional de Saúde	Lei de Saúde sem aprovar	Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis	Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)	Baixos salários médicos	
C16	Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)	0	0	2	1	2	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	X	0	9
C17	Baixos salários médicos	0	0	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	X	6
SOMA PASSIVA		10	20	31	22	20	9	14	20	20	6	5	11	4	2	10	13	5	196

FONTE: Primeira oficina com os diferentes atores sociais da paróquia Capital, município Santos Michelina, estado Aragua, abril 2007.

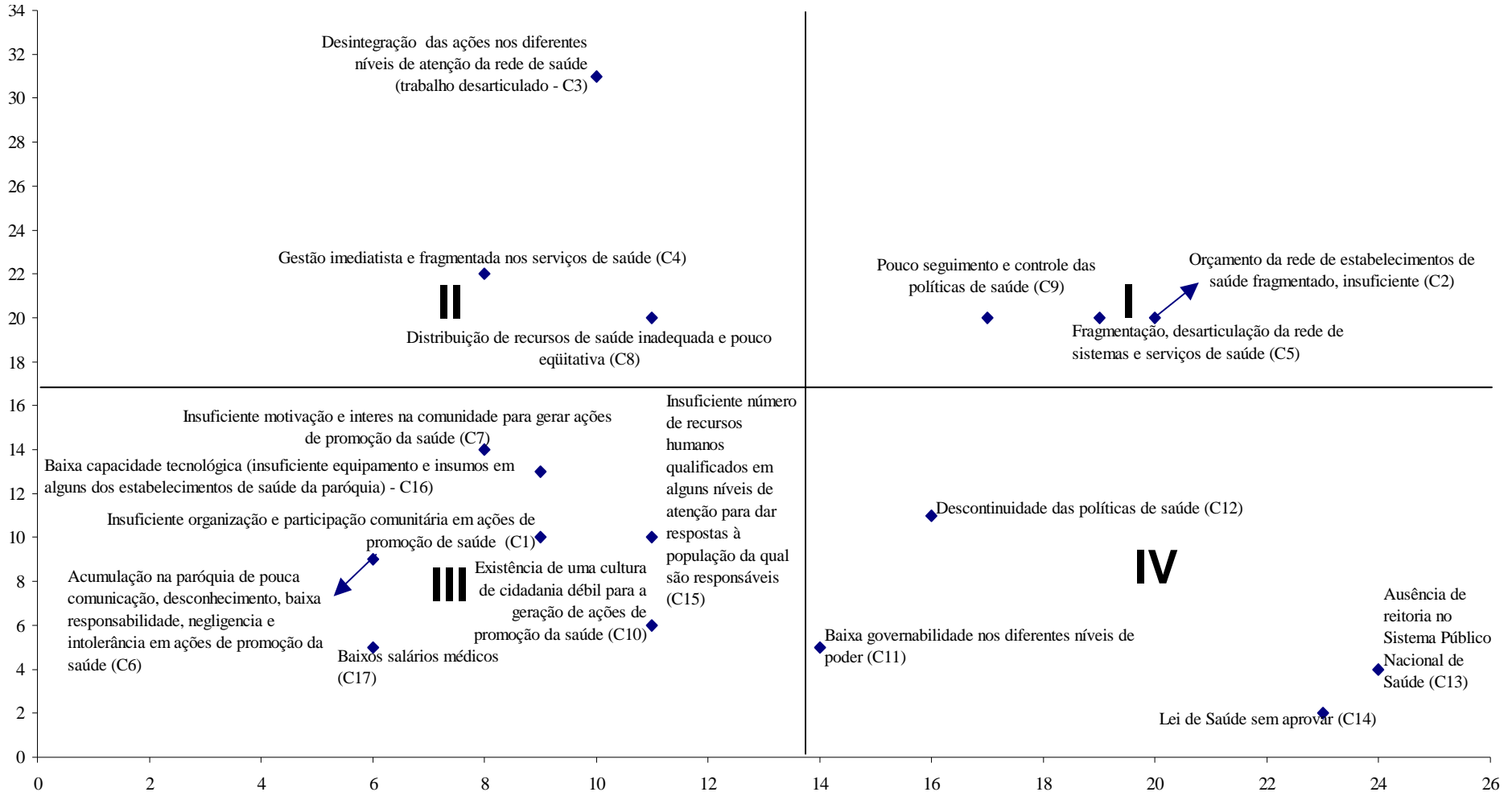
TABELA 19. SOMAS ATIVA E PASSIVA DA MATRIZ MIC-MAC, PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Causa	Nº	Soma Ativa	Soma Passiva	Nº Quadrante
Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção de saúde	1	9	10	III
Orçamento da rede de estabelecimentos de saúde fragmentado, insuficiente	2	20	20	I
Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado)	3	10	31	II
Gestão imediatista e fragmentada nos serviços de saúde	4	8	22	II
Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde	5	19	20	I
Acumulação na paróquia de pouca comunicação, desconhecimento, baixa responsabilidade, negligência e intolerância em ações de promoção da saúde	6	6	9	III
Insuficiente motivação e interes na comunidade para gerar ações de promoção da saúde	7	8	14	III
Distribuição de recursos de saúde inadequada e pouco equitativa	8	11	20	II
Pouco seguimento e controle das políticas de saúde	9	17	20	I
Existência de uma cultura de cidadania débil para a geração de ações de promoção da saúde	10	11	6	III
Baixa governabilidade nos diferentes níveis de poder	11	14	5	IV
Descontinuidade das políticas de saúde	12	16	11	IV
Ausência de reitoria no Sistema Público Nacional de Saúde	13	24	4	IV
Lei de Saúde sem aprovar	14	23	2	IV
Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis	15	11	10	III
Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)	16	9	13	III
Baixos salários médicos	17	6	5	III
Media		13	13	

FONTE: Matriz MIC-MAC do problema: Baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde, paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, abril 2007.

Nota: As causas que aparecem realçadas são as causas chaves segundo a análise do Plano Cartesiano.

GRÁFICO 5. PLANO CARTESIANO: PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007



FONTE: Matriz MIC-MAC do problema: Baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde, paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, abril 2007.

Uma vez obtido o plano cartesiano (gráfico 5) correspondente ao problema de “Baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde na paróquia Capital Santos Michelena”, as causas foram distribuídas da seguinte forma:

▪ **Quadrante I, Alta Motricidade-Alta Dependência**

Causa 2: Orçamento da rede de estabelecimentos de saúde fragmentado, insuficiente (C2);

Causa 5: Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde (C5);

Causa 9: Pouco seguimento e controle das políticas de saúde (C9).

▪ **Quadrante II, Baixa Motricidade-Alta Dependência**

Causa 3: Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado – C3);

Causa 4: Gestão imediatista e fragmentada nos serviços de saúde (C4);

Causa 8: Distribuição de recursos de saúde inadequada e pouco equitativa (C8).

▪ **Quadrante III, Baixa Motricidade-Baixa Dependência**

Causa 1: Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção de saúde (C1);

Causa 6: Acumulação na paróquia de pouca comunicação, desconhecimento, baixa responsabilidade, negligência e intolerância em ações de promoção da saúde (C6);

Causa 7: Insuficiente motivação e interesse na comunidade para gerar ações de promoção da saúde (C7);

Causa 10: Existência de uma cultura de cidadania débil para a geração de ações de promoção da saúde (C10);

Causa 15: Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis (C15);

Causa 16: Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia – C16);

Causa 17: Baixos salários médicos (C17).

- **Quadrante IV, Alta Motricidade-Baixa Dependência**, se localizam as causas chaves do problema da baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde na paróquia Capital Santos Michelena, segundo a análise do Plano Cartesiano.

Causa 11: Baixa governabilidade nos diferentes níveis de poder (C11);

Causa 12: Descontinuidade das políticas de saúde (C12);

Causa 13: Ausência de reitoria no Sistema Público Nacional de Saúde (C13);

Causa 14: Lei de Saúde sem aprovar (C14)

Além de apresentar os resultados do Plano Cartesiano para os atores-chave, na quinta oficina se fez uma análise de cada causa segundo critérios sugeridos por Matus (1996) que considerou os seguintes elementos para cada causa: (a) impacto da causa sobre o problema; (b) possibilidade de intervir essa causa; (c) oportunidade política para intervir a causa. A seguir se apresentam os resultados obtidos.

QUADRO 23. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS OU CAUSAS CHAVES, PROBLEMA BAIXA CAPACIDADE RESOLUTIVA DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Causas	Impacto (A, M, B)	Possibilidade de Intervenção (Sim / Não)	Oportunidade Política de Intervenção (Sim / Não)	Seleção da Causa (Sim / Não)
C1 Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção de saúde	M	S	S	S
C2 Orçamento da rede de estabelecimentos de saúde fragmentado, insuficiente	A	N	S	N
C3 Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado)	A	S	S	S
C4 Gestão imediatista e fragmentada nos serviços de saúde	A	N	N	N
C5 Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde	A	S	S	S
C6 Acumulação na paróquia de pouca comunicação, desconhecimento, baixa responsabilidade, negligência e intolerância em ações de promoção da saúde	M	S (a longo prazo)	S	N
C7 Insuficiente motivação e interes na comunidade para gerar ações de promoção da saúde	M	S (a longo prazo)	S	N

Causas	Impacto (A, M, B)	Possibilidade de Intervenção (Sim / Não)	Oportunidade Política de Intervenção (Sim / Não)	Seleção da Causa (Sim / Não)
C8 Distribuição de recursos de saúde inadequada e pouco equitativa	A	N	N	S
C9 Pouco seguimento e controle das políticas de saúde	A	N	N	S
C10 Existência de uma cultura de cidadania débil para a geração de ações de promoção da saúde	M	S (a longo prazo)	S	N
C11 Baixa governabilidade nos diferentes níveis de poder	A	N	N	N
C12 Descontinuidade das políticas de saúde	A	N	N	N
C13 Ausência de reitoria no Sistema Público Nacional de Saúde	A	N	N	N
C14 Lei de Saúde sem aprovar	A	N	N	N
C15 Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis	A	S	S	S
C16 Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)	A	S	S	S
C17 Baixos salários médicos	M	N	N	N

A = alto M = médio B = baixo 0 = zero S = sim N = não

Fonte: Quinta oficina com os diferentes atores-chave da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, abril 2007.

Nota: As causas que aparecem realçadas são as causas ou nós críticos selecionados para o desenho do plano.

A combinação dos critérios do Plano Cartesiano com os propostos por Matus (1996), potencializou a análise, já que as causas chaves ou nós críticos alvo de intervenção, segundo o Plano Cartesiano coincidiram com as causas sobre as quais, no nível da paróquia, os atores com poder não tinham a governabilidade para intervir. Ou seja, são causas estruturais cuja resolução depende de outros níveis de governabilidade superior ao dos atores-chave da paróquia Capital Santos Michelena. E, por outro lado, algumas não são centros práticos de ação.

Assim, os atores refletiram sobre a importância do conceito do espaço de governabilidade, centrando a discussão nas causas ou nós críticos que mesmo sendo chaves para a análise do problema, não poderiam ser enfrentados no nível da paróquia.

Por exemplo, ausência de reitoria no Sistema Público Nacional de Saúde ou Lei de Saúde sem aprovar (quadro 22). Abordou-se também, como algumas das causas poderiam ser utilizadas para construir o plano de demandas.

Para definir quais causas ou nós críticos seriam enfrentados através do plano de ação, foi gerada uma discussão importante. Segundo os atores que participaram desta oficina a construção do Plano Cartesiano permitiu olhar a inter-relação entre as causas e os critérios de Matus (1996) centrando a discussão no que era possível fazer na realidade. Neste sentido, considerando as possibilidades reais de intervenção nas causas e o impacto destas sobre o problema, foram selecionadas como causas chaves alvo de intervenção as seguintes:

- Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção de saúde (C1);
- Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado – C3);
- Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde (C5);
- Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis (C15);
- Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia –C16).

III.2.2.3 A outra face da explicação situacional: um olhar desde da equidade

Em paralelo às oficinas de trabalho, iniciou-se a visita e a aplicação do guia de observação nas 42 localidades da paróquia Capital Santos Michelena. Este reconhecimento no campo de cada espaço onde é gerada a situação de saúde dessa população, foi vital no processo de planejamento. Entre outras razões porque permitiu conhecer cada localidade, observar as principais condições de vida que as caracterizam, trocar informação com outros atores da paróquia que não participaram das oficinas de trabalho (alguns membros dos conselhos comunais, moradores), coletar informação desde a fonte primária, fazer o mapeamento das localidades, entre outras.

Da mesma forma, se analisaram os dados coletados no Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI) e os gerados pela CMMBA. Todo isto com a finalidade de ampliar a explicação situacional tentando olhar as *brechas* por inequidade que se reproduzem na paróquia, com a finalidade de serem consideradas no desenho e execução do plano de ação.

Como foi dito nos aspectos metodológicos o guia gerou uma pontuação que permitiu conformar os territórios sociais obtendo-se os seguintes resultados para cada localidade (tabela 20).

TABELA 20. LOCALIDADES SEGUNDO PONTUAÇÃO FINAL OBTIDA NO GUIA DE OBSERVAÇÃO APLICADO NA PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Nº	Localidade	Pontuação Final
1	Urbanización Mendoza	40
2	La Cañada Ruíz Pineda	55
3	La Cañada el Mamón	55
4	Centro de Las Tejerías	55
5	La Estación	60
6	Los Alpes	60
7	Los Jabillos	65
8	Castor Nieves Ríos	70
9	Guaicaipuro	70
10	Jabillal	70
11	Tierra Amarilla	75
12	Los Cachos	75
13	Los Límites	75
14	Curiepe	75
15	Las Terrazas	75
16	Tinapuey II	80
17	El Beisbol	80
18	La Cañada las Veras	85
19	Valle Alto	90
20	Tinapuey I	95
21	San Luis	100
22	La Lomitas	100
23	La Pradera	100
24	La Línea Primer Túnel	100
25	La Línea Segundo Túnel	100
26	La Línea Cuarto Túnel	100
27	Antonio José de Sucre	105
28	Santa María	105
29	Pueblo Nuevo	105
30	Araiza	105
31	Guayas	105
32	Libertador	110
33	La Línea Tercer Túnel	110
34	Boca de Cagua	110
35	Tabacal	115
36	Cañaote	115
37	Bucaral	120
38	Llano Grande	125
39	Brisas del Aragua (Constituyente)	130
40	La Arenera	130
41	Bolívar	135
42	Morocopo Bajo	140

Fonte: A partir do guia de observação aplicado na paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Destaca-se que 55% das localidades ficaram classificadas nos territórios de condições de vida ruins e muito ruins, e apenas 9% em condições de vida boas, este resultado é um

reflexo de que a seleção feita da paróquia estava próxima da realidade, ao classificar à paróquia Capital Santos Michelena como uma das 5 paróquias com mais necessidades relativas de saúde no estado Aragua. Em tal sentido, a probabilidade de encontrar nesta paróquia a maior parte da população morando em piores condições de vida era alta (tabela 21 e gráfico 6).

Os territórios sociais com condições de vida muito ruins carecem dos serviços básicos, encontram-se na periferia, afastados do centro da paróquia, são produto de invasões, alguns deles apesar de ter vários anos de fundados continuam a ter os mesmos problemas, e a crescer sem nenhum tipo de planejamento. Por exemplo, Brisas de Aragua.

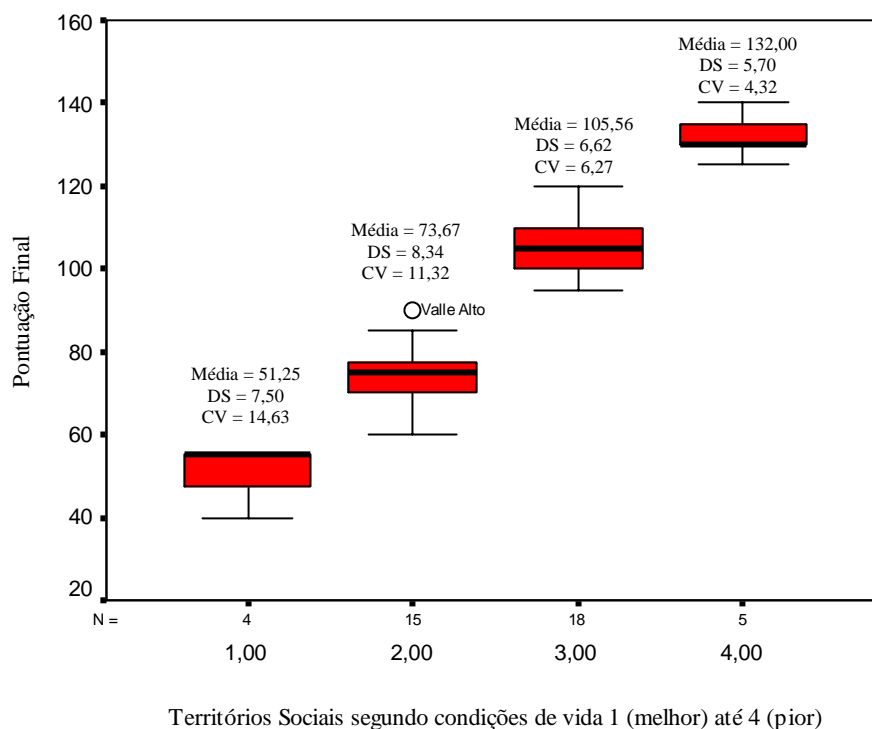
Existem localidades que mesmo tendo algumas condições similares às do grupo IV, ficaram classificadas no grupo III, por ter acesso a alguns recursos básicos. Por exemplo, San Luis, é uma localidade que por estar situada em frente de estrada Pan-americana (uma das vias principais de comunicação da paróquia) tem água nas 24 horas porque as tubulações principais passam por esse lugar, além de contar com transporte e iluminação pública. Mas o resto das condições de vida é precário.

TABELA 21. CONFORMAÇÃO DOS TERRITÓRIOS SOCIAIS SEGUNDO CONDIÇÕES DE VIDA, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Territórios Sociais (Pontuação Final por extratos)	Condições de Vida	N - (%)	Localidades
I (40-55)	Condições de vida boas	4 – (9)	Urbanización Mendoza, La Cañada Ruíz Pineda, La Cañada el Mamón e Centro de Las Tejerías.
II (60-90)	Condições de vida regulares	15 – (36)	La Estación, Los Alpes, Los Jabillos, Castor Nieves Ríos, Guaicaipuro, Jabillal, Tierra Amarilla, Los Cachos, Los Límites, Curiepe, Las Terrazas, Tinapuey II, El Beisbol, La Cañada las Veras e Valle Alto.
III (95-120)	Condições de vida ruins	18 – (43)	Tinapuey I, San Luis, La Lomitas, La Pradera, La Línea Primer Túnel, La Línea Segundo Túnel, La Línea Cuarto Túnel, Antonio José de Sucre, Santa María, Pueblo Nuevo, Araiza, Guayas, Libertador, La Línea Tercer Túnel, Boca de Cagua, Tabacal, Cañaote e Bucaral.
IV (125-140)	Condições de vida muito ruins	5 – (12)	Llano Grande, Brisas de Aragua (Constituyente), La Arenera, Bolívar e Morocopo Bajo.
Totais		42 – (100)	

Fonte: A partir do guia de observação aplicado na paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

GRÁFICO 6. TERRITÓRIOS SOCIAIS SEGUNDO CONDIÇÕES DE VIDA, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007



Fonte: A partir do guia de observação aplicado na paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

No gráfico 6, observa-se que no território social 4 a maioria das localidades estão situadas por encima da mediana e o coeficiente de variação (4,32) é menor em comparação com o resto dos territórios. Isto sugere que as *brechas* intra-extratos são menores entre as localidades com piores condições, em comparação, por exemplo, o território social 2 onde o coeficiente de variação de 11,32 indica que ao interno desse território as *brechas* intra-extrato são maiores.

De fato, é o único extrato com um valor extremo correspondente à localidade de Valle Alto com 90 pontos, valor que representa a realidade observada. Valle Alto é uma localidade que poderia estar classificada como de boas condições de vida, porém, por tratar-se de uma localidade afastada do centro das Tejerías onde a maior parte das viviendas são utilizadas para passar férias, carece de aspectos considerados no guia como, por exemplo, a participação e organização comunitária, transporte público, entre outros. Ao mesmo tempo este resultado aponta a complexidade da realidade, e a importância de fazer aproximações com diferentes instrumentos, conscientes de que estes sempre mostraram uma parte do que acontece.

Na figura 24 se apresentam as localidades segundo o território social por condições de vida que ocupam. Assim temos que as localidades em piores condições de vida são as que estão mais afastadas e situadas na periferia da paróquia. A maior parte das

localidades com regulares condições de vida também estão afastadas do centro das Tejerías. Quanto, às localidades de boas condições de vida estão situadas no centro das Tejerías o que facilita o acesso aos serviços públicos em geral (incluindo os de saúde).

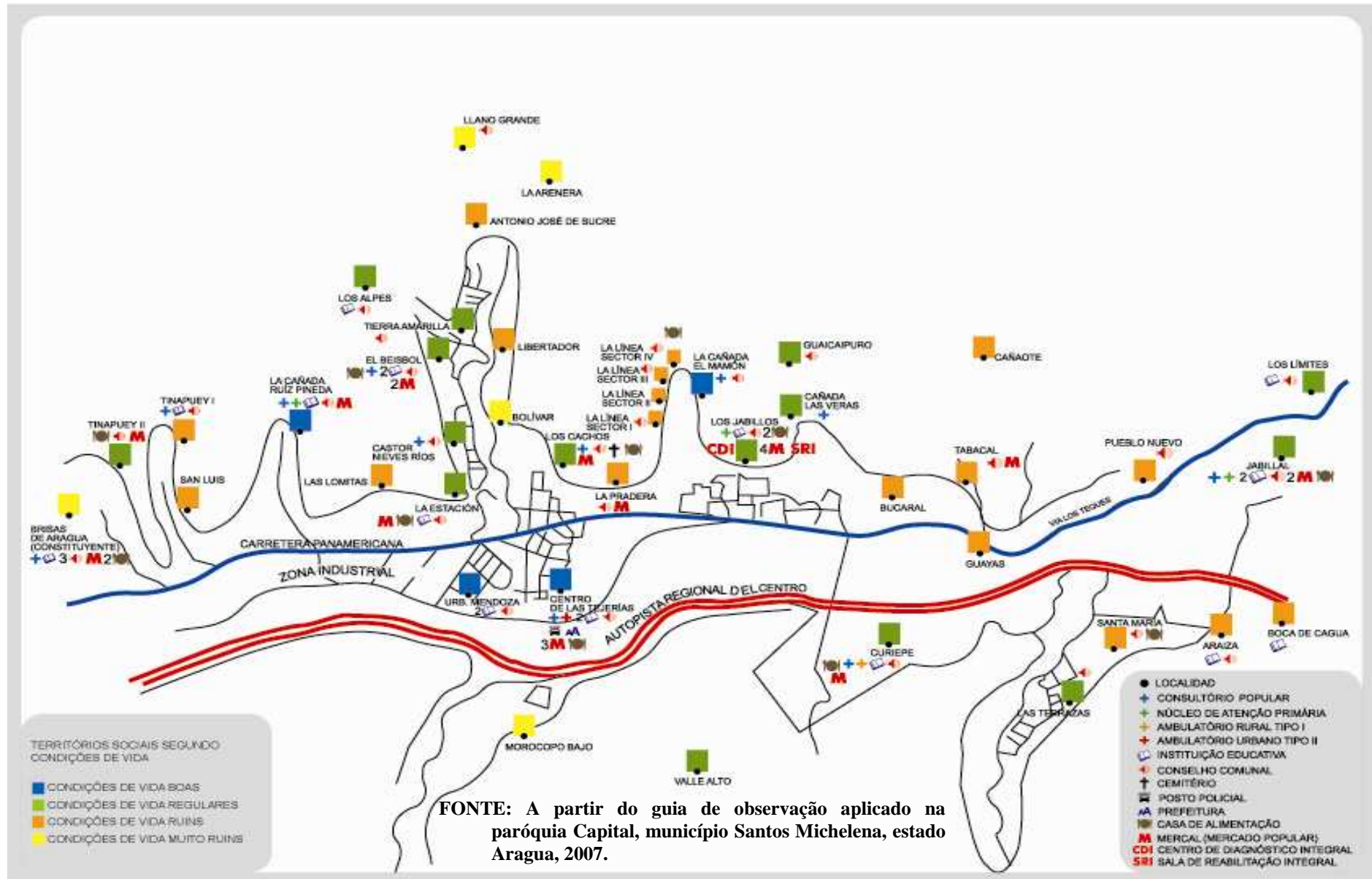
Uma vez feita a conformação dos territórios sociais, como foi dito anteriormente, assumindo as limitações e vantagens do guia de observação, a informação se discutiu com a equipe de saúde e se iniciou a análise dos dados por território social. A finalidade central foi sustentar o problema selecionado “a baixa capacidade resolutiva da rede dos serviços de saúde”, desde um olhar que reconheceria as diferenças entre os territórios. Isto permitiria priorizar ações no plano segundo as *brechas* encontradas, e não padronizar as operações de forma igualitária indistintamente das localidades. Além de aprofundar o elemento situacional.

Lembremos que a equipe de saúde em um primeiro momento não reconheceu o problema selecionado como o mais importante. Isto poderia ter provocado a sensação de se sentir avaliados, porque eles são os “responsáveis” pelo produto final desse problema, ou porque consideraram outros problemas como os geradores de doenças e acidentes, que logo teriam que ser resolvidos desde os serviços de saúde. No entanto, ao iniciar-se a análise dos dados com um olhar desde a equidade, a equipe de saúde reconheceu que o problema da baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde existia, que há 5 anos atrás era pior, mais que ainda apesar dos esforços realizados e das estratégias implementadas, constituía uma problemática na paróquia.

Quanto à distribuição dos estabelecimentos de saúde na paróquia, estes se encontram situados mais perto das localidades com melhores condições de vida, incluindo os consultórios populares que se instalaram mais recentemente no ano 2006 com a finalidade de levar o atendimento aos setores mais carentes. No início os consultórios brindaram atenção a várias localidades afastadas (pobres), depois por várias razões (entre elas a insegurança) ficaram concentrados onde já existiam estabelecimentos da DMSSM (figura 24).

Nesse sentido, acreditamos que o impacto da Missão Bairro Adentro poderia ser maior se utilizaram critérios de equidade na distribuição dos consultórios populares, além de desenvolver um trabalho integrado com a rede dos estabelecimentos de saúde que já existe. Isto permitiria fazer um uso racionado dos recursos e dar respostas oportunas a um maior número de cidadãos. Este é um exemplo da importância do olhar equitativo na implementação de políticas de saúde, que ao não ser levado em consideração se reproduzem sem querer as inequidades existentes.

FIGURA 24. DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS TERRITÓRIOS SOCIAIS SEGUNDO CONDIÇÕES DE VIDA, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007



As localidades mais afastadas do Centro das Tejerías não contam com serviços de saúde perto (Morocopo Bajo, La Arenera, Llano Grande, Cañaote, Araiza, Boca de Cagua, Santa María, Antonio José de Sucre, Valle Alto. A situação se agrava considerando que a maioria dessas localidades são de difícil acesso ou que o transporte público nelas não funciona com regularidade. As condições de vida nestas localidades variam entre muito ruins e ruins, segundo os resultados do guia de observação aplicado.

Além disso, todos os NAP e o ARII no momento da pesquisa estavam sem pessoal médico, só funcionavam com uma enfermeira, uma vez que, para os médicos, não é atrativo trabalhar naquelas zonas (Jabillos, Jabillal, La Cañada Ruíz Pineda, Curiepe e as localidades próximas). Quer dizer, essas localidades contam com a infra-estrutura em saúde para atender à população, mas não com o médico. No caso de Curiepe a situação é pior ainda porque como se observa na figura 24, essa localidade e outras (Las Terrazas, Santa María, Araiza, Boca de Cagua, Valle Alto e Morocopo Bajo) estão do outro lado da Autopista Regional do Centro, juntas somam um total de 6135 habitantes, que para ser atendidos depois das 12hrs tem que ir ao Centro das Tejerías (aproximadamente 4 km – 7km). Para os moradores é um problema grave adoecer, mais ainda se não possuem veículo próprio como na maioria dos casos.

Esta foi uma das questões discutidas durante a identificação do problema, na que uma das atoras assinalou: “en la comunidad enfermarse es un pecado, si a uno de nuestros hijos le da una fiebre a media noche es una odisea, porque no tenemos médico, y así sea más temprano a las 5 de la tarde igual no hay quien lo atienda, porque en el consultorio de Barrio Adentro atienden hasta mediodía además hacen demasiado, ya que no tienen las condiciones para atender los pacientes. La medicatura (ambulatorio) tiene las condiciones pero no hay médico, ese es un grave problema” (Informante chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 11/04/2007).

Na tabela 22 se sistematiza a distribuição do recurso humano qualificado na rede de serviços de saúde da paróquia Capital Santos Michelena, tanto da DMSSM como da CMMBA. Observa-se que até junho 2007 a população da paróquia só contava com um estabelecimento de saúde que atendia nas 24 horas, sem oferecer serviços de laboratório e raios X. Um dos representantes do conselho comunal durante uma das visitas na sua localidade, detalhou essa situação: “no solo tenemos que pasar horas esperando para ser atendidos en la emergencia del ambulatorio, sino que además no tenemos donde hacernos los exámenes, si necesitamos una placa tenemos que esperar hasta el día siguiente para ir a la Victoria, a veces los médicos no se dan abasto para atender todo lo que llega a la emergencia. Claro no se compara con lo que teníamos hace cinco años

ahora estamos mejor que antes” (Ator chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 26/04/2007).

Os moradores reconhecem que a situação tem melhorado, o Ambulatório Andrés Eloy Rodríguez, o de maior complexidade da paróquia tem tido um desenvolvimento nos últimos cinco anos, ampliando as consultas por especialidades, assim como habilitando a emergência 24 horas. Mas ainda falta caminho por percorrer para dar respostas oportunas e de maior qualidade à população.

Outro dos serviços importantes é a Sala de Reabilitação Integral, na qual além de atender pacientes da paróquia também são atendidas pessoas de vários municípios, das diferentes faixas etárias e gênero beneficiando à população mais carente com serviços que por sua especificidade tem custos muito altos no setor privado.

O CDI iniciou o funcionamento em meados de junho 2007, pelo que no momento da análise do problema ainda não tinha sido inaugurado. Obviamente, com a abertura deste estabelecimento será resolvido parte do problema da cobertura quanto aos exames de laboratório, raios X e outros. Destaca-se que apesar de atender emergências 24 horas este centro está mais voltado para os estudos de diagnóstico fundamental, pelo que continua sendo necessária uma integração com a rede de estabelecimentos de saúde da paróquia para que o CDI tenha o impacto esperado.

TABELA 22. RECURSO HUMANO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Estabelecimento	Recurso Humano				
	Cargo	Quantidade segundo orçamento	Horas	Contratados Atualmente	Frequência
DEPENDENTES DA DIREÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE					
Ambulatório Andrés Eloy Rodríguez – Urbano Tipo II. (AUII) População segundo a área de influência 23.422 habitantes. Área de Atenção Integral	Médico	1	8	1	Segunda-Sexta
	Enfermeiras Auxiliares	5	8	5	Segunda-Sexta
	Enfermeira II	1	8	1	Segunda-Sexta
	Enfermeira I	1	8	1	Segunda-Sexta
	Médico de Família	1	8	1	Cada 15 dias
	Internista	1	8	1	2 vezes por semana
	Pediatra	1	8	1	Segunda-Sexta
	Nutricionista	1	4	1	1 vez por semana
	Ginecologista	1	8	1	2 vezes por semana
	Médicos Cirurgiões	2	6	2	3 vezes por semana

Estabelecimento	Recurso Humano				
	Cargo	Quantidade segundo orçamento	Horas	Contratados Atualmente	Frequência
	Dentistas	2	4	2	
	Trabalhadores Sociais	2	8		Segunda-Sexta
Área de Emergência (24 horas) População segundo a área de influência 44.409 habitantes.	Médico	9	8	6	Todos os dias, nas 24 horas
	Enfermeiras Auxiliares (Noturno)	3	12	3	
	Enfermeiras Auxiliares (Diurno)	2	6	2	
	Enfermeira I (Diurno)	2	8		
Ambulatório de Curiepe – Rural Tipo II. (AURII) População segundo a área de influência 6.751 habitantes.	Médico	1	8	No	Segunda-Sexta
	Enfermeira	1	8	Sim	Segunda-Sexta
	Médico de Família	1	8	Sim	1 vez al mês
	Internista	1	8	Sim	1 vez al mês
	Pediatra	1	4	Sim	1 vez al mês
Núcleo de Atención Primaria (NAP) Los Jabillos. População segundo a área de influência 4.659 habitantes.	Médico	1	8	No	Segunda-Sexta
	Enfermeira	1	8	Sim	Segunda-Sexta
	Médico de Família	1	8	Sim	1 vez al mês
	Internista	1	8	Sim	1 vez al mês
	Pediatra	1	4	Sim	1 vez al mês
Núcleo de Atención Primaria Jabillal. População segundo a área de influência 2.568 habitantes.	Médico	1	8	No	Segunda-Sexta
	Enfermeira	1	8	Sim	Segunda-Sexta
	Médico de Família	1	8	Sim	1 vez al mês
	Pediatra	1	4	Sim	1 vez al mês
Núcleo de Atención Primaria Ruíz Pineda. População segundo a área de influência 3.532 habitantes.	Médico	1	8	No	Segunda-Sexta
	Enfermeira	1	8	Sim	Segunda-Sexta
	Médico de Família	1	8	Sim	1 vez al mês
	Pediatra	1	4	Sim	1 vez al mês
DEPENDENTES DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL MISSÃO BAIRRO ADENTRO					
11 Consultórios Populares (CP), a continuação se apresentam os nomes de cada estabelecimento e sua população segundo a área de influência:	Médico da Missão Cubana	11	8	11	Segunda-Sexta de 8:00 12 hrs. (Consultas) e de 13 a 16 hr. Visitas de terreno, atividades de docência e pesquisa

Estabelecimento	Recurso Humano				
	Cargo	Quantidade segundo orçamento	Horas	Contratados Atualmente	Frequência
** (1) El Béisbol 4.465 hab.; (2) Los Cachos 2.317 hab.; (3) Centro de Las Tejerías 2.194 hab.; (4) Tinapuey 1.192 hab.; (5) Castor Nieves Ríos 1.466 hab.; (6) Brisas de Aragua 899 hab.; (7) Curiepe 4.155 hab.; (8) Tabacal 1.365 hab.; (9) La Cañada el Mamón 1.469 hab.; (10) Ruíz Pineda 1.261 hab. e; (11) Jabillal 4.326 hab.					
Centro de Diagnóstico Integral (CDI). Iniciou o funcionamento a meados de junho 2007 (com 50% dos serviços ativos). Atendimento 24 horas.	Médico	2	8	2	Atendimento 24 horas (emergências)
	Analistas	3	8	3	Segunda-Sábado de 8am a 4pm
	Técnico (eletrocardiograma)	1	8	1	
	Técnico endoscopia	2	0	0	
	Técnico ultra-sonografia	1	0	0	
	Técnico raios X	1	8	1	
	Médicos para terapia intensiva	7	0	0	
Médicos para a área de observação	2	0	0		
Sala de Reabilitação Integral (SRI) População segundo a área de influência 44.409 habitantes.	Terapeuta	1	8	1	Segunda-Sexta de 8am a 4pm e sábado de 8am a 12m
	Fisioterapeutas	1	8	1	
	Técnico para termo terapia	1	8	1	
	Técnico para hidroterapia	1	8	1	
	Terapeuta (ginásio de adulto)	2	8	1	
	Terapeuta (ginásio de adulto)	2	8	1	
	Técnico para logopedia	1	8	1	
	Terapeuta ocupacional	1	8	1	

Fonte: A partir de dados tomados do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), Direção Municipal de Saúde e Coordenação Municipal da Missão Bairro Adentro, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

** Cifras segundo a população adscrita na Coordenação da Missão Bairro Adentro

Na tabela 23 é feita uma comparação de vários indicadores do recurso humano em saúde entre os anos 2004 e 2007. Para o ano 2004 as especialidades existentes eram três: medicina de família, pediatria e medicina interna. Destaca-se que os especialistas só passavam consulta no Ambulatório Andrés Eloy Rodríguez.

Já para 2007 foram incluídas como especialidades ginecologia e obstetrícia, cirurgia e nutrição. Com a diferença que o médico de família e o pediatra fazem atendimento

rotativo por todos os NAP da paróquia e o internista só atende em dois dos NAP, além de passar consulta no Ambulatório Andrés Eloy Rodríguez.

O incremento de médicos para 2007 deve-se à incorporação à rede de saúde do município de 4 médicos especialistas e 13 médicos cubanos da Missão Bairro Adentro, 11 destes últimos iniciaram as labores em junho de 2006 e os outros 2 em junho 2007. Assim, a razão de médicos por 1000 hab. aumentou em 0,42 pontos de 2004 para 2007, incluindo o pessoal segundo o orçamento da DMSSM.

No entanto, o aumento é só de 0,37 pontos, já que 80% dos estabelecimentos dependentes da DMSSM para maio 2007 estão sem médicos gerais, apesar de ter disponíveis os recursos para a contratação destes. Em tal sentido, para a população a capacidade resolutive da rede de serviços de saúde continua sendo baixa devido a que dos 18 estabelecimentos que existem dentro da paróquia só dois tem atendimento 24 horas, um deles (o CDI) como foi dito anteriormente, esta mais voltado para os estudos de diagnostico fundamentais, só com 50% dos serviços funcionando para junho 2007. O resto dos estabelecimentos atende em horários compreendidos entre 7-12hr. ou 7-3hr.

TABELA 23. INDICADORES SOBRE O RECURSO HUMANO PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Indicador	2004	2007
Número de Médicos segundo o orçamento	17 (3 Esp.)*	21 (7 Esp.)*
Número de Médicos efetivamente contratados para maio 2007	17 (3 Esp.)*	13 (7 Esp.)*
Número de Médicos Missão Bairro Adentro	0	13
Total de Médicos	17	34
Razão de médicos por 1000 habitantes	0,42	0,83-0,78**
Número de Enfermeiras	18	18
Razão de enfermeiras profissionais por cada médico	1,06	0,53-0,50**
Número de Dentistas	1	2
Razão de dentistas por 1000 habitantes	0,02	0,05
Número de Trabalhadores Sociais	1	2
Razão de trabalhadores sociais por 1000 habitantes	0,02	0,05
Número de estabelecimentos de atenção ambulatoria	5	16
Razão de leitos hospitalares	0	0

Fonte: A partir de dados tomados do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), Direção Municipal de Saúde e Coordenação Municipal da Missão Bairro Adentro, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

* Total de médicos (número de médicos especialistas).

** O primeiro valor considera o número de médicos incluídos no orçamento e o segundo valor se refere só aos médicos que estavam efetivamente contratados.

A razão de enfermeiras profissionais por cada médico diminuiu de 2004 para 2007 em 0,53 pontos. Ao considerar a quantidade de médicos que efetivamente estavam laborando em maio 2007 a diminuição é menor de 0,50 pontos.

Quanto ao pessoal de odontologia a situação é crítica, para 2007 apenas há 2 dentistas a meio tempo para atender toda a população do município (44.409 habitantes). A mesma situação acontece com os trabalhadores sociais.

A paróquia Capital assim como o município Santos Michelena não conta com leitos hospitalares. Os casos que precisem de hospitalização são referidos ao Hospital “José María Benítez” situado a 42 km do Centro das Tejerías.

Da análise efetuada se deduz que parte do problema poderia ser resolvido, com uma redistribuição dos recursos humanos na rede de serviços de saúde na paróquia, já que a razão de médicos por habitantes está próxima de 1 por 1000, mesmo não tendo pessoal médico em todos os estabelecimentos de saúde. Isto não acontece com os dentistas onde a razão por 1000 habitantes esta mais próxima de 0.

Uma questão fundamental a estudar é como fazer para ampliar os horários de atendimento, já que a maior parte dos médicos trabalha em um horário restrito para a população. Assim mesmo, a emergência tem que ser revista, tentando habilitar outros centros com um atendimento nas 24 horas. Isto é possível porque existem estabelecimentos com infra-estrutura que pode ser acondicionada com investimento menor. O estudo das possíveis melhoras salariais para contratar os médicos que não se tem nos NAP é uma tarefa a desenvolver no plano de ação.

Outro elemento fundamental, é que as várias causas discutidas no fluxograma situacional aparecem quando são analisados os recursos humanos e os serviços de saúde, entre elas: fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde, distribuição de recursos de saúde inadequada e pouco equitativa, insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis, baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia).

A última causa mencionada foi assinalada no guia de observação pelos moradores ao se referir a alguns consultórios populares que não contam com a infra-estrutura básica para oferecer um atendimento de qualidade. Além de estar relacionada com a falta de equipamento para resolver problemas de complexidade maior, mas, que não precisam ser solucionados no Hospital, ou seja, que se o estabelecimento de saúde contara com o equipamento necessário e o recurso humano especializado, os serviços de saúde da paróquia poderiam dar uma resposta oportuna à comunidade, por exemplo, equipamento

para raios X ou endoscopia. É claro, que a integração das ações de saúde na rede é fundamental para obter esses resultados, quer dizer, o equipamento e o recurso humano sendo utilizados de forma fragmentada, não resolveriam o problema.

Durante a aplicação do guia de observação nas 42 localidades as principais queixas quanto aos NAP foram: não há médico e o horário é restringido. Sobre os consultórios populares referiram: a escassez de recursos e o horário de atenção restringido. Reconhecendo em ambos os casos a boa atenção e o acesso a medicamentos básicos, este último em algumas localidades foi destacado como problema.

Quanto ao Ambulatório Andrés Eloy Rodríguez assinalaram que o estabelecimento tem tido melhoras na infra-estrutura e qualidade do atendimento, no entanto os moradores falaram que: o tempo de espera na emergência é muito demorado; é necessário ter mais médicos e equipamento de laboratório e raios X nas 24 horas; a consulta da emergência não é de qualidade; o ambulatório esta “colapsado” porque neste se tem que atender toda a população do município, além dos acidentados da autopista; as longas filas para pegar um número e ter acesso às consultas das especialidade.

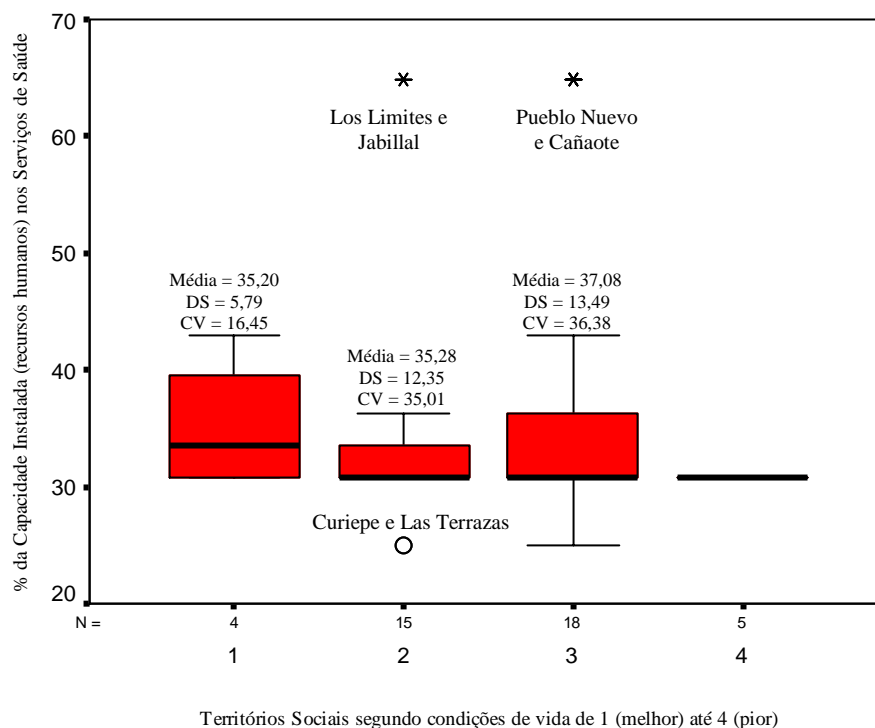
Ao avaliar a capacidade resolutive dos serviços de saúde em apenas 10% (4) das localidades os informantes chaves consideraram que os serviços de saúde sim tem capacidade resolutive, porém, para o resto (90% - 42) os serviços de saúde não tem capacidade resolutive. Algumas respostas são o reflexo das análises feitas até agora: “el consultorio popular no tiene las condiciones; hace falta en Curiepe un médico las 24 horas; hasta ahora no tenemos donde hacernos los exámenes; Tejerías creció mucho los últimos años y los servicios de salud no; en el consultorio popular o en el NAP no te resuelven entonces tienes que ir al Ambulatorio o al Hospital; hace falta un ambulatorio mas cerca de nosotros” (Informantes chaves da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 18, 23, 25, 26 e 27/04/2007).

É interessante olhar como os dados analisados são o reflexo das falas dos moradores ou vice-versa. A importância de conhecer a realidade onde se reproduz a situação de saúde é fundamental, talvez se a análise dos dados fosse feita sem ter um conhecimento prévio da realidade e sem contar com as falas dos informantes chaves, apenas seria o que Matus (1996) chama de um bom diagnostico.

Uma forma de nos aproximarmos da medição da capacidade instalada de recursos humanos por cada estabelecimento de saúde, foi através dos registros da Coordenação de Atenção Integral da DMSSM. Esta informação está restrita aos serviços de saúde dependentes do MPPS, especificamente da DMSSM. Mesmo não contando com a informação de todos os prestadores de serviços de saúde, a informação analisada foi útil

para comparar o percentual da capacidade instalada de recursos humanos nos serviços de saúde da DMSSM por território social (gráfico 7).

GRÁFICO 7. PERCENTUAL DA CAPACIDADE INSTALADA DE RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007



F 1,3 (Snedecor) = 0,371 p = 0,774
TLF = 0,222 p = 0,640

Fonte: A partir do guia de observação aplicado na paróquia Capital e do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Nota: Para esta análise só se consideraram os estabelecimentos dependentes da DMSSM.

Como a capacidade instalada de recursos humanos nos serviços de saúde é medida por estabelecimentos, cada localidade tem o percentual do estabelecimento ao qual estava adscrita. Assim, o primeiro resultado encontrado é de que essa capacidade nos estabelecimentos de saúde das localidades oscila entre 25 e 65%. Os estabelecimentos situados nas localidades com condições de vida muito ruins (do território social 4) têm uma capacidade instalada de recursos humanos baixa alcançando apenas um 31%.

Nos territórios sociais 2 e 3, o coeficiente de variação de 35,01 e 36,38 respectivamente sugere a existência de brechas intra-extrato, nestes territórios há valores *outliers*⁴² correspondentes às localidades: Los Limites, Jabillal, Pueblo Nuevo e Cañaote, todas estão sob a área de influência do NAP de Jabillal que é o estabelecimento de saúde com a maior capacidade instalada de recursos humanos para dar respostas à população que deve atender.

⁴² Os valores *outliers* são valores que estão fora dos parâmetros, são valores atípicos e aparecem no gráfico com o seguinte símbolo *.

No entanto, no momento da pesquisa esse NAP estava sem médico. Ou seja, sua capacidade instalada de recursos humanos era a maior na paróquia, existindo o orçamento para a contratação do pessoal médico, mas, pelos problemas assinalados acima o NAP estava sem esse recurso, pelo que essa capacidade se vê diminuída.

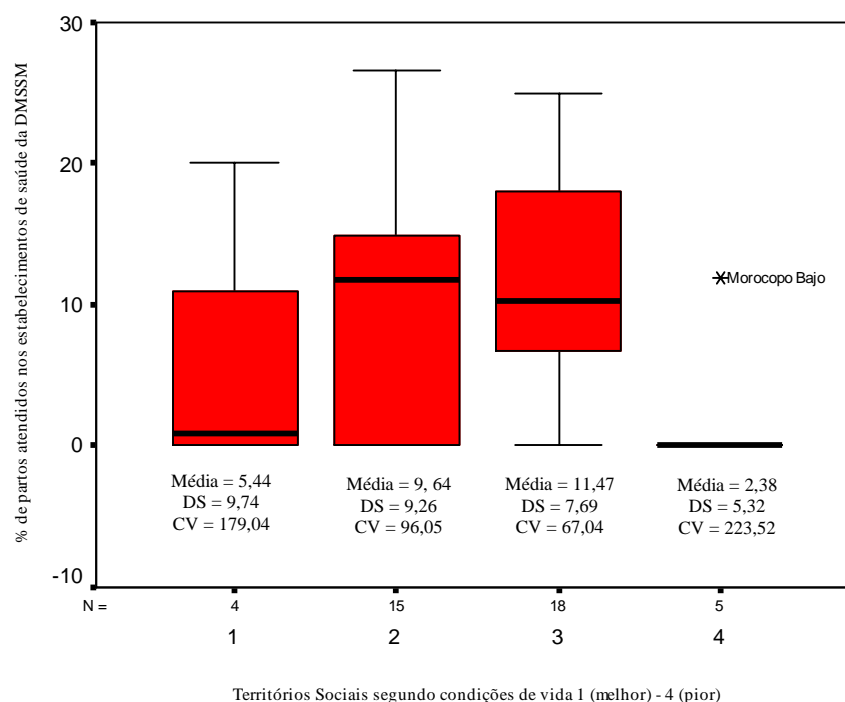
A F de Snedecor para a comparação das médias do percentual da capacidade resolutiveira entre as localidades dos diferentes territórios sociais não é estatisticamente significativa, quer dizer, não há diferenças reais quanto à cobertura media nos extratos, o que sugere que o problema se encontra distribuído de forma parecida em todas as localidades da paróquia, indiferentemente do território social. A mesma situação acontece com a tendência linear (TLF ou tendência linear, F de Snedecor).

No território social 2 estão as localidades com as coberturas mais baixas Curiepe e as Terrazas (25%). Destaca-se que quase todas as localidades têm uma cobertura inferior a 40%. Situação similar se dá no território social 1, onde as localidades oscilam entre 31 e 43% de cobertura. Em outras palavras, a capacidade resolutiveira é baixa na maioria dos territórios sociais da paróquia Capital Santos Michelena, afetando mais à população dos extratos 3 e 4 dadas suas condições de vida.

Os atores-chave manifestaram na primeira oficina o problema da falta de médicos para atender as emergências depois das 12 hr. Em Curiepe e nas outras localidades próximas, por exemplo, se chover os moradores em muitas ocasiones quedam isolados, sem comunicação, e muitas das vezes sem poder chegar ao centro das Tejerías. Só contam com uma médica cubana que tem um horário de atendimento limitado; vários dos atores assinalaram que o ARII de Curiepe poderia aproveitar-se com a médica cubana, para que esta desse consulta em um espaço com melhores condições e por sua vez atendesse às emergências. No entanto, ainda não foi possível implementar essa alternativa.

Outra questão apontada pelos atores foi o estado de incerteza que vive uma mulher grávida quando está perto da data do parto. Na análise da natalidade apresentada no ponto III.2.1.6 na tabela 12, se observa que o percentual de partos atendidos no triênio 2004-2006 foi de apenas 12% do total de nascimentos (1787). E apesar de que quase 90% das mulheres cumpriram com o acompanhamento pré-natal, mesmo tendo um parto normal o mais provável é que foram atendidas no Hospital “José María Benítez” situado a uns 42 km do centro das Tejerías. Neste sentido, já tendo claro que existia uma baixa cobertura na atenção do parto, se revisou a distribuição dos partos atendidos na paróquia (12% - 207) segundo territórios sociais (gráfico 8), com a finalidade de saber se as mulheres dos extratos mais carentes eram as mais atendidas nos estabelecimentos de saúde da paróquia.

GRÁFICO 8. PERCENTUAL DE PARTOS ATENDIDOS NOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS DA DIREÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007



F 1,3 (Snedecor) = 1,873 p = 0,151

TLF = 0,189 p = 0,666

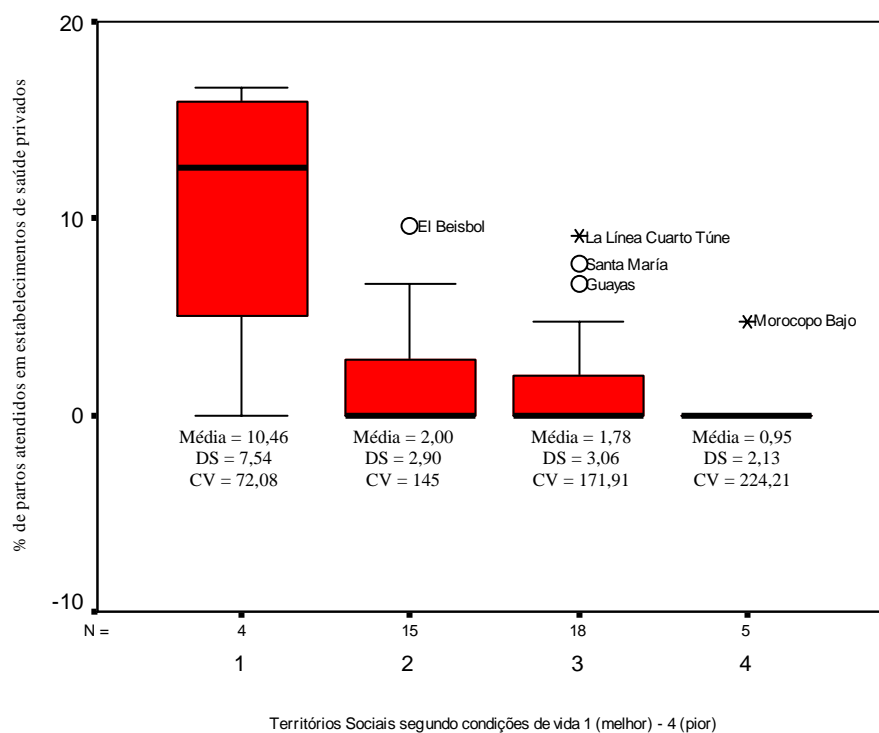
Fonte: A partir do guia de observação aplicado na paróquia Capital e do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

A maior *brecha* intra-extrato se encontra no território social 4, com um coeficiente de variação de 223,52 e um valor *outlier* da localidade de Morocopo Bajo sendo a única deste território que teve partos atendidos na paróquia. Ou seja, do baixo percentual de partos atendidos na paróquia, as mulheres dos territórios que estão em piores condições de vida, são as menos atendidas. E no caso de Morocopo Bajo geralmente as mulheres por serem de baixos recursos chegam já na hora do parto ao AUII, de forma tal que não de tempo de serem referidas. Nos território social 1 existem localidades (La Cañada el Mamón e Urbanización Mendoza) sem partos atendidos na paróquia, assim como 9 localidades do território social 2.

Neste caso também a F de Snedecor para a comparação das médias do percentual de partos atendidos na paróquia, entre as localidades dos diferentes territórios sociais não é estatisticamente significativa, o que sugere que o problema se encontra em todas as localidades da paróquia. A mesma situação acontece com a tendência linear.

Em contraposição se avaliaram os partos atendidos em estabelecimentos privados para conhecer se as localidades da paróquia com melhores condições de vida tenham mais acesso a estes estabelecimentos do que as localidades com piores condições (gráfico 9).

GRÁFICO 9. PERCENTUAL DE PARTOS ATENDIDOS EM ESTABELECIMENTOS PRIVADOS SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007



F 1,3 (Snedecor) = 7,577 p = 0,000

TLF = 16,176 p = 0,000

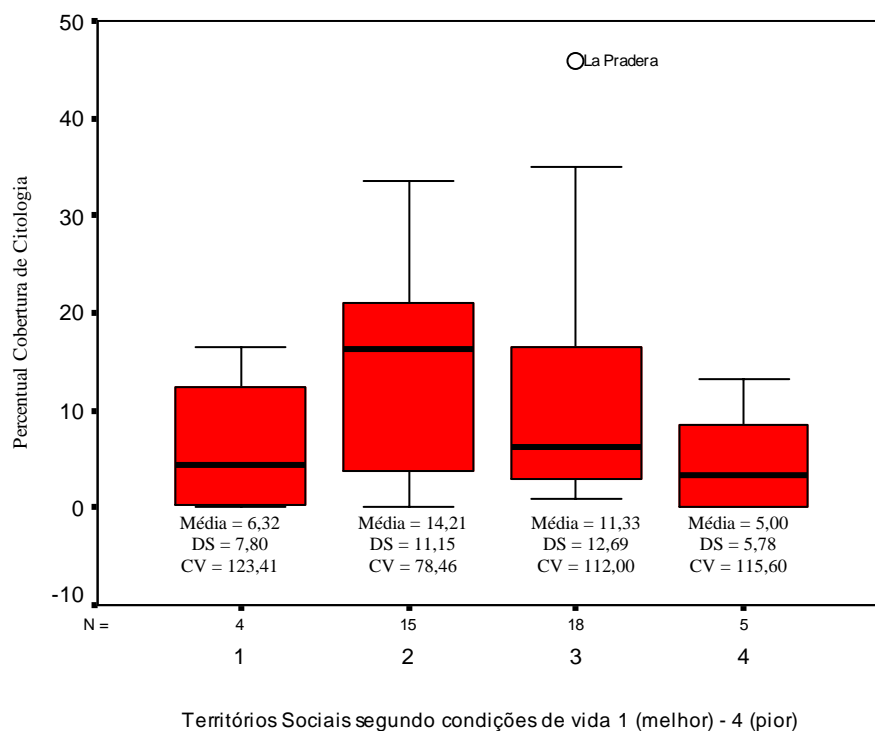
Fonte: A partir do guia de observação aplicado na paróquia Capital e do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Destaca-se que na medida em que os territórios sociais são de piores condições de vida o atendimento do parto no setor privado diminui. Mesmo sendo baixo o percentual de partos atendidos no setor privado (5%), as localidades situadas no território social 1 são as que têm mais acesso a estes estabelecimentos. A F de Snedecor e a tendência linear para a comparação das médias do percentual de partos atendidos em estabelecimentos privados, entre as localidades dos diferentes territórios sociais é estatisticamente significativa, ou seja, na medida em que se aproxima dos territórios em piores condições de vida o número de partos atendidos em estabelecimentos privados vai diminuindo.

Como foi dito anteriormente para o triênio 2004-2006 a maioria dos partos (83% - 1478) foram atendidos em outros estabelecimentos públicos de saúde, principalmente o Hospital “José María Benítez”. A rede pública está dando a resposta, porém, pelo menos 50% dos partos são de baixo risco e poderiam ser atendidos na paróquia, mais perto do lugar onde moram as mulheres, as quais têm que passar por muitas “calamidades” para chegar ao estabelecimento onde finalmente serão atendidas. Além disso, se descongestionaria o Hospital que várias ocasiões fica abarrotado atendendo problemas que podem ser resolvidos em outros níveis da rede de saúde.

Outro indicador importante foi o percentual da cobertura por citologia na paróquia para o triênio 2004-2006. A primeira questão observada é que a cobertura não alcança o 50% do esperado sendo La Pradera a localidade que chegou a ter a maior cobertura da paróquia (46%). As maiores *brechas* intra-extratos se encontram nos territórios sociais 1 e 4 com um coeficiente de variação de 123,41 e 115,60 respectivamente (gráfico 10).

GRÁFICO 10. PERCENTUAL DE COBERTURA DE CITOLOGIA SEGUNDO TERRITÓRIOS SOCIAIS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007



F 1,3 (Snedecor) = 1,119 p = 0,353
TLF = 0,089 p = 0,767

Fonte: A partir do guia de observação aplicado na paróquia Capital e do Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

No território social 4 é onde se encontram as menores coberturas entre 0 e 13%. É provável que para o período estudado os resultados de algumas mulheres das localidades que aparecem sem citologias foram lançados em outras localidades, porque a unidade geográfica não havia sido criada no sistema de informação em saúde. Por exemplo, os resultados das mulheres de Brisas de Aragua, foram lançados na localidade Centro das Tejerías. Mesmo assim a cobertura em geral de citologias é muito baixa afetando os extratos mais carentes. No caso das mulheres do território 1 é provável que a baixa cobertura se deva a que elas utilizam os serviços privados, tal como ocorre com os partos.

Quanto ao comportamento da mortalidade, se encontrou que existiam 12 localidades sem mortes no período 2004-2006, isto segundo a equipe de saúde se deve a que ainda várias localidades não estavam incorporadas no sistema de informação e foram carregadas em outras. Assumindo esse problema efetuou-se o cálculo da Razão Padronizada de Mortalidade (RPM - Bergonzoli, 2006), por ser um instrumento útil para orientar a decisão em situações como esta, em que o tamanho dos numeradores ou denominadores são muito pequenos e não se podem calcular os indicadores tradicionais. A RPM permitiu estimar a probabilidade do excesso de mortes nas localidades em comparação com a localidade Antonio José de Sucre que teve uma morte neste triênio.

Na tabela 24 apresentam-se os resultados para cada localidade, observando-se que em 12 delas existe um excesso de risco de mortalidade, ou seja, que é estatisticamente significativo em comparação com “Antonio José de Sucre”. Estas localidades foram: Jabillal, La Lomitas, Los Cachos, La Arenera, Santa María, Curiepe, Tinapuey I, La Cañada Ruíz Pineda, Cañaote, Los Jabillos, El Béisbol e Centro de Las Tejerías. Isto indica que nessas localidades deve praticar-se uma intervenção que envolva a pesquisa de fatores determinantes da qualidade de vida e saúde com a finalidade de aplicar medidas dirigidas à diminuição da taxa de mortalidade geral.

Contudo, deve fazer-se uma revisão aprofundada dos dados da mortalidade geral para garantir sua qualidade (que contemple a distribuição das mortes nas diferentes localidades). A análise realizada permitiu evidenciar as debilidades e demonstrar para a equipe de saúde a importância desta informação para o processo de planejamento e para a tomada de decisões.

TABELA 24. RAZÃO PADRONIZADA DE MORTALIDADE GERAL NAS LOCALIDADES DA PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRIÊNIO 2004-2007

Nº	Localidade	Razão Padronizada de Mortalidade	Intervalo de Confiança	Valor de Z	Valor de p
1	La Cañada el Mamón	0,9038	0,8596 - 0,9481	-0,1466	0,8834
2	Llano Grande	0,8011	0,7226 – 0,8796	-0,2345	0,8146
3	Tinapuey II	0,9373	0,9315 – 0,9430	-0,2634	0,7922
4	Guayas	1,1205	1,1022 – 1,1388	0,2710	0,7864
5	Boca de Cagua	1,2314	1,2013 – 1,2616	0,3954	0,6925
6	La Línea Primer Túnel	0,7981	0,7720 – 0,8242	-0,4135	0,6793
7	La Estación	0,8360	0,8223 – 0,8496	-0,4591	0,6461
8	Castor Nieves Ríos	1,3623	1,3289 – 1,3957	0,5729	0,5667
9	Pueblo Nuevo	2,2031	2,0952 – 2,3111	0,9229	0,3561

N°	Localidade	Razão Padronizada de Mortalidade	Intervalo de Confiança	Valor de Z	Valor de p
10	Tierra Amarilla	1,9227	1,8599 – 1,9855	0,9659	0,3341
11	Tabacal	1,7625	1,7193 – 1,8057	0,9870	0,3236
12	Morocopo Bajo	2,2865	2,2118 – 2,3612	1,1732	0,2407
13	Araiza	0,4692	0,4462 – 0,4922	-1,3007	0,1934
14	Los Límites	1,7301	1,7089 – 1,7513	1,3561	0,1751
15	Bucaral	2,4522	2,3921 – 2,5123	1,4456	0,1483
16	La Cañada las Veras	0,2956	0,2666 – 0,3246	-1,6786	0,0932
17	La Pradera	2,9841	2,9110 – 3,0572	1,6845	0,0921
18	Jabillal	1,8703	1,8601 – 1,8805	2,2807	0,0226*
19	La Lomitas	2,4780	2,4537 – 2,5023	2,3069	0,0211*
20	Los Cachos	1,6616	1,6558 – 1,6674	2,3730	0,0176*
21	La Arenera	0,1655	0,1493 – 0,1817	-2,9163	0,0035*
22	Santa María	4,3053	4,2526 – 4,3581	2,9306	0,0034*
23	Curiepe	1,6983	1,6944 – 1,7022	3,0512	0,0023*
24	Tinapuey I	0,3526	0,3469 – 0,3584	-3,3507	0,0008*
25	La Cañada Ruíz Pineda	0,3512	0,3469 – 0,3555	-3,8889	0,0001*
26	Cañaote	9,1775	9,0958 – 9,2593	4,4437	0,0000*
27	Los Jabillos	2,1919	2,1876 – 2,1963	4,5439	0,0000*
28	El Beisbol	3,0825	3,0776 – 3,0874	6,7784	0,0000*
29	Centro de Las Tejerías	5,6149	5,6108 – 5,6190	13,3813	0,0000*

Fonte: Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (SISMAI), município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Nota: Tomou-se como modelo a localidade “Antonio José de Sucre” que teve 1 morte no triênio 2004-2006.

* Significativo ao nível de 5%.

Os resultados da RPM sugerem o assinalado acima, uma avaliação dos dados da mortalidade na paróquia, já que é provável que a mortalidade das localidades de maior porte (Centro de Las Tejerías, Curiepe, Los Jabillos) esteja sendo afetada por problemas na carga dos dados ao sistema, entre os quais destacam: (a) o dado do nome da localidade de residência do falecido não se está preenchendo adequadamente; (b) a pessoa que carrega as mortes no sistema de informação ao não encontrar a localidade no sistema, adiciona a morte à localidade mais próxima; (c) as localidades foram adicionadas ao sistema de informação gradativamente durante o período estudado.

Este ponto foi útil para discutir com a equipe de saúde a importância dos dados que se coletam desde o nível local, e evidenciou que não estavam sendo usados para priorizar intervenções. Situação que acontece em menor escala com os dados a nível de paróquia

ou município onde existe uma maior supervisão por parte das autoridades de Corposalud Aragua. Embora, para essa instituição esta informação foi de vital relevância, sugerindo um maior acompanhamento e avaliação da qualidade e uso dos dados que se carregam no sistema de informação em saúde no nível local.

Em todos os casos apresentados, mesmo não existindo significância estatística com os métodos utilizados, é importante considerar as iniquidades existentes através da discussão situacional no contexto da paróquia Capital Santos Michelena, sem esquecer que “las pruebas de significancia estadística permiten evaluar el efecto del azar sobre las variables en estudio, pero nunca decidir sobre las relaciones de causa efecto. Para ello se deben utilizar, además, otros criterios” (Bergonzoli, 2006:59).

Por outro lado, através do guia consultou-se aos informantes chaves sobre os problemas prioritários da localidade para compará-los com os discutidos na primeira oficina de trabalho e ampliar o arquivo de problemas da paróquia. Os principais problemas mencionados além da baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde foram: insegurança; falhas no abastecimento de água; estradas em péssimo estado; problemas com esgoto e rede de águas; vivendas em alto risco; falhas na iluminação pública (poucas lâmpadas nas ruas); falhas no serviço de coleta de lixo; escolas em áreas de alto risco ou sem infra-estrutura adequada; falhas no transporte público; riachos contaminados, entre outros. Destaca-se que as variáveis coletadas no guia estavam relacionadas com os principais problemas mencionados pelos informantes chaves.

O problema da falha de água nas diferentes falas dos informantes chaves foi salientado, porque 81% das localidades apresentam esse tipo de problemas. Na tabela 25 se mostra a frequência com que recebem o serviço de água as localidades afetadas, em sua maioria dos territórios sociais 2, 3 e 4. Outra pergunta feita aos informantes chaves foi sobre os principais motivos de consulta da população da localidade nos serviços de saúde, entre os quais referiram: Asmas, bronquites e outras doenças respiratórias; diarreias; febres; gripe; hipertensão; alergias e outras doenças da pele.

TABELA 25. FREQUÊNCIA DO SERVIÇO DE ÁGUA NAS LOCALIDADES AFETADAS POR FALHAS NO ABASTECIMENTO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

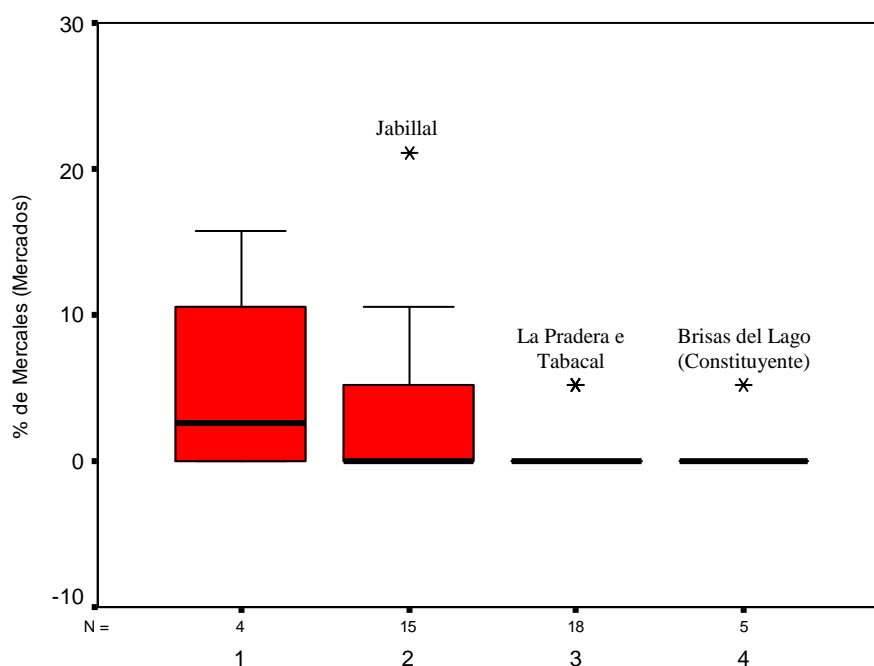
Frequência do serviço	n	%
3 vezes por semana	11	31
Dos vezes por semana	8	23
Cada dos días	10	29
Cada 15 a 20 días	5	14
Cada 8 días	1	3
Total	35	100,0

Fonte: A partir do guia de observação aplicado na paróquia Capital

Quanto à participação comunitária, 83% dos informantes chaves avaliaram a participação como regular ou ruim; 12% como boa e apenas 5% como excelente. Entre os motivos dessas respostas destacam: “apatia, trabajan pocos, la gente no asume; poca comunicaci3n; no asisten a las reuniones; desmotivaci3n por no lograr nada; falta de uni3n; corrupci3n y chismes; no trabajan los representantes de todas las mesas” (Informantes chaves da par3quia Capital Santos Michelena, di3rio de campo 18, 23, 25, 26 e 27/04/2007). Essa informa3n3o faz refer3ncia à forma como se concebe a participa3n3o na par3quia, sendo este um ponto da dimens3o de consci3ncia e conduta apontada por Castellanos (1992, 1995).

Outro aspecto analisado foi a distribu3n3o na par3quia dos Mercales (mercados), por ser uma das Miss3es do governo nacional voltada a garantir o acesso aos alimentos especialmente da popula3n3o de escassos recursos, embora n3o esteja diretamente relacionado com o problema selecionado. Para isto, se comparou a distribu3n3o dos Mercales nos diferentes territ3rios sociais obtendo-se que 84% (16) est3o situados nas localidades dos territ3rios sociais 1 e 2. Os territ3rios sociais com condi3es de vida ruins e muito ruins, s3o t3m 16% (3) dos mercados (gr3fico 11). Esta an3lise sugere uma revis3o dos crit3rios utilizados para a distribu3n3o dos mercados, j3 que segundo a pol3tica, estes deveriam estar mais perto daquelas popula3es menos favorecidas.

GR3FICO 11. PERCENTUAL DE MERCALES (MERCADOS POPULARES) SEGUNDO TERRIT3RIOS SOCIAIS, PAR3QUIA CAPITAL, MUNIC3PIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, TRI3NIO 2004-2007



Territ3rios Sociais segundo condi3es de vida 1 (melhor) - 4 (pior)

Fonte: A partir do guia de observa3n3o aplicado na par3quia Capital e do Sistema de Informa3n3o do Modelo de Aten3n3o Integral (SISMAI), munic3pio Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Da mesma forma 84% (16) das casas de alimentação⁴³ da paróquia se encontram situadas nos territórios sociais 1 e 2, e 16% (3) nos territórios sociais 3 e 4, ou seja, os de piores condições de vida.

A análise da informação quantitativa e qualitativa permitiu ampliar a explicação situacional incorporando a opinião de outros atores da paróquia (os informantes chaves), além de considerar os dados que se coletam no setor saúde. Assim se evidenciou que a baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde na paróquia Santos Michelena é um problema que afeta à população, sobretudo às menos favorecidas.

Também se observou como as localidades que ficaram classificadas em condições de vida muito ruins estão situadas na periferia da paróquia com menos acesso aos serviços de saúde. Essas localidades e as de condições de vida ruins são as mais afetadas ao avaliar o comportamento de alguns indicadores de cobertura (citologias, partos, entre outros).

Outra questão fundamental é que na redistribuição do recurso humano necessariamente tem que ser incorporados critérios de equidade, de forma tal que não se reproduzam as *brechas* existentes.

Com toda a informação analisada se iniciou o desenho do plano de ação, considerando como prioridade a atenção das localidades que ficaram classificadas nos territórios sociais com piores condições de vida. Quer dizer, como os recursos para a saúde são escassos o olhar da equidade permite na racionalização destes priorizar aquelas populações menos favorecidas, mais ainda na paróquia Capital Santos Michelena que como foi discutido a maior parte das localidades têm condições de vida ruins e muito ruins, segundo a classificação obtida do guia de observação aplicado.

⁴³ Como foi dito no ponto III.2.1.3 o programa social casas de alimentação está destinado a garantir o acesso a uma alimentação balanceada para pessoas que estão em pobreza extrema).

III.2.3 O Momento Normativo: desenho do plano de ação

III.2.3.1 O processo do desenho do plano de ação

Neste momento se desenharam os objetivos, as operações e ações do plano de ação, para enfrentar as causas chaves, estabelecendo os produtos e resultados do plano a partir dos descritores do problema, além de determinar os responsáveis, recursos críticos e tempo de realização.

Para iniciar o desenho das operações do plano de ação, se efetuaram quatro oficinas de trabalho com parte da equipe gerencial de Corposalud Aragua (não participando todos necessariamente em cada uma das reuniões):

- Diretor Geral de Epidemiologia e Atenção Integral em Saúde (Corposalud Aragua);
- Diretor Municipal de Saúde do Município Santos Michelena;
- Coordenadora Regional de Oncologia e dos Sistemas de Informação (Corposalud Aragua).

Estes atores além de estar vinculados diretamente com a problemática priorizada, possuem os conhecimentos técnicos para aportar soluções e serão os responsáveis pelo desenvolvimento do plano na paróquia. Embora o Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro não participasse diretamente no desenho do plano de ação, se lhe fizeram consultas pontuais sobre algumas das operações do plano.

Assim mesmo, dadas as limitações de tempo fizeram-se várias discussões via internet para ajustar e avaliar os avanços no desenho do plano de ação. Da sétima e oitava oficina foi gerado um primeiro documento com as linhas gerais do plano e a análises dos diferentes cenários.

Os outros atores que participaram no momento explicativo (representantes de: conselhos comunais, comitês de saúde e do setor educativo), desde o início reconheceram que apesar terem conhecimento sobre os problemas não se sentiam competentes para fazer aportes no desenho mesmo do plano. Nas palavras de um dos atores: “nosotros podemos ayudar a describir todo lo que pasamos cuando nos enfermamos y no encontramos respuestas en el ambulatorio, pero no sabemos como se resuelve eso, creo que los doctores, la gente de Corposalud y usted pueden ayudarnos” (Ator chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 17/05/2007).

Ao mesmo tempo, esses atores solicitaram que lhes apresentassem os avanços, queriam na medida do possível vincular-se ao processo de construção do plano de ação; “si es posible nosotros queremos saber como es que hicieron el plan, cuales son las partes, entender un poco de eso, aunque no tengamos mucho que opinar” (Ator chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 17/05/2007).

Assim, optou-se por apresentar na nona oficina uma versão preliminar das linhas gerais do plano de ação, onde se aproveitou para descrever o que seria o funcionamento ideal da rede dos serviços de saúde. Desta discussão surgiram novamente questões relacionadas com o problema analisado, tais como: a desintegração das ações de saúde e a fragmentação do sistema; a não resolução dos problemas de saúde, assim o paciente fora atendido pelos diversos prestadores dos serviços, entre outros. Um ator assinalou: “para asegurarme bien yo voy donde atienden los médicos cubanos, a la medicatura (ambulatorio) y hasta la Victoria, pero a veces ni consigo que me resuelvan el problema, cada uno dice una cosa diferente, eso sí me atienden bien y me dan las medicinas” (Ator chave da paróquia Capital Santos Michelena, diário de campo 17/05/2007).

Posteriormente, na décima oficina e nas discussões via internet com a equipe que participou da construção do plano se desenharam as operações para enfrentar os nós críticos (OP) e as operações táticas para a construção de viabilidade do plano (OK), ações e sub-ações. Cabe destacar que o processo de construção do plano de ação se iniciou com a discussão sobre os cenários, tomando como referência a proposta de Artmann (1993).

A autora sugere caracterizar de maneira mais completa um único cenário (o cenário intermediário) a partir da seleção de variáveis simples e a combinação destas. Neste trabalho foram utilizadas nove variáveis para imaginar os possíveis cenários, considerando a situação-objetivo. Da mesma forma, se utilizou um conceito de cenário mais flexível, dada a necessidade manifestada pelos atores que desenharam o plano de ação, de incluir a motivação dos atores na configuração dos diferentes cenários. Portanto os cenários ficaram um pouco misturados com a análise da motivação dos atores.

Os cenários se construíram pensando em um período de tempo de 1 ano, já que os atores destacaram a forte instabilidade e mudanças contínuas que se dão no setor saúde no país, essa característica dificulta pensar em cenários que abrangem tempos longos, situação discutida por Rivera (1995). Nesse sentido se discutiu a importância de reajustar permanentemente o plano segundo as mudanças no contexto e os mecanismos de interação dos diferentes atores envolvidos, ou seja, o plano não é um instrumento estático que uma vez desenhado não tem modificações, pelo contrário é dinâmico (Rivera, 1995).

As demandas se incorporaram diretamente no plano de ação, quer dizer, não se desenhou um plano de demandas como tal, senão que foram diferenciadas aquelas ações do plano que requeriam uma demanda para outra instância de poder.

Para a equipe envolvida com esta construção, o exercício de pensar nos possíveis cenários trouxe a discussão sobre a incerteza do comportamento de algumas variáveis, e como dependendo do ator que pensara o cenário o olhar sobre as mesmas variáveis poderia ser diferente para outros atores (Matus, 1996).

Outro aspecto importante é que os momentos do PES na prática não se dão de forma separada ou fragmentada. Por exemplo, durante o momento normativo os atores discutiam permanentemente os elementos do momento estratégico e se apoiavam nas análises feitas no momento explicativo, confirmando-se a importância do conceito de momento como uma visão dinâmica do processo de planejamento, caracterizado pela constante interação e encadeamento dos momentos, assim como pela constante retomada dos mesmos. (Matus, 1996:297).

A seguir se descreve cada cenário considerando as nove variáveis para um tempo estimado de um ano (período estimado para o desenvolvimento do plano de ação).

QUADRO 24. ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS NOS DIFERENTES CENÁRIOS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Variantes simples	Cenário			
		Otimista	Intermediário	Pessimista
1. Orçamento do Município para a saúde	O atual orçamento em saúde é aumentado em 20%.	Mantém-se o atual orçamento em saúde do município em torno de US\$ 866.125 (95% destinados a gastos de recursos humanos e 5% a gastos de funcionamento) para atender uma população de 44.409 habitantes (2007).	Diminui o orçamento em saúde.	
2. Salário dos médicos	Produz-se um aumento de mais de 50% no salário dos médicos.	Produz-se um aumento de 10% no salário dos médicos.	Não se produz aumento no salário dos médicos.	
3. Situação Sócio-Epidemiológica da paróquia: comportamento dos indicadores de morbi/mortalidade por causas externas e das condições de vida da população da paróquia	Piora dos indicadores de morbi/mortalidade por causas externas e das condições de vida da população da paróquia.	Os indicadores de morbi/mortalidade por causas externas e das condições de vida da população da paróquia mantêm-se.	Pequenas melhoras nos indicadores de morbi/mortalidade por causas externas e das condições de vida da população da paróquia.	
4. Apoio econômico e político do governo municipal	Tem-se o apoio econômico do prefeito, mesmo existindo mudanças	Mudam as autoridades do governo municipal (prefeito) e se tem	Mudam as autoridades do governo municipal (prefeito) e não se	

Cenário		Otimista	Intermediário	Pessimista
Variantes simples				
		de autoridades. Dá-se uma alta inversão em equipamento e infra-estrutura dos estabelecimentos de saúde da paróquia.	que negociar com as novas autoridades o apoio ao plano de ação. O Diretor Municipal de Saúde logra negociar o apoio só para cobrir algumas ações do plano.	tem apoio político nem econômico do prefeito.
5.	Apoio econômico e político do governo estadual e das autoridades de Corposalud Aragua	Tem-se o apoio econômico e político das autoridades estaduais (governador e presidente de Corposalud Aragua), apesar de existir mudança de autoridades. Existe uma alta inversão em equipamento e infra-estrutura dos estabelecimentos de saúde da paróquia.	Mantêm-se as atuais autoridades estaduais (governador e presidente de Corposalud Aragua), com apoio econômico e político ao plano de ação. A inversão para melhorar a infra-estrutura e equipar só 30% dos estabelecimentos da rede.	Mudam as autoridades estaduais (governador e presidente de Corposalud Aragua) e não se tem apoio econômico nem político das novas autoridades. Não há inversão em equipamento e infra-estrutura nos estabelecimentos de saúde da paróquia.
6.	Apoio econômico e político do governo nacional para o fortalecimento da rede de serviços de saúde no país	Aumenta o apoio econômico do governo nacional para fortalecer a rede de serviços de saúde e a transferência de recursos para o nível local. São avaliadas as possíveis formas de integração dos serviços da rede de saúde. É aprovada a Lei de Saúde.	Mantém-se o apoio econômico do governo nacional para fortalecer a rede de serviços de saúde e a transferência de recursos para o nível local.	Diminui o apoio econômico do governo nacional para fortalecer a rede de serviços de saúde e a transferência de recursos para o nível local. A saúde é recentralizada.
7.	Trabalho intersetorial na DMSSM	Amplia-se o trabalho intersetorial, incorporando de forma ativa outros atores nas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.	Continuidade com o trabalho intersetorial na paróquia coordenado pela DMSSM e a CMMBA incorporando outros atores nas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.	Debilita-se o trabalho intersetorial da DMSSM e a CMMBA.
8.	Participação no desenvolvimento do plano da equipe da Missão Bairro	A equipe da CMMBA participa ativamente em um 100% das operações	A equipe da CMMBA não concorda com algumas operações	A equipe da CMMBA não entende a importância do

Cenário		Otimista	Intermediário	Pessimista
Variantes simples				
Adentro na paróquia		do plano de ação e propõe estratégias para melhorar a problemática a enfrentar, incluem mudanças nas operações já desenhadas.	do plano, mas ao mesmo tempo participa de forma gradativa em 60% das operações do plano de ação. É preciso desenhar operações de negociação para viabilizar ações onde a participação deles é ponto chave.	plano de ação e nega abertamente sua participação nas operações, sem dar espaço para a discussão.
9.	Participação dos conselhos comunais	Tem-se uma participação ativa de todos os conselhos comunais (100%) em várias das operações do plano, assim como na defesa deste ante as autoridades.	Tem-se uma participação ativa de pelo menos 60% dos conselhos comunais em várias das operações do plano, assim como na defesa deste ante as autoridades.	A participação ativa dos conselhos comunais em várias das operações do plano, assim como na defesa deste ante as autoridades é baixa.

Fonte: Sétima e oitava oficina de trabalho com os diferentes atores sociais da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, maio 2007.

Como assinalado acima, para os atores-chave que participaram no desenho do plano de ação o **cenário intermediário** ficou configurado da seguinte forma:

- Mantém-se o atual orçamento em saúde do município em torno de US\$ 866.125 (95% destinados a gastos de recursos humanos e 5% a gastos de funcionamento) para atender uma população de 44.409 habitantes (2007);
- Produz-se um aumento de 10% no salário dos médicos;
- Os indicadores de morbi/mortalidade por causas externas e das condições de vida da população da paróquia mantêm-se;
- Mudam as autoridades do governo municipal (prefeito) e se tem que negociar com as novas autoridades o apoio ao plano de ação. O Diretor Municipal de Saúde logra negociar o apoio só para cobrir algumas ações do plano;
- Mantêm-se as atuais autoridades estaduais (governador e presidente de Corposalud Aragua), com apoio econômico e político ao plano de ação. A inversão para melhorar a infra-estrutura e equipar só 30% dos estabelecimentos da rede;
- Mantém-se o apoio econômico do governo nacional para fortalecer a rede de serviços de saúde e a transferência de recursos para o nível local;
- Continuidade com o trabalho intersetorial na paróquia coordenado pela DMSSM e a CMMBA incorporando outros atores nas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças;

- A equipe da CMMBA não concorda com algumas operações do plano, mas ao mesmo tempo participa de forma gradativa em 60% das operações do plano de ação. É preciso desenhar operações de negociação para viabilizar ações onde a participação deles é ponto chave;
- Tem-se uma participação ativa de pelo menos 60% dos conselhos comunais em várias das operações do plano, assim como na defesa deste ante as autoridades.

Quanto ao cenário pessimista os atores acreditam que é pouco provável que todas as variáveis ao mesmo tempo tenham o comportamento assinalado. No entanto, pensaram nas seguintes linhas estratégicas que permitiriam esboçar o que é possível fazer com aquelas variáveis que têm mais probabilidade de ter esse comportamento:

- Iniciar um processo de negociação com a prefeitura e Corposalud Aragua para estabelecer alguns critérios que melhorem o salário dos médicos em caso de não se produzir um aumento.
- Envolver aos conselhos comunais no plano de ação desde o início do processo de planejamento (como foi feito), para garantir a defesa do plano ante as novas autoridades, assim como o *empoderamento* da comunidade nas ações do plano, e alguns recursos pela via de projetos através dos planos de desenvolvimento dos conselhos.
- Desenvolver estratégias de negociação para integrar em um 100% das operações do plano à CMMBA, porque é um ator chave do plano e tem participado ativamente em todos os momentos do PES; visando atingir os objetivos no nível da paróquia como uma experiência inovadora e de exemplo para os níveis de autoridade superior.
- Envolver a equipe de saúde com o plano, de forma tal que se o Diretor Municipal de Saúde é removido de seu cargo exista na paróquia uma garantia para dar-lhe continuidade ao plano.
- Fazer uma campanha de divulgação das vantagens do plano de ação como instrumento para a diminuição das *brechas* por iniquidade na paróquia, destacando as operações que fortalecem a capacidade local, assim como o impacto destas na saúde da população especialmente da menos favorecida e na utilização racional dos recursos com critérios de equidade.

Como o plano de ação toca as diferentes áreas relacionadas com a saúde na paróquia os atores acreditam que ao manter-se o ritmo com que foi assumido o processo de planejamento desde o início, é bastante provável concretizar algumas das ações do plano. De fato, ainda estando nos momentos explicativo e normativo, já se estavam executando algumas atividades na realidade. Por exemplo:

- Determinaram-se medidas para melhorar a qualidade da informação do SISMAI;
- Atualizou-se a sala situacional e se evidenciou a necessidade de potenciá-la para que seu desenvolvimento esteja direcionado pelas políticas, prioridades e compromisso da gestão em saúde, articulando as necessidades e demandas prioritizadas da população com os recursos disponíveis (Bergonzoli, 2006). A sala deve ser “a expressão de uma capacidade técnica-política de governo capaz de manter ao dirigente em sintonia com a realidade e de auxiliá-lo pragmaticamente no processo de tomada de decisões” (Rivera, 1995:187).
- Gerou-se a demanda de capacitação da equipe de saúde no uso de ferramentas para a análise da informação em saúde, assim como em outras áreas pontuais onde existem nós críticos;
- O processo de planejamento desenvolvido serviu de apoio para alguns dos conselhos comunais que estavam desenvolvendo planos de ação
- Abriu-se a discussão sobre como inserir critérios mais equitativos na execução dos programas de saúde, assim como da construção de estratégias para o trabalho em rede; entre outras.

Isto ratifica o que Matus (1996) assinala que o plano não se executará uma vez desenhado, senão que desde a seleção dos problemas já estejam sendo executadas as ações para mudar a realidade, quer dizer, o processo de planejamento não é estático e sim dinâmico; claro desde que seja assumida uma abordagem estratégica situacional, comunicativa e criativa.

Devido às limitações de tempo, neste trabalho não foram incorporados os custos para as operações do plano, embora, na paróquia se iniciou o apuramento destes para cada operação após da estruturação do plano, priorizando aquelas nas quais os recursos econômicos são recursos críticos (operações 5 e 6). Na maioria das operações existe uma ação destinada à estimativa dos custos, porque os atores consideraram que esse era um trabalho laborioso a ser executado conjuntamente com as unidades administrativas, uma vez se tivesse delineado o plano de ação.

Outro aspecto que gerou discussão na equipe que participou do desenho do plano foi como fazer para priorizar nas operações e ações aquelas populações com piores condições de vida. Acordou-se explicitar em cada operação os critérios de equidade a considerar, desta forma os recursos limitados para atender às 42 localidades seriam distribuídos segundo esses critérios, já que o mais provável é que não serão suficientes para atendê-las a todas.

Contudo, esta medida não nega a possibilidade de atender as populações que estão em melhores condições, porque de fato existem operações que uma vez executadas beneficiaram a todas as localidades. O que está se tentando fazer é deixar uma referência explícita no plano onde se estabeleça claramente as populações que são prioridades para a DMSSM.

Para os atores-chave a abordagem comunicativa na criação de viabilidade do plano é de suma importância, no sentido de que esta permite desenvolver estratégias de negociação onde os atores envolvidos podem obter um ganhar-ganhar. De fato, não concordaram em chamar de oponentes aos atores que por alguma razão não apoiariam algumas das operações de plano, para eles esses atores podem desconhecer os objetivos e as orientações do plano pelo que se faz necessário utilizar estratégias de negociação, mais do que para convencer o ator, para discutir com ele abertamente suas considerações e aportes. Isto já foi apontado por Berrenchea, Trujillo e Chorny (1989), quando assinalaram que é preciso abrir o debate e discutir os argumentos que são conflitivos.

Destaca-se que na paróquia as autoridades de saúde têm uma trajetória de negociação com diferentes atores, este é um aspecto que fortalece o desenvolvimento de estratégias de negociação. Como produto desse processo contínuo de negociação se têm alcançado melhoras na DMSSM. Apesar disso, para vários atores a negociação continua sendo um grande desafio, mais ainda ao tratar-se da integração da rede de serviços de saúde.

A continuação se apresenta o desenho da situação-objetivo a partir do cenário intermediário construído pelos atores-chave.

QUADRO 25. DESENHO DA SITUAÇÃO-OBJETIVO (CENÁRIO INTERMEDIÁRIO), PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Introdução. Como parte do processo de planejamento que adianta a DMSSM conjuntamente com a CMMBA, a prefeitura do município Santos Michelena, os conselhos comunais, os comitês de saúde e os representantes do setor educativo, se desenhou um plano de ação para dar respostas a uma problemática priorizada pelos diferentes atores da paróquia a “baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde”. Assim, os esforços deste processo estão dirigidos a construir um pensamento estratégico e transformador que potencie a capacidade de governo, envolvendo na geração de respostas a participação ativa da comunidade organizada, com o fim último de impactar equitativamente na saúde da população da paróquia Santos Michelena. Nesse sentido, apresentam-se os diferentes elementos que fazem parte da situação-objetivo do plano de ação para um período de 1 ano. Embora o plano seja pensado para esse período, o tempo da realização e o impacto do plano será maior.

Descrição dos NCS	Resultados Intermediários dos Nós Críticos*	Descrição do Problema	Resultados Terminais do Problema
<p>Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção da saúde</p>	<p>90% dos comitês de saúde e dos conselhos comunais (conformados e funcionando) estão executando ações de promoção da saúde em suas comunidades conjuntamente com as instituições educativas e de saúde da paróquia.</p>	<p>(a) Baixo número de representantes dos comitês de saúde e dos conselhos comunais (conformados e funcionando) com conhecimentos em ações de promoção da saúde; (b) Baixo número dos representantes das mesas de saúde e água dos conselhos Comunais (conformados e funcionando) com projetos que dão impulso a ações de promoção da saúde na comunidade.</p>	<p>70% da população tem informação sobre as ações de promoção da saúde para lidar com os principais riscos presentes na paróquia e 50% desta participa ativamente através dos projetos das mesas de saúde dos comitês de saúde e dos conselhos comunais.</p>
<p>Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado) Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde</p>	<p>100% dos estabelecimentos de saúde da paróquia estão integrados ao sistema de referência e contra-referência, assim como ao sistema de informação para o modelo de atenção integral (SISMAI), ambos os sistemas funcionando de forma adequada;</p>	<p>(a) Inexistência de um sistema de referência e contra-referência nos serviços de saúde do município; (b) Aumento do número de acompanhamentos pré-natais por mulher, superior ao padrão estabelecido, o que sugere que a mulher é acompanhada ao mesmo tempo por vários prestadores de serviços da rede de saúde; (c) 68% dos estabelecimentos do primeiro nível de atenção à saúde sem vinculação no Sistema de informação em Saúde do estado Aragua; (d) Alto percentual de pacientes que retornam com os mesmos problemas; (e) Alto percentual de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção.</p>	<p>80% dos casos da população da paróquia são referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção da rede. Diminuir em 50% o retorno dos pacientes com os mesmos problemas.</p>

Descrição dos NCS	Resultados Intermediários dos Nós Críticos*	Descrição do Problema	Resultados Terminais do Problema
Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns dos níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis	80% da população da paróquia conta com uma equipe de saúde qualificada nos diferentes níveis de atenção da rede de serviços de saúde. Aumento do número de profissionais da saúde contratados e efetivamente laborando nas áreas prioritárias da paróquia. Redistribuição adequada dos recursos humanos na rede de serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> (a) Baixo número de médicos por habitantes; (b) Baixo número de enfermeiras por habitantes; (c) Baixa cobertura dos programas de saúde; (d) Alto percentual da demanda reprimida; (e) Alto percentual de pessoas (5 a 19 anos) que nunca teve atendimento odontológico; (f) Tempo de espera prolongado (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades básicas; (g) Baixa qualidade no atendimento; (h) Alto percentual da população com demandas insatisfeitas; (i) Alto número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde. 	Melhorar o acesso/utilização dos serviços de saúde nos diferentes estabelecimentos da rede de serviços de saúde
Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)	80% dos estabelecimentos de saúde da paróquia têm uma infra-estrutura e equipamento de qualidade para atender as necessidades da população, segundo o nível de atendimento.	<ul style="list-style-type: none"> (a) Baixo percentual de estabelecimentos de saúde do primeiro nível de atenção com o equipamento e a infra-estrutura adequada para dar respostas de qualidade à população; (b) Baixo percentual de partos normais (baixo risco) atendidos nos estabelecimentos de saúde da paróquia; (c) Baixo número de estabelecimentos de saúde com o atendimento nas 24 horas (só dos para atender a população de todo o município 44.409 habitantes). (d) Inexistência de serviços públicos de laboratório e raios X na paróquia; (e) Alto percentual de demanda reprimida; (f) Tempo de espera prolongado (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades; (g) Baixa qualidade no atendimento; (h) Alto percentual da população com demandas insatisfeitas; (i) Alto número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde; (j) Baixo percentual de estabelecimentos de saúde do primeiro nível de atenção com o equipamento e a infra-estrutura adequada para dar respostas de qualidade à população. 	Melhorar a qualidade no atendimento nos diferentes níveis da rede de serviços de saúde. Diminuir a demanda reprimida na paróquia;

NCS = Nós Críticos Seleccionados

* = Descritores dos nós críticos transformados

Fonte: Oficinas de trabalho com os diferentes atores sociais da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, maio 2007.

III.2.3.2 O plano de ação

Para cada nó crítico a enfrentar foram desenhadas operações e ações, o plano de ação ficou constituído por 6 operações e 21 ações das quais duas são ações de demanda para Corposalud Aragua e a Prefeitura do município Santos Michelena. A seguir se apresenta o plano de ação (quadro 26). Cada operação do plano é apresentada no formato sugerido por Matus (anexo 24).

Problema: Baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

Atores que participaram do desenho do plano de ação: Diretor Geral de Epidemiologia e Atenção Integral em Saúde de Corposalud Aragua; Diretor Municipal de Saúde do Município Santos Michelena; Coordenadora Regional de Oncologia e dos Sistemas de Informação de Corposalud Aragua; Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro (através de consultas pontuais).

Ator responsável pelo desenvolvimento do plano de ação: Diretor Municipal de Saúde do Município Santos Michelena.

QUADRO 26. RESUMO DAS OPERAÇÕES PARA CADA NÓ CRÍTICO, PLANO DE AÇÃO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Nó crítico	Operações
NC1: Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção da saúde	OP1: Desenhar e executar o programa de capacitação para efetuar ações de promoção da saúde, através de projetos de intervenção no 100% comitês de saúde e dos conselhos comunais (conformados e funcionando). OP2: Desenhar e executar uma campanha publicitária para (in)formar às comunidades sobre as ações prioritárias de promoção da saúde, considerando os principais riscos presentes nestas.
NC2: Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado) NC3: Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde	OP3: Desenhar o sistema de referência e contra-referência do município. OP4: Pôr em funcionamento o sistema de referência e contra-referência do município.
NC4: Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns dos níveis de atenção para dar respostas à população da qual são responsáveis	OP5: Contratar o número de recursos humanos em saúde (médicos gerais e especialistas, enfermeiras, e técnicos) necessários para dar respostas oportunas á população da paróquia.
NC5: Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)	OP6: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica aos estabelecimentos do primeiro e segundo nível da rede de serviços de saúde da paróquia que assim o precisem, tanto os dependentes da Coordenação de Saúde da Missão Bairro Adentro como os da Direção Municipal de Saúde.

Fonte: A partir do Plano de Ação desenhado com os atores da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Nó crítico 1: Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção da saúde

- **Descritores:**

- (a) Baixo número de representantes dos comitês de saúde e dos conselhos comunais (conformados e funcionando) com conhecimentos em ações de promoção da saúde;

- (b) Baixo número dos representantes das mesas de saúde e água dos conselhos Comunais (conformados e funcionando) com projetos que dão impulso a ações de promoção da saúde na comunidade;

- **Objetivo terminal:** 70% da população tem informação sobre as ações de promoção da saúde para lidar com os principais riscos presentes na paróquia e 50% desta participa ativamente através dos projetos das mesas de saúde dos comitês de saúde e dos conselhos comunais;

- **Objetivo intermediário:** 90% dos comitês de saúde e dos conselhos comunais (conformados e funcionando) estão executando ações de promoção da saúde em suas comunidades conjuntamente com as instituições educativas e de saúde da paróquia;

- **Crítérios de equidade a considerar:** Na execução das operações e ações são consideradas localidades prioritárias aquelas com piores condições de vida na paróquia, segundo as análises feitas no momento explicativo: Llano Grande, Brisas de Aragua (Constituyente), La Arenera, Bolívar, Morocopo Bajo, Tinapuey I, San Luis, La Lomitas, La Pradera, La Línea Primer Túnel, La Línea Segundo Túnel, La Línea Cuarto Túnel, Antonio José de Sucre, Santa María, Pueblo Nuevo, Araiza, Guayas, Libertador, La Línea Tercer Túnel, Boca de Cagua, Tabacal, Cañaote e Bucaral. No caso de não existir conselho comunal na localidade as operações devem contribuir à constituição deste, fortalecendo a organização das comunidades menos favorecidas.

1. Operação 1: Desenhar e executar o programa de capacitação para efetuar ações de promoção da saúde, através de projetos de intervenção em 100% dos comitês de saúde e dos conselhos comunais (conformados e funcionando).

1.1. Recursos: Cognitivos: profissionais da equipe de saúde e das principais instituições educativas, representantes dos Comitês de Saúde e dos Conselhos Comunais;

1.2. Produtos:

1.2.1. 9 Comitês de Saúde e 30 Conselhos Comunais capacitados;

1.2.2. 30 mesas de saúde e água dos Conselhos Comunais (conformados e funcionando) com projetos vinculados às ações de promoção da saúde na comunidade;

1.2.3. 20 projetos executados em cada uma das comunidades;

1.3. Resultados:

1.3.1. 70% dos Comitês de Saúde e dos Conselhos Comunais com ferramentas para promover ações de promoção da saúde;

1.3.2. Aumento do conhecimento na população da paróquia em ações de promoção da saúde;

1.3.3. Diminuição do percentual de riscos ambientais registrados nos estabelecimentos de saúde da paróquia (a longo prazo);

1.4. Responsável: Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM;

1.5. Tempo: 8 meses

OP1-Ação 1: Definir os eixos temáticos e conteúdo do programa de capacitação, as estratégias de ensino-aprendizado, a seleção dos participantes e facilitadores, entre outras. Destacando que a capacitação estará centrada no método de projeto, o qual permitirá a partir da problematização em cada comunidade definir os projetos a executar-se nestas. Realizar-se-ão duas oficinas de trabalho, nas quais participarão os representantes de comitês de saúde, conselhos comunais, setor educativo e setor saúde (incluindo Bairro Adentro);

- Recursos: cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, assistentes sociais, epidemióloga municipal) e organizacionais (sala e projetor multimídia);
- Produtos: (1) Programa de capacitação desenhado;
- Resultados: Aumento da capacidade de organização do grupo.
- Responsável: Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM e Coordenadora de Desenvolvimento Social da Prefeitura;
- Tempo: 2 semanas. Cada oficina durará 8 horas acadêmicas (uma oficina cada semana).

OP1-Ação 2: Discutir o método de projeto como ferramenta principal para a problematização em cada comunidade e o desenho dos projetos para efetuar ações de promoção da saúde. Realizar-se-ão duas oficinas de trabalho, nas quais participarão os possíveis facilitadores do programa de capacitação nas comunidades;

- Recursos: cognitivos (especialista no método de projeto e especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde) e organizacionais (sala e projetor multimídia);
- Produtos: (1) Equipes das comunidades capacitadas no método de projeto; (2) Programa de capacitação ajustado segundo as discussões efetuadas nestas oficinas;
- Resultados: Aumento da capacidade de problematização do grupo.
- Responsável: Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM e Coordenadora de Desenvolvimento Social da Prefeitura;
- Tempo: 2 semanas. Cada oficina durará 8 horas acadêmicas.

OP1-Ação 3: Desenhar e aplicar o instrumento de avaliação do grau de conhecimento que tem a população na paróquia sobre as ações de promoção da saúde. O instrumento será aplicado antes de executar o programa de capacitação e depois, com a finalidade de conhecer o impacto que teve o programa na população. Realizar-se-ão duas oficinas de trabalho nas quais participarão as coordenadoras de epidemiologia, saúde populacional e desenvolvimento social da Direção Municipal de Saúde, o coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e os representantes dos comitês de saúde e dos conselhos comunais de saúde;

- Recursos: cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, especialista em epidemiologia, estatístico) e organizacionais (sala);
- Produtos: Instrumento desenhado e aplicado. Análise da informação recolhida;
- Resultados: Aumento do conhecimento sobre avaliação do impacto das ações de promoção da saúde. Todas as oficinas realizadas;
- Responsável: Coordenadora de Epidemiologia e Coordenadora de Atenção Integral da DMSSM;
- Tempo: 1 mês.

OP1-Ação 4: Convocar e fazer inscrição das pessoas que participarão do programa de capacitação por cada comunidade;

- Recursos: administrativos (secretaria);
- Produtos: Número de pessoas convocadas a participar do programa de capacitação;
- Resultados: Aumento da capacidade de organização de atividades;

- Responsável: Responsáveis das mesas de saúde dos conselhos comunais e os responsáveis dos comitês de saúde;
- Tempo: 1 semana.

OP1-Ação 5: Aplicar o instrumento de avaliação do grau de conhecimento que tem a população na paróquia sobre as ações de promoção da saúde (antes da execução do programa);

- Recursos: cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, especialista em epidemiologia) e organizacionais (sala);
- Produtos: Instrumento aplicado. Análise da informação recolhida;
- Resultados: Avaliação do impacto do instrumento aplicado;
- Responsável: Coordenadora de Epidemiologia e Coordenadora de Atenção Integral da DMSSM;
- Tempo: 3 semanas.

OP1-Ação 6: Executar o programa de capacitação (inclui a execução dos projetos por cada comunidade);

- Recursos: cognitivos e organizacionais (sala, projetor multimídia e material de oficina);
- Produtos: Programa de capacitação executado por representantes capacitados dos Conselhos Comunais e Comitês de Saúde da paróquia;
- Resultados: (1) Aumento do número de Comitês de Saúde e dos Conselhos Comunais com ferramentas para promover ações de promoção da saúde; (2) Aumento do conhecimento na população da paróquia em ações de promoção da saúde;
- Responsável: Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM;
- Tempo: 4 meses.

OP1-Ação 7: Aplicar o instrumento de avaliação do grau de conhecimento que tem a população na paróquia sobre as ações de promoção da saúde (depois da execução do programa e três meses depois de iniciada a operação 2);

- Recursos: cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, especialista em epidemiologia, estatístico) e organizacionais (sala);
- Produtos: Instrumento aplicado. Análise da informação recolhida;
- Resultados: Avaliação do impacto do instrumento aplicado.

- Responsável: Coordenadora de Epidemiologia e Coordenadora de Atenção Integral da DMSSM;
- Tempo: 3 semanas.

OP1-Ação 8: Avaliar o programa de capacitação através de uma oficina de trabalho;

- Recursos: cognitivos e organizacionais;
- Produtos: Programa de capacitação avaliado;
- Resultados: Avaliação do impacto do programa de capacitação;
- Responsável: Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM;
- Tempo: 1 semana.

2. Operação 2: Desenhar e executar uma campanha publicitária para (in)formar as comunidades sobre as ações prioritárias de promoção à saúde, considerando os principais riscos presentes nestas;

2.1. Recursos:

- 2.1.1. Cognitivos: profissionais da equipe de saúde e das principais instituições educativas, representantes dos Comitês de Saúde e dos Conselhos Comunitários; jornalistas;

2.2. Produtos:

- 2.2.1. Número de propagandas transmitidas pela rádio e tv na paróquia;
- 2.2.2. Número de cartazes publicados nas comunidades;

2.3. Resultados:

- 2.3.1. Aumento do acesso a informações sobre ações de promoção da saúde por parte da população da paróquia;

2.4. Responsável: Chefe de Comunicação da Prefeitura e Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM;

2.5. Tempo: 6 meses

OP2-Ação 1: Discutir sobre os principais temas a abordar na campanha publicitária, público alvo, duração das propagandas, meios de comunicação nos quais serão transmitidos, entre outros. Realizar-se-ão duas oficinas de trabalho;

- Recursos: cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, licenciada em comunicação social da Corporação de Saúde do Estado Aragua, epidemióloga municipal) e organizacionais (sala e projetor multimídia);
- Produtos: Papel de trabalho preliminar da campanha publicitária;
- Resultados: Aumento da capacidade organizativa e de divulgação de informação do grupo;

- Responsável: Licenciada em comunicação social de Corposalud Aragua;
- Tempo: 1 semana. A oficina durará 8 horas acadêmicas.

OP2-Ação 2: Apresentar a proposta da campanha publicitária em uma oficina de trabalho;

- Recursos: cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, licenciada em comunicação social da Corporação de Saúde do Estado Aragua) e organizacionais (sala e projetor multimídia);
- Produtos: Campanha publicitária desenhada;
- Resultados: Aumento da capacidade organizativa e de divulgação de informação do grupo;
- Responsável: Licenciada em comunicação social de Corposalud Aragua;
- Tempo: 1 mês (dando tempo para que a responsável da atividade desenhe as promoções publicitárias, as mensagens e se negocie com os meios de comunicação, entre outras). A oficina durará 4 horas acadêmicas.

OP2-Ação 3: Executar a campanha publicitária na paróquia;

- Recursos: cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, licenciada em comunicação social da Corporação de Saúde do Estado Aragua);
- Produtos: Campanha publicitária executada;
- Resultados: Aumento do acesso a informações sobre ações de promoção da saúde por parte da população da paróquia;
- Responsável: Licenciada em comunicação social de Corposalud Aragua;
- Tempo: 6 meses.

OP2-Ação 4: Avaliar a campanha publicitária e seu impacto na população, através de uma oficina de trabalho;

- Recursos: cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, licenciada em comunicação social da Corporação de Saúde do Estado Aragua);
- Produtos: Campanha publicitária avaliada;
- Resultados: Avaliação da campanha publicitária;
- Responsável: Licenciada em comunicação social de Corposalud Aragua e Coordenadora de Desenvolvimento Social da Direção DMSSM;
- Tempo: 1 semana. A oficina durará 4 horas acadêmicas.

Nó crítico 2: Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado)

Nó crítico 3: Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde

▪ **Descritores:**

- (a) Inexistência de um sistema de referência e contra-referência nos serviços de saúde do município;
- (b) Aumento do número de acompanhamentos pré-natais por mulher, superior ao padrão estabelecido, o que sugere que a mulher é acompanhada ao mesmo tempo por vários prestadores de serviços da rede de saúde;
- (c) 68% dos estabelecimentos do primeiro nível de atenção à saúde sem vinculação ao Sistema de informação em Saúde.
- (d) Alto percentual de pacientes que retornam com os mesmos problemas;
- (e) Alto percentual de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção.

- **Objetivo terminal:** 80% da população da paróquia são referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção da rede. Diminuir em 50% o retorno dos pacientes com os mesmos problemas;

- **Objetivo intermediário:** 100% dos estabelecimentos de saúde da paróquia estão integrados ao sistema de referência e contra-referência, assim como ao sistema de informação para o modelo de atenção integral (SISMAI), ambos os sistemas funcionando de forma adequada;

- **Crítérios de equidade a considerar:** Na execução das operações e ações é preciso considerar estratégias no sistema de referência e contra-referência que respondam de forma oportuna e com qualidade às populações das localidades que estão na periferia da paróquia, sobretudo aquelas que estão em piores condições de vida: Llano Grande, Brisas de Aragua (Constituyente), La Arenera, Bolívar e Morocopo Bajo. Porém, o funcionamento adequado da rede de serviços de saúde deve dar respostas que beneficiem a toda a população, o critério antes mencionado tenta priorizar respostas de qualidade para as pessoas que moram longe do centro das Tejerías, já que geralmente os estabelecimentos do primeiro nível de atenção situados em zonas de pobreza nem sempre são priorizados nas intervenções deste tipo.

3. Operação 3: Desenhar o sistema de referência e contra-referência do município;

- 3.1. Recursos: Políticos e Cognitivos: profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação

do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, do Diretor do Hospital José María Benítez);

3.2. Produtos:

3.2.1. Sistema de referência e contra-referência desenhado;

3.3. Resultados:

3.3.1. Aumento do conhecimento sobre os sistemas de referência e contra-referência;

3.3.2. Aumento da capacidade organizativa e de integração entre os diferentes estabelecimentos de saúde da rede.

3.4. Responsável: Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro;

3.5. Tempo: 8 meses.

OP3-Ação 1: Discutir o marco teórico-conceitual dos sistemas integrados de serviços de saúde (fundamentos, componentes e a implementação), através de duas oficinas de trabalho;

- Recursos: políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez);
- Produtos: Apresentações com as propostas de implantação de um sistema integrado de serviços de saúde na paróquia;
- Resultados: Aumento do conhecimento sobre a integração dos sistemas nos serviços de saúde;
- Responsável: Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro;
- Tempo: 2 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.

OP3-Ação 2: Estabelecer os mecanismos a utilizar no sistema de referência e contra-referência, indicando *o papel que cada estabelecimento de saúde deve desenvolver em seu nível de atenção*. Os mecanismos devem orientar a como dar resposta desde a rede de saúde: à gestão dos riscos populacionais, à gestão dos pontos de saúde (atenção primária á saúde, atenção hospitalar, atenção domiciliar, sistemas de apoio, utilização de serviços sociais), à gestão da clínica (gestão da

utilização de procedimentos clínicos, gestão da patologia, gestão de caso, lista de espera, a revisão do usuário, os protocolos clínicos e os sistemas integrados de informação). Efetuar-se-ão quatro oficinas de trabalho;

- Recursos: políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez);
- Produtos: Relatório com os acordos e propostas sobre os mecanismos de referência e contra-referência a implementar na paróquia;
- Resultados: Aumento do conhecimento sobre os sistemas de referência e contra-referência;
- Responsável: Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro;
- Tempo: 4 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.

OP3-Ação 2, Sub-ação 1: Estabelecer os mecanismos a utilizar no sistema de referência e contra-referência, pelos *estabelecimentos da rede de atenção primária de saúde*. Os mecanismos devem orientar a como dar resposta desde a rede de saúde: à gestão dos riscos populacionais, à gestão dos pontos de saúde (atenção primária á saúde, atenção hospitalar, atenção domiciliar, sistemas de apoio, utilização de serviços sociais), à gestão da clínica (gestão da utilização de procedimentos clínicos, gestão da patologia, gestão de caso, lista de espera, a revisão do usuário, os protocolos clínicos e os sistemas integrados de informação). Efetuar-se-ão quatro oficinas de trabalho;

- Recursos: políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez);
- Produtos: Relatório com os acordos e propostas sobre os mecanismos de referência e contra-referência a implementar na paróquia na rede de atenção primária de saúde;

- Resultados: Aumento do conhecimento sobre os sistemas de referência e contra-referência;
- Responsável: Coordenadora da Rede Ambulatória da DMSSM e Médico da CMMBA;
- Tempo: 4 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.

OP3-Ação 2, Sub-ação 2: Estabelecer os mecanismos a utilizar no sistema de referência e contra-referência, pelos *estabelecimentos de saúde da rede de Atenção Ambulatorial Especializada e de Diagnóstico (Bairro Adentro II) e da rede Hospitalar*. Os mecanismos devem orientar a como gerar alternativas desde a rede de saúde que respondam: à gestão dos riscos populacionais, à gestão dos pontos de saúde (atenção primária à saúde, atenção hospitalar, atenção domiciliar, sistemas de apoio, utilização de serviços sociais), à gestão da clínica (gestão da utilização de procedimentos clínicos, gestão da patologia, gestão de caso, lista de espera, a revisão do usuário, os protocolos clínicos e os sistemas integrados de informação). Efetuar-se-ão quatro oficinas de trabalho;

- Recursos: políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez);
- Produtos: Relatório com os acordos sobre os mecanismos de referência e contra-referência a implementar na paróquia, na rede de Atenção Ambulatorial Especializada e de Diagnóstico (Bairro Adentro II) e na rede hospitalar;
- Resultados: Aumento do conhecimento sobre os sistemas de referência e contra-referência;
- Responsável: Diretor Municipal de Saúde, Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, Diretor do Hospital “José María Benítez” e Diretor Geral de Epidemiologia e Atenção Integral em Saúde;
- Tempo: 4 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.

OP3-Ação 3: Estabelecer as estratégias de integração ao sistema de informação em saúde da paróquia, dos diferentes estabelecimentos de saúde, através de duas oficinas de trabalho;

- Recursos: (1) políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez); (2) econômicos instalação de 2 computadores em rede e contratação de 2 assistentes de informação;
- Produtos: Relatório com os acordos sobre as estratégias de integração ao sistema de informação em saúde, dos diferentes estabelecimentos de saúde da paróquia;
- Resultados: Democratização do conhecimento sobre o sistema de informação em saúde;
- Responsável: Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro;
- Tempo: 2 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.

4. Operação 4: Pôr em funcionamento o sistema de referência e contra-referência do município;

4.1. Recursos: Políticos e Cognitivos: profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, do Diretor do Hospital José María Benítez);

4.2. Produtos:

4.2.1. Sistema de referência e contra-referência funcionando adequadamente;

4.3. Resultados:

4.3.1. Diminuição do número de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção;

4.3.2. Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas.

4.4. Responsável: Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro;

4.5. Tempo: 8 meses.

OP4-Ação 1: Implementar o sistema de referência e contra-referência na paróquia (incluindo os serviços do Hospital José María Benítez);

- Recursos: políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município;

- **Produtos:** Sistema de referência e contra-referência funcionando adequadamente na paróquia;
- **Resultados:** (1) Integração gradativa dos diferentes estabelecimentos de saúde ao sistema de referência e contra-referência; (2) Diminuição do número de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção; (3) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas;
- **Responsável:** Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM, Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e Coordenador de Epidemiologia do Hospital “José María Benítez”;
- **Tempo:** 6 meses.

Nó crítico 4: Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns dos níveis de atenção para dar respostas à população por área de influência

- **Descritores:**
 - (a) Baixo número de médicos por habitantes;
 - (b) Baixo número de enfermeiras por habitantes;
 - (c) Baixa cobertura dos programas de saúde;
 - (d) Alto percentual da demanda reprimida;
 - (e) Alto percentual de pessoas (5 a 19 anos) que nunca teve atendimento odontológico;
 - (f) Tempo de espera prolongado (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades básicas;
 - (g) Baixa qualidade no atendimento;
 - (h) Alto percentual da população com demandas insatisfeitas;
 - (i) Alto número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde.
- **Objetivo terminal:** Melhorar o acesso/utilização dos serviços de saúde nos diferentes estabelecimentos da rede de serviços de saúde;
- **Objetivos intermediários:** 80% da população da paróquia conta com uma equipe de saúde qualificada nos diferentes níveis de atenção da rede de serviços de saúde. Aumento do número de profissionais da saúde contratados e efetivamente laborando nas áreas prioritárias da paróquia. Redistribuição adequada dos recursos humanos na rede de serviços de saúde.
- **Crítérios de equidade a considerar:** Na execução das operações e ações é preciso priorizar a contratação de recursos humanos qualificados para a localidade de

Curiepe, já que assim poderia se dar resposta a uma parte da população que mora mais distante dos estabelecimentos de saúde de maior complexidade da paróquia. Assim como a contratação dos médicos para os NAP, porque isto além de descongestionar o AUI da paróquia, permitiria à população ter respostas mais oportunas.

5. Operação 5: Contratar o número de recursos humanos em saúde (médicos gerais e especialistas, enfermeiras e técnicos) necessários para dar respostas oportunas à população da paróquia;

5.1. Recursos: Políticos (negociação), Econômicos (recursos para a contratação dos profissionais) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração);

5.2. Produtos:

5.2.1. Recursos humanos contratados e efetivamente laborando, nos diferentes estabelecimentos de saúde da paróquia;

5.2.2. Aumento da cobertura dos programas de saúde;

5.2.3. (Re)distribuição mais equitativa dos recursos humanos na rede de saúde da paróquia;

5.3. Resultados:

5.3.1. Aumento do aceso/utilização pela população da paróquia dos serviços de saúde nos diferentes estabelecimentos da rede de serviços de saúde

5.3.2. Aumento das demandas satisfeitas pelos usuários;

5.3.3. Diminuição do tempo de espera (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades

5.3.4. Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas;

5.3.5. Melhora da qualidade no atendimento;

5.4. Responsável: Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro;

5.5. Tempo: 6 meses.

OP5-Ação 1: Estimar o número de recursos humanos qualificados requeridos na rede de saúde; a inversão que implica sua contratação e os cenários possíveis de contratação. Assim como, desenhar estratégias de incentivo para o recurso humano a contratar. Destaca-se que esta ação depende dos resultados da OP6-A1;

- Recursos: políticos (negociação), econômicos (recursos para a contratação dos profissionais) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor,

Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração);

- Produtos: Relatório que contenha a justificação, o número de recursos humanos necessários para a rede de saúde e o investimento para um período de cinco anos;
- Resultados: Conhecimento (com precisão) das necessidades reais de recursos humanos;
- Responsável: Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM, Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e Coordenadora de Recursos Humanos da DMSSM;
- Tempo: 1 semana.

OP5-Ação 2 (Operação de demanda para Corposalud Aragua e a Prefeitura):

Submeter à consideração de Corposalud Aragua e da Prefeitura do Município Santos Michelena a contratação do recurso humano para a rede de saúde;

- Recursos: Econômicos (recursos para a contratação dos profissionais) e políticos (negociação);
- Produtos: Proposta aprovada;
- Resultados: Aumento da capacidade de gestão para negociar demandas com outros níveis do setor saúde;
- Responsável: Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro (encarregados de negociar a demanda da operação com as autoridades respectivas, assim como o seguimento até obter respostas);
- Tempo: 1 mês.

OP5-Ação 3: Contratar recursos humanos qualificados, segundo os recursos econômicos aprovados para tal fim;

- Recursos: econômicos (recursos para a contratação dos profissionais) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração);
- Produtos: Recurso humano contratado e efetivamente laborando nos diferentes estabelecimentos da rede;
- Resultados: (1) Diminuição do número de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção; (2) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas; (3) Aumento do aceso/utilização dos

serviços de saúde nos diferentes estabelecimentos da rede de serviços de saúde; (4) Aumento da população com demandas satisfeitas; (5) Diminuição do tempo de espera (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades; (6) Melhora da qualidade no atendimento.

- Responsável: Coordenadora de Recursos Humanos da DMSSM e Coordenadora de Administração;
- Tempo: 2 meses.

Nó crítico 5: Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)

▪ **Descritores:**

- (a) Baixo percentual de estabelecimentos de saúde do primeiro nível de atenção com o equipamento e a infra-estrutura adequada para dar respostas de qualidade à população;
- (b) Baixo percentual de partos normais (baixo risco) atendidos nos estabelecimentos de saúde da paróquia;
- (c) Baixo número de estabelecimentos de saúde com o atendimento nas 24 horas (só um para atender uma população de todo o município 44.409 habitantes).
- (d) Inexistência de serviços públicos de laboratório e raios X na paróquia;
- (e) Alto percentual de demanda reprimida;
- (f) Tempo de espera prolongado (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades;
- (g) Baixa qualidade no atendimento;
- (h) Alto percentual da população com demandas insatisfeitas;
- (i) Alto número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde.

- **Objetivo terminal:** Melhorar a qualidade no atendimento nos diferentes níveis de atenção da rede de serviços de saúde. Diminuir a demanda reprimida na paróquia;
- **Objetivos intermediários:** 80% dos estabelecimentos de saúde da paróquia têm uma infra-estrutura e equipamento de qualidade para atender as necessidades da população, segundo o nível de atendimento.
- **Crítérios de equidade a considerar:** Na execução das operações e ações é preciso priorizar os consultórios populares e o AUI. Os primeiros porque alguns estão situados em lugares de difícil acesso e perto da população. O segundo porque é um dos estabelecimentos com emergência nas 24 horas, e diversas especialidades que dá respostas a toda a população do município. Outro critério é garantir o funcionamento adequado do sistema de contra-referência, para gerar respostas desde

a rede dos serviços de saúde de forma integrada nos diferentes níveis de atenção (operações 3 e 4).

6. Operação 6: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica os estabelecimentos do primeiro e segundo nível da rede de serviços de saúde da paróquia que assim o precisem, tanto os dependentes da Coordenação de Saúde da Missão Bairro Adentro como os da Direção Municipal de Saúde;

6.1. Recursos: políticos (negociação), econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).

6.2. Produtos:

6.2.1. 70% dos estabelecimentos de saúde do primeiro e segundo nível de atenção da rede de saúde com infra-estrutura e equipamento de qualidade acorde com as funções que devem desempenhar;

6.3. Resultados:

6.3.1. Melhora da qualidade no atendimento;

6.3.2. Aumento das demandas satisfeitas da população;

6.3.3. Diminuição do tempo de espera (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades.

6.3.4. Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas.

6.4. Responsável: Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro;

6.5. Tempo: 1 ano.

OP6-Ação 1: Fazer um diagnóstico das necessidades existentes (seja de infra-estrutura e capacidade tecnológica adequada ou de criação de alguns serviços) nos estabelecimentos do primeiro e segundo nível de atenção da rede de saúde da paróquia, para responder às demandas da população segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e o desempenho técnico. O diagnóstico deve conter justificativa e investimento necessário;

- Recursos: políticos (negociação), econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração);

- Produtos: Relatório que contenha o diagnóstico (segundo as especificações antes mencionadas);

- Resultados: Conhecimento preciso das necessidades de infra-estrutura e capacidade tecnológica dos estabelecimentos do primeiro e segundo nível de atenção da rede de saúde da paróquia (incluindo o investimento necessário).
- Responsável: Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM, Coordenador municipal da Missão Bairro Adentro e Coordenadora de Administração da DMSSM;
- Tempo: 2 semanas.

OP6-Ação 2 (Operação de demanda para Corposalud Aragua e a Prefeitura):

Submeter à consideração da Corporação de Saúde do Estado Aragua e da Prefeitura do Município Santos Michelena o investimento necessário para melhorar a infra-estrutura e a capacidade tecnológica da rede de sistemas e serviços de saúde na paróquia;

- Recursos: econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e políticos (negociação);
- Produtos: Proposta aprovada;
- Resultados: Aumento da capacidade de gestão para negociar demandas com outros níveis do setor saúde;
- Responsável: Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro;
- Tempo: 1 mês.

OP6-Ação 3: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica os estabelecimentos do primeiro e segundo nível da rede de serviços de saúde da paróquia, segundo os recursos econômicos aprovados para tal fim;

- Recursos: econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração);
- Produtos: 11 Consultórios Populares, 3 NAP, 1 ARUI, 1AUII, 1 CDI, 1 SRI e os outros que se considerem necessários com a infra-estrutura e a capacidade tecnológica segundo suas competências, funcionando adequadamente na paróquia;
- Resultados: (1) Aumento do percentual de partos normais (baixo risco) atendidos nos estabelecimentos de saúde da paróquia; (2) Aumento da cobertura dos programas de saúde da paróquia; (3) Aumento da qualidade no atendimento nos serviços de saúde da paróquia; (4) Diminuição do retorno

dos pacientes com os mesmos problemas; (5) Diminuição do percentual da população com demandas insatisfeitas; (6) Diminuição do percentual de demanda reprimida; (7) Diminuição do número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde;

- Responsável: Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenadora de Administração da DMSSM;
- Tempo: 10 meses.

OP6-Ação 3, Sub-ação 1: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica os estabelecimentos do primeiro nível da rede de serviços de saúde da paróquia, segundo os recursos econômicos aprovados para tal fim;

- Recursos: econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração);
- Produtos: 11 Consultórios Populares, 3 NAP e 1 ARUI com a infra-estrutura e a capacidade tecnológica segundo suas competências, funcionando adequadamente na paróquia;
- Resultados: (1) Aumento do percentual de partos normais (baixo risco) atendidos nos estabelecimentos de saúde da paróquia; (2) Aumento da cobertura dos programas de saúde da paróquia; (3) Aumento da qualidade no atendimento nos serviços de saúde da paróquia; (4) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas; (5) Diminuição do percentual da população com demandas insatisfeitas; (6) Diminuição do percentual de demanda reprimida; (7) Diminuição do número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde;
- Responsável: Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenadora de Administração da DMSSM;
- Tempo: 10 meses.

OP6-Ação 3, Sub-ação 2: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica os estabelecimentos do segundo nível da rede de serviços de saúde da paróquia, segundo os recursos econômicos aprovados para tal fim;

- Recursos: econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor,

Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração);

- Produtos: 1AUII, 1 CDI, 1 SRI e os outros que se considerem necessários com a infra-estrutura e a capacidade tecnológica segundo suas competências, funcionando adequadamente na paróquia;
- Resultados: (1) Aumento do percentual de partos normais (baixo risco) atendidos nos estabelecimentos de saúde da paróquia; (2) Aumento da cobertura dos programas de saúde da paróquia; (3) Aumento da qualidade no atendimento nos serviços de saúde da paróquia; (4) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas; (5) Diminuição do percentual da população com demandas insatisfeitas; (6) Diminuição do percentual de demanda reprimida; (7) Diminuição do número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde;
- Responsável: Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenadora de Administração da DMSSM;
- Tempo: 10 meses.

III.2.3.3 Vulnerabilidade e surpresas no plano de ação

Este ponto foi desenvolvido em várias oficinas, desde a oitava até a décima, já que a vulnerabilidade do plano segundo o cenário de referência e as possíveis surpresas às quais estaria exposto o plano, eram fatores de relevância para os atores-chave.

Em outras palavras, o processo de desenho do plano de ação é um ir e vir, ao mesmo tempo em que estão sendo construídas as operações, se pensam nas dificuldades poderiam complicar o cumprimento da meta.

Nesse sentido, se avaliou a influência de cada variante nas operações desenhadas, tendo como referência: o contexto do plano ou o cenário intermediário; as circunstâncias não controladas pelos atores que têm impacto significativo sobre o problema e o plano de ação (quadro 27).

QUADRO 27. ANÁLISE DA VULNERABILIDADE DO PLANO NO CENÁRIO DE REFERÊNCIA, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Variantes Simples	Operações					
	OP1	OP2	OP3	OP4	OP5	OP6
1. Orçamento do Município para a saúde					X	X
2. Salário dos médicos						X
3. Situação Sócio-Epidemiológica da paróquia: comportamento dos indicadores de morbi/mortalidade por causas externas e das condições de vida da população da paróquia						
4. Apoio econômico e político do governo municipal					X	X
5. Apoio econômico e político do governo estadual e das autoridades de Corposalud Aragua					X	X
6. Apoio econômico e político do governo nacional para o fortalecimento da rede de serviços de saúde no país			X			X
7. Trabalho intersetorial na DMSSM				X		
8. Participação no desenvolvimento do plano da equipe da Missão Bairro Adentro na paróquia			X			
9. Participação dos conselhos comunais	X	X				

Fonte: Oficinas de trabalho com os gestores de saúde da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Assim, as operações 5 e 6 são vulneráveis às variáveis relacionadas com recursos econômicos (1, 2, 4 e 5), porque estes são críticos para o desenvolvimento daquelas. Esta vulnerabilidade se dá porque os recursos econômicos necessários para desenvolver essas atividades escapam ao espaço de governabilidade do ator principal (Diretor Municipal de Saúde). Os atores acreditam que é pouco provável que os três níveis de gestão neguem o apoio econômico para o plano, porém, será necessário construir a viabilidade econômica solicitando nas diferentes instâncias o apoio, ou seja, demandando os recursos que fazem falta.

As operações 3 e 4 poderiam estar afetadas pela falta de reitoria no setor saúde no nível nacional, assim como pela não participação da equipe da Missão Bairro Adentro. A primeira questão foge do espaço de governabilidade local, mas, os atores propõem gerar no nível local ações que possam servir de referência para outras paróquias. Para isto

deve-se negociar com a equipe da Missão Bairro Adentro e com as autoridades do Hospital “José María Benítez” para desenvolver as operações 3 e 4, as quais fortalecem o trabalho em rede.

Entretanto, as operações 1 e 2 se vêm afetadas pela pouca participação dos conselhos comunais. Ante esta situação a equipe está prevendo o desenvolvimento de estratégias de negociação, além de incorporar ativamente a esses atores em todo o processo de planejamento, como já foi feito.

De igual forma, se avaliou o impacto de cada surpresa no plano. Devido ao limite do tempo, o plano de contingência para a surpresa com maior probabilidade de ocorrência não foi desenhado, porém, aproveitou-se a oficina para delinear algumas estratégias a seguir se a surpresa acontecer (quadro 28).

QUADRO 28. SURPRESAS E SEU IMPACTO NO PLANO DE AÇÃO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Surpresas	Probabilidade (a)	Impacto (b)	Custo (c)	Sim/Não (d)
Mudam as autoridades sanitárias no estado Argava	M	A	A	N
Processo de (re)centralização da saúde no país	B	M	M	N
Diminui o orçamento para a saúde no município	B	A	A	N

A = alto M = médio B = baixo S = sim N = não

(a) Probabilidade de ocorrência da surpresa (A,M,B)

(b) Impacto sobre o plano (VDR) (A,M,B)

(c) Custo do plano de contingência (A,M,B)

(d) Decisão de elaborar o plano de contingência

Fonte: Oficinas de trabalho com os gestores de saúde da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Mudam-se as autoridades sanitárias no estado Aragua os atores propuseram as seguintes estratégias: (a) Apresentar o plano de ação às novas autoridades destacando a importância das operações para a diminuição das *brechas por iniquidade* em saúde e a contribuição deste na melhora das condições de vida da população; (b) Envolver o maior número de atores nas diferentes operações e ações do plano, para garantir um respaldo ao plano ante as novas autoridades estaduais.

III.2.4 O Momento Estratégico: viabilidade do plano de ação

III.2.4.1 A análise da motivação dos atores em fase às operações do plano e do Vetor de Peso (VP) ou da capacidade de poder

Uma vez desenhado o plano de ação para o cenário intermediário, se procedeu à análise da motivação dos atores. Como se observa no quadro 29 na maioria das operações os atores têm uma motivação entre alta e media a favor, coincidindo com os resultados preliminares obtidos na seleção da paróquia apresentados no ponto III.1.4.4.

QUADRO 29. MOTIVAÇÃO DOS ATORES EM FACE DAS OPERAÇÕES DO PLANO, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Nº	Atores	Operações					
		OP1	OP2	OP3	OP4	OP5	OP6
1	Diretor Municipal de Saúde	A+	A+	A+	A+	A+	A+
2	Prefeito	M+	M+	M+	A+	A+	A+
3	Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro	A+	A+	M-	B+	A+	A+
4	Conselhos Comunsais	A+	A+	M+	A+	A+	A+
5	Conselhos de Saúde	A+	A+	M+	A+	A+	A+
6	Presidente de Corposalud Aragua	M+	M+	A+	M+	M+	M+
7	Membros da equipe municipal de saúde	A+	A+	A+	A+	A+	A+
8	Representante do setor educativo da paróquia	A+	A+	M+	A+	A+	A+
	CS	X	X		X	X	X
	CF			X			

CS = Consenso

CF = Conflito

A = alto M = médio B = baixo 0 = zero

(+) = a favor (-) = em contra (0) = indiferente

Fonte: Oficinas de trabalho com os gestores de saúde da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

Na operação 3 é provável que o Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro tenha uma motivação media contrária, devido à dificuldade de integração com a rede, dada a forma como surgiu a Missão Bairro Adentro no país em paralelo à rede de serviços existentes, além dos problemas próprios da reitoria da saúde no país.

No entanto, como se obteve apoio do Coordenador da Missão Bairro Adentro em múltiplas atividades, a equipe que trabalhou na análise da viabilidade considera a possibilidade de resolver o impasse com uma estratégia de negociação, que abra a discussão voltada para o entendimento, no sentido habermasiano.

No quadro 30 se apresentam a análise do VP para a operação em conflito, que os atores preferiram chamar de operação a ser negociada, no sentido de que não seja olhada como algo negativo. Este ponto traz a relevância da abordagem comunicativa, a qual sem

dúvida depende dos atores que estejam envolvidos no planejamento, das suas atitudes e capacidades para assumir os processos de negociação como processos de aprendizado, necessários em qualquer atividade que envolve várias pessoas ou instituições.

Assim, uma das fortalezas da equipe de saúde da paróquia (DMSSM e CMMBA), é precisamente essa abertura para os processos de negociação, que nem sempre faz parte das capacidades dos gestores. Esta deferência confirmou a importância de que o plano como aposta seja construído com a intervenção da maior parte dos atores, onde se dê o que Rivera (1995) denomina uma interação lingüisticamente mediada.

QUADRO 30. ANÁLISE DA VIABILIDADE DAS OPERAÇÕES CONFLITIVAS NA SITUAÇÃO INICIAL, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Grau de controle dos recursos pelos atores que apóiam							Recursos envolvidos		Grau de controle dos recursos pelos outros atores	
A1	A2	A4	A5	A6	A7	Balanco geral do controle	D	M	Balanco geral	A3
25%	5%	5%	20%	20%	0%	75%	X	X	25%	25%
Conclusão viabilidade							[S]	[S]		
							N	N		

D = Decisão

M = Materialização

S = Sim

N = Não

Fonte: Oficinas de trabalho com os gestores de saúde da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

III.2.4.2 Estratégias para a operação em conflito

Embora, não se chegou a desenhar a operação tática para a construção de viabilidade do plano (OK), a estratégia de negociação proposta considera o envolvimento do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, através de discussões que incluíam as críticas ou pontos de desencontro, com a finalidade de chegar a um acordo. Destaca-se que para os atores que participaram do desenho do plano, o fato de que a finalidade última do plano é diminuir as *brechas por iniquidade* em saúde permite argumentar o desenvolvimento das operações (quadro 31)

Ao mesmo tempo, reconhecem que apesar das vantagens que se tem na paróquia ainda existe muito trabalho pela frente e que fundamentalmente esse trabalho está baseado em saber se comunicar, argumentar e negociar as idéias embutidas no plano para obter os resultados planejados. Ou seja, o êxito ou não do plano além de depender de alguns

recursos críticos (econômicos, políticos, entre outros), também depende em grande parte de uma mudança de cultura tanto no interior dos estabelecimentos de saúde como na população da paróquia.

Esta reflexão é de vital importância porque o impacto do plano ao ser dirigido para contribuir com a melhora da situação de saúde da população da paróquia de Santos Michelena, estabelece que os critérios de equidade não se reduzem apenas a ter mais estabelecimentos de saúde, senão à qualidade de seu funcionamento, às práticas efetivas de promoção da saúde, à integração da rede de serviços de saúde, entre outras.

QUADRO 31. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS, PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, ANO 2007

Estratégias	Operações Conflitivas				
	OP1	OP2	OP3	OP4	OP5
	Atores				
Autoridade					
Persuasão					
Negociação cooperativa			Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro		
Negociação conflitiva					
Conflito					

Fonte: Oficinas de trabalho com os gestores de saúde da paróquia Capital, município Santos Michelena, estado Aragua, 2007.

III. 3 LIÇÕES APRENDIDAS À LUZ DA EXPERIÊNCIA DESENVOLVIDA NO NÍVEL LOCAL EM SAÚDE NA VENEZUELA

A aplicação do PES na paróquia Capital Santos Michelena permitiu testar a adaptação feita neste trabalho ao enfoque estratégico de Matus (1996), baseada fundamentalmente: (a) na incorporação de um olhar do problema analisado desde a equidade; (b) no reconhecimento da importância de uma abordagem comunicativa em todo o processo de planejamento.

A primeira questão que surge da aplicação diz respeito à necessidade de fazer o reconhecimento da paróquia antes de iniciar-se as oficinas de trabalho, quer dizer, a aplicação do guia, a revisão da sala situacional e dos ASIS tem que fazer-se no momento prévio à seleção dos problemas. A razão desta sugestão é que permite enriquecer a explicação situacional e, portanto a discussão nas oficinas, além de que se teria mais tempo para o levantamento da informação.

Nas diferentes aplicações do guia na Venezuela, geralmente este era aplicado depois da identificação dos problemas com a finalidade de incluir perguntas sobre os mesmos. Acreditamos que no nível local no estado Aragua, é possível aplicar o guia no início e depois das primeiras oficinas, fazer uma segunda observação nas localidades para preencher as perguntas próprias dos problemas a analisar, após uma análise previa da informação coletada na primeira aplicação. Isto potencializaria a capacidade explicativa, a inclusão de outros atores, assim como a sala situacional da equipe de saúde.

Outro ponto por trabalhar é a incorporação da análise relativa das necessidades de saúde no nível local, a partir da proposta de Porto et. al (2002b). Talvez com essa análise se possa obter uma pontuação que estratifique melhor as localidades por condições de vida. Além disso, permitiria potencializar o uso da informação em saúde para a tomada de decisões oportunas. Com isto não descartamos a aplicação do guia, senão que propomos que se complementem.

Uma questão que se discutiu com a equipe de saúde foi sobre a complexidade do método, ao que alguns argumentaram que resulta complicado tentar explicar a realidade tão complexa, mais ainda a situação de saúde das populações, através de enfoques simplistas.

Nesse sentido, a equipe de saúde coincide com o que argumenta Artmann (1993): o nível local de saúde tem sua complexidade e o método deve dar conta dela. Em termos gerais a experiência na paróquia sugere que na medida em que exista uma demanda real

por planejamento e se tenham atores com capacidade de desenvolver o método, é provável obter resultados de impacto a favor de melhoras na saúde da população.

O tempo acadêmico foi outra limitante na aplicação, dado que não era simples fazer uma abordagem comunicativa com atores de diversos setores, em um período limitado. Contudo, se tentou aproveitar no máximo o tempo sem limitar os momentos de discussão. Por isto, algumas discussões tiveram que complementar-se a distância.

A adaptação do PES permitiu ter uma visão abrangente sobre a saúde da paróquia e ao mesmo tempo exigiu informação dos diversos sistemas (de gestão, epidemiológico, administrativo, entre outros), evidenciando suas fortalezas e debilidades. Isto foi um aspecto marcante nas diferentes áreas vinculadas à saúde da paróquia e do estado. No caso do estado a avaliação da informação foi feita ao analisar os indicadores para escolher a paróquia com mais necessidades relativas de saúde.

Contar com os diversos atores que conhecem os problemas e têm a capacidade de explicá-los é indispensável, do contrário a explicação situacional fica restrita ao que pensa apenas um ator. Também a forma da aplicação do método é outro ponto de vital importância, porque se abrem ou se fecham possibilidades, quem aplica o método pode servir de mediador ou simplesmente frustrar o processo de discussão.

Envolver desde o início às autoridades de saúde do nível estadual, respaldou o processo de planejamento e incentivou a equipe de saúde local a dar o melhor de si para alcançar os objetivos propostos.

Para os atores a aplicação do PES constitui um processo contínuo de aprendizagem, por isso surgiram várias demandas de capacitação com a finalidade de melhorar as competências da equipe de saúde como dos representantes dos conselhos comunais e dos comitês de saúde no nível local.

Uma lição inesquecível é o acúmulo de saber que têm as comunidades. Este saber, nesta experiência, foi ratificado quando se fizeram algumas análises da informação que têm os diferentes estabelecimentos de saúde. A abordagem comunicativa do PES permitiu promover esse encontro de saberes, entre o saber popular e o saber técnico-científico, pois ambos têm seu valor no processo de planejamento.

Igualmente, olhar as *brechas por iniquidade* segundo os territórios sociais foi uma novidade da aplicação. Geralmente a palavra equidade é usada na equipe de saúde, mas, como operacionalizá-la na prática não está tão claramente definido, menos ainda no nível local. Assim, a partir dos diversos instrumentos utilizados (assumindo suas vantagens e limitações) a equipe de saúde teve a satisfação de ter construído um plano de ação que considera essas *brechas*; para eles a aplicação do PES na paróquia Capital

Santos Michelena deixou bons produtos, entre eles o mapeamento dos territórios sociais com uma primeira aproximação da distribuição dessas *brechas* e algumas análises que evidenciam a importância desse olhar na gestão em saúde.

CONCLUSÕES

O alcance de um maior patamar de equidade em saúde como foi dito no primeiro capítulo deste trabalho é uma dos princípios norteadores da legislação venezuelana. Porém, essa definição formal do direito é só o início de uma série de processos que em última instância permitirão garantir efetivamente e operacionalizar o conceito da equidade no país.

Nesse sentido, na Venezuela se estão desenvolvendo diversas estratégias orientadas à busca da operacionalização da equidade em saúde, como respostas ao que Matus (1996) chama de regras básicas ou leis, ou seja, ao marco legal vigente. Evidentemente, o planejamento em saúde tem um papel fundamental na implementação dessas estratégias, tanto para incorporar o olhar da equidade, como para em outros casos esquecer esta dimensão.

O esforço tem sido orientado para desenvolver um pensamento estratégico nos diferentes níveis de poder, mas, sobretudo voltado para o nível local. Tal pensamento deve proporcionar uma nova valorização e direcionalidade às políticas públicas. E ao mesmo tempo, funcionar como eixo orientador de objetivos, processos e recursos com o propósito de buscar viabilidade e capacidade de governo para enfrentar os desafios da transformação da realidade social venezuelana (Ministerio de Salud y Desarrollo Social/Actualmente denominado MPPS, 2002b).

Os objetivos deste trabalho se centraram em estudar o PES no nível local em saúde como uma ferramenta potencial para desenvolver esse pensamento estratégico, cujo fim último é contribuir para se ter uma sociedade mais justa e equitativa. Para isto, se adaptou a proposta original do PES de Matus (1996), incorporando entre outros:

- Elementos do Instrumento de Identificação e Representação de Necessidades Sociais desenvolvido pelo MPPS;
- Aspectos dos estudos de Rivera (1995), da proposta de Artmann (1993) e da proposta de Porto et al. (2002);
- Aportes de Castellanos (1992, 1995) e Bergonzoli (2006) sobre a situação de saúde, condições de vida, sala situacional e ASIS.

Com esse conjunto de contribuições foi desenhada uma proposta permeada pela abordagem comunicativa e o olhar desde a equidade. O primeiro aspecto foi uma necessidade já discutida em vários trabalhos por Artmann e Rivera. Os autores, à luz da teoria da ação comunicativa de Habermas (1987), olharam a proposta de Matus (1996) e

concluíram que era preciso resgatar do PES sua visão comunicativa, ou seja, superar o planejamento estratégico, a partir do enfoque comunicativo.

Para isto, apresentamos as críticas discutidas por Artmann e Rivera, com a finalidade de uma melhor compreensão dos aportes da teoria habermasiana que seriam incorporadas na adaptação para o nível local em saúde. Ao abordar este ponto na aplicação do PES na paróquia Capital Santos Michelena, nos deparamos com a questão de que a abordagem comunicativa depende dos atores que participam do processo de planejamento em saúde e da sua competência para promover uma comunicação que visa o entendimento.

Contudo, a capacidade de argumentação é uma fonte que potencializa o PES, mesmo não existindo um ambiente onde todos os atores buscam chegar ao consenso. Na prática, se existe vários atores com pontos de vista desencontrados, o que fará a diferença, são os argumentos utilizados por cada um deles. O mediador na discussão tem um papel importante no alcance da abordagem comunicativa e é, portanto, fundamental o conhecimento que essa pessoa tenha sobre a paróquia e seus atores bem como a atitude comunicativa que considera os quatro pressupostos da comunicação voltada para o entendimento: inteligibilidade; verdade dos enunciados; correção normativa e autenticidade dos participantes (Habermas,1990) .

É esse conhecimento e essa postura que lhe permitirá entender os diferentes argumentos e propor, se for o caso, a necessidade de aprofundamento a partir de outras fontes de informação, ou ouvir a opinião de outros atores. Além disso, na medida em que a argumentação é considerada no processo de planejamento, se vai dando uma acumulação de conhecimento, que exige a necessidade de ter os argumentos necessários sobre o que se vai falar.

Às vezes nem todos os atores têm a capacidade para expressar os seus argumentos, porém, isso não descarta que estes sejam importantes. No caso da paróquia Capital Santos Michelena, várias das falas dos atores-chave (representantes dos conselhos comunais ou moradores) constituíam uma declaração sobre a problemática, mesmo que a estruturação não tenha sido a melhor, essas falas constituíram um insumo vital para a explicação situacional do problema. Depois várias delas coincidiram com as análises feitas a partir, por exemplo, dos bancos de dados. Assim, a teoria da argumentação realça que a explicação do problema dependerá dos atores que a expliquem, tal e como o considera Matus (1996).

A abordagem comunicativa como primeiro aspecto incorporado na adaptação do PES, traz como desafio para a equipe de saúde no nível local, a necessidade de ampliar as competências comunicativas e servir de apoio para a população no processo de

argumentação e sustentação de alguns problemas. Aqui a sala situacional concebida como o espaço que gera inteligência em saúde (Bergonzoli, 2006) tem um papel fundamental.

O segundo aspecto, o olhar desde a equidade foi trabalhado através da construção dos territórios sociais entendidos como espaços dinâmicos onde se encontram as populações com suas condições de vida. O desafio neste ponto foi nos aproximarmos das condições de vida da população, olhando aspectos das diferentes dimensões: biológica, ecológica, econômica e de consciência e conduta, segundo a proposta de Castellanos (1992, 1995). Para isto utilizamos o guia de observação desenhado na Venezuela, através do qual se obteve uma pontuação que permitiu construir os territórios sociais. O guia tem limitações próprias que foram discutidas no capítulo anterior, no entanto, constituiu uma fonte de informação importantíssima no processo de planejamento porque foi o caminho para estar mais perto da realidade e da gente com seus problemas.

A observação feita em cada localidade vai muito além do preenchimento do guia e permite ao planejador captar aspectos da realidade que dificilmente seriam entendidos só nas oficinas de trabalho. De fato, para o Diretor Municipal de Saúde este ponto foi de suma importância, porque lhe permitiu atualizar a sala situacional, mapear as localidades por territórios sociais segundo condições de vida, dar seguimento a algumas atividades que se estavam desenvolvendo em várias localidades, entre outras.

Também, foi um contato mais direto com a realidade, conversar com os moradores, saber o que fazem, conhecer como funcionam as políticas sociais do governo no nível local. É nesse contato onde de uma ou outra forma se evidencia se o conceito de equidade está ou não presente na implementação das políticas.

Consideramos pertinente potenciar o guia com outros aportes e achamos que a proposta de Porto et al. (2002) poderia ser útil para nos aproximar da construção de um indicador mais robusto sobre condições de vida. Esse é um trabalho ainda por fazer, na busca de tentar superar as limitações do instrumento.

Na paróquia Capital Santos Michelena, comprovou-se por um lado que efetivamente é uma das paróquias com maiores necessidades relativas de saúde do estado Aragua e, que essas diferenças no interior da paróquia se distribuem de forma desigual, quer dizer, no interior dessa paróquia existem localidades que têm piores condições de vida e de saúde do que outras. Esta questão é fundamental para o planejamento em saúde no nível local, porque se tais *brechas* não são levadas em conta se reproduz a iniquidade existente.

Além disso, é no nível local onde as *brechas* podem ser olhadas de uma melhor forma, porque se trabalha com as unidades de análises de menor desagregação. Por exemplo, se a análise se faz no nível estadual, é provável que muitas das *brechas por iniquidade* encontradas no nível local fiquem solapadas, porque as unidades de análises são maiores (municípios ou paróquias).

A abordagem comunicativa e o olhar desde a equidade se complementam, já que a primeira nega a reificação dos atores e exige ao mesmo tempo a incorporação das várias opiniões e argumentos no processo de planejamento. Isto permite de uma forma incorporar a equidade ao dar espaços aos atores que sempre estiveram relegados e que, na maioria dos casos, são os que padecem os problemas analisados com o PES.

Ao mesmo tempo, a incorporação de critérios eqüitativos no PES precisa de uma abordagem comunicativa do planejamento, para negociar e chegar a acordos, para argumentar o por que serão ou não priorizadas certas localidades, para ouvir as diferentes explicações e chegar a um consenso que beneficie as populações menos favorecidas, entre outras.

O PES, ao incluir essas abordagens, contribui na potencialização do uso da informação que se produz nos diferentes serviços da rede de saúde, a qual não só serve para o setor saúde, mas também pode ser um insumo para avaliar as políticas de outros setores (educação, nutrição, ambiente, entre outros). Ao mesmo tempo permite estimar o impacto que têm as políticas sociais no alcance de um maior patamar de equidade, ou seja, no fortalecimento da igualdade de oportunidades em saúde para os que apresentam menores capacidades de funcionamento, no sentido de Sen (1992).

Nossa pretensão não foi construir uma proposta metodológica acabada, mas, uma contribuição em um longo caminho a percorrer. Acreditamos que a aplicação da adaptação feita do PES em outras paróquias da Venezuela enriquecerá substancialmente este processo.

Assim, os resultados apresentados neste estudo permitem concluir que a adaptação feita do PES para o nível local em saúde pode contribuir para obter impactos positivos na saúde das populações, assim como na gestão mesma. Vale ressaltar os seguintes pontos positivos preconizados no PES e utilizados na experiência desenvolvida na paróquia Capital Santos Michelena:

- A vinculação de diversos atores ao processo de planejamento, os quais participaram nos diferentes momentos do PES dependendo de suas fortalezas;
- A integração de técnicas quantitativas e qualitativas para tentar nos aproximarmos da realidade;

- O encontro do saber popular e o saber técnico como fontes fundamentais para identificar, explicar e buscar soluções às problemáticas da paróquia.

De igual forma, destaca-se dentre as principais inovações metodológicas desenvolvidas:

- O olhar explícito das *brechas por iniquidade* e a conformação dos territórios sociais segundo as condições de vida;
- A incorporação da abordagem comunicativa no processo de planejamento, tendo a negociação cooperativa como estratégia que visa o entendimento entre os diversos atores;
- A integração da epidemiologia no processo de planejamento como peça chave na produção de informação para a ação, especificamente a Análise da Situação de Saúde (ASIS).

Outro ponto inovador que merece especial destaque foi o processo desenvolvido para escolher a paróquia. Nossa grande dúvida era como incorporar critérios de equidade na seleção da paróquia e, ao mesmo tempo, garantir maior viabilidade ao plano considerando ainda, a alta demanda real por planejamento no estado Aragua por parte de diversos atores. As duas dimensões utilizadas para dar resposta a esta questão foram: a análise das necessidades relativas de saúde e, a análise da motivação do potencial participativo dos atores-chave.

Esta abordagem permitiu envolver as autoridades de saúde do estado Aragua, porque a análise incorporou as paróquias do estado, o que resultou fundamental porque dava certo respaldo aos atores municipais no desenho do plano. Além disso, foi muito útil para avaliar os dados em saúde do estado e caracterizar através do indicador gerado a distribuição das necessidades relativas de saúde das paróquias consideradas no estudo.

Com a análise do potencial participativo deu-se uma primeira aproximação às cinco paróquias que possuíam segundo o indicador, mais necessidades relativas de saúde, fazendo-se uma análise de pré-viabilidade que permitiu conhecer os atores-chave e o poder de convocatória destes. Destaca-se que das cinco paróquias que ficaram com mais necessidades relativas de saúde, as que não foram escolhidas tiveram um impacto no processo de planejamento, já que no momento desta análise foi dada uma retroalimentação sobre as debilidades encontradas.

A combinação desta análise com a anterior deu uma ótima resposta ao problema de como priorizar as unidades alvo da aplicação de certas metodologias que, como esta, estão sendo testadas e que visam contribuir com a melhoria da saúde das populações.

No momento explicativo, a vinculação da MIC-MAC e o Plano Cartesiano com os critérios que Matus (1996) para a seleção das causas chaves permitiu aos atores ter um

olhar mais abrangente, onde analisavam as relações entre as causas, classificavam as causas segundo a sua motricidade e dependência, e finalmente, decidiram o que era possível fazer no espaço de governabilidade. Assim, os atores captaram que nem sempre é possível enfrentar aquelas causas cujos nós críticos são considerados como chaves no Plano Cartesiano, e que nesses casos se deve criar o plano de demandas e desenhar um plano de ação para aqueles nós que estejam sob o próprio espaço de governabilidade. A integração de técnicas quantitativas e qualitativas para tentar nos aproximarmos da realidade abrangeu a explicação situacional do problema.

Da mesma forma, a seleção do problema na paróquia Capital Santos Michelena esteve relacionada ao ator principal, o Diretor Municipal de Saúde, e é por isto que na primeira oficina a maior parte dos problemas identificados eram de saúde, assim como o problema selecionado. Em outras palavras, para os atores, o Diretor Municipal de Saúde tinha mais chance de resolver um problema de saúde, do que um problema de outro setor, por exemplo, problema de racionamento e má qualidade da água.

Ficou novamente evidenciado que no setor saúde se tratam as conseqüências de outros problemas estruturais da sociedade, pelo que é factível avaliar as diferentes políticas sociais, a partir dos dados que se coletam neste setor. No caso venezuelano, por exemplo, poderiam se avaliar os Mercados (mercados), as casas de alimentação, as diferentes Missões do governo venezuelano, entre outras.

Neste sentido tanto a epidemiologia como os processos de gestão são de vital importância no planejamento estratégico em saúde. De fato aplicar o PES exige a produção de informação oportuna e de qualidade das diferentes áreas; se estas carecem de qualidade o mesmo processo servirá para melhorar os dados e potencializar os sistemas de informação. Isto aconteceu no estado Aragua e na paróquia Capital Santos Michelena com alguns dados.

Assim, é uma exigência do PES a integração da epidemiologia no processo de planejamento como peça chave na produção de informação para a ação, destacando sua utilidade para olhar explicitamente as *brechas por iniquidade* e a conformação dos territórios sociais segundo as condições de vida.

O desenho do plano e o estudo de sua viabilidade constituíram um momento de reflexão intenso. O rigor com que foi abordado o momento explicativo exigiu da equipe que participou do desenho do plano construir respostas de acordo com o processo de explicação situacional, considerando as populações menos favorecidas e incluindo na discussão o maior número de atores.

Em tal sentido, toda a explicação situacional do problema selecionado **a baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde** foi o insumo utilizado para o desenho do plano de ação. Destaca-se que algumas das ações do plano estão sendo executadas na paróquia, portanto, é provável que vários dos elementos apresentados tenham tido mudanças. Para Matus (1996) isso é o que acontece na realidade, porque o gestor e sua equipe não aguardam para ter o plano pronto e depois aplicá-lo, senão que este se constrói ao mesmo tempo em que certas ações e estratégias estão sendo executadas e outras mudadas.

O comprometimento dos diversos atores e a demanda real por planejamento são aspectos que jogam um papel importante e fazem diferença, sobretudo na aplicação de um método complexo que exige integração e trabalho em equipe.

Por outro lado, entrar em contato com a realidade permitiu rever a adaptação com o intuito de melhorá-la. No último capítulo destacamos algumas das questões que faríamos de uma outra forma se tivésemos que aplicar novamente o PES no nível local. É esse processo dinâmico e criativo que caracteriza o PES, enfoque que reconhece a importância dos atores na produção social.

Para a Corporação de Saúde do estado Aragua e para a Direção Municipal de Saúde da paróquia Capital Santos Michelena desde a seleção da unidade de análise até as últimas discussões a distância sobre o plano de ação trouxeram resultados entre os quais se destacam:

- Avaliação dos dados que se coletam nos diferentes estabelecimentos, evidenciando-se o que assinala Bergonzoli (2006:19) “existe un consenso general de aceptar que, en cada uno de los diferentes niveles de gestión, existen datos en cantidad y calidad suficientes para aplicar un proceso de análisis que facilite la toma de decisiones”. No entanto, são poucos os mecanismos para a conversão desses dados em informação e conhecimentos necessários para apoiar a planificação dos serviços de saúde e a alocação de recursos em forma estratégica e equitativa.
- Mapeamento das diferentes localidades e instituições e organizações de importância para entender o processo de reprodução das condições de vida;
- Análise da informação em saúde da paróquia e estabelecer algumas *brechas por iniquidade* existentes;
- Promoção de um processo de capacitação na equipe de saúde da paróquia para a análise da informação em saúde e a potencialização da Sala Situacional;
- Atualização do ASIS da paróquia;

- Construção de um plano de ação para dar respostas ao problema da **baixa capacidade resolutiva da rede de serviços de saúde**.

O espaço de ação está sempre ocupado pelas rotinas, as urgências e a improvisação. A aplicação do plano dependerá em parte do deslocamento, ao menos em parte, do espaço que ocupam a improvisação, as urgências e as rotinas (Huertas, 1996:103). Na paróquia Capital Santos Michelena, este é o grande desafio para os atores que tem sob sua responsabilidade as operações e ações do plano.

Por fim, defendemos a necessidade de que no PES como método para governar e, neste caso como ferramenta para o processo de gestão dos estabelecimentos de saúde, deve incorporar-se explicitamente a categoria equidade, porque esta mudará a forma de olhar a realidade e evitará reproduzir e aprofundar as iniquidades existentes. Este desafio exige a ativação do sistema de petição e rendição de contas, assim como, a integração e funcionamento dos diversos sistemas de informação e planejamento, através dos quais se produzirá a informação necessária para apoiar a tomada de decisões na gestão em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 18 (suplemento):S23-S36.
- ALMEIDA-FILHO, N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 1999; Serie Documentos Técnicos.
- ARTMANN, E. 1993. O Planejamento Estratégico Situacional: a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- ARTMANN, E; AZEVEDO, C.S. & SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13(4):723-740.
- ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. *Cadernos da Oficina Social* n° 3. 2000; Série Desenvolvimento Local. COPPE/UFRJ.
- ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;6 (1):183-195.
- ARTMANN, E.; RIVERA, F. 2006. Humanização no atendimento e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 205-231.
- FREITEZ, A. et. al. 2005. Análisis de la Situación de la niñez y la mujer en Venezuela 2005. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello (IIES-UCAB), UNICEF-Venezuela y Ministerio de Planificación y Desarrollo. Caracas.
- BERRENCHEA, J.; TRUJILLO, E. & CHORNY, A. 1989. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Medellín: Universidad de Antioquia.
- BERGONZOLI G. 2006. Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública. Maracay: Editora IAESP.
- BOBBIO, N. 2000. Teoria geral da política. A filosofia política e as lições dos clássicos. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Editora Campus.
- BREILH, J. 1998. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: Construcción de lo social y del género. En: *Cuerpos, Diferencia y Desigualdades*. Bogotá: Utópica Ediciones.
- BREILH, J. 1997. Hacia una epidemiología dura: Retos y avances. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.

- CARUCCI, F. 2003. Planificación Estratégica por problemas: un enfoque participativo. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) y Friedrich Ebert Stiftung.
- CASTELLANOS P.L. 1992. Perfiles de salud y condiciones de vida: una propuesta operativa para el estudio de inequidades de salud en América Latina. I Congreso Iberoamericano de Epidemiología, Granada.
- CASTELLANOS, P.L. 1995. Epidemiología, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida. Consideraciones conceptuales. Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida y Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Santa Casa. São Paulo (Mimeo).
- CASTELLANO, P.L. 1998. Los Modelos Explicativos del Proceso Salud – Enfermedad: Los Determinantes Sociales. Madrid: Mc Graw – Hill.
- COORDINACIÓN MUNICIPAL DE LA MISIÓN BARRIO ADENTRO. 2006. Análisis de la Situación de Salud municipio Santos Michelena. Aragua (Mimeo).
- CORPORACIÓN DE SALUD DEL ESTADO ARAGUA. 2007. Establecimientos de salud. Disponible en <http://www.corposaludaragua.gov.ve/web/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=10> (último acceso en agosto 2007).
- CORPORACIÓN DE SALUD DEL ESTADO ARAGUA. 2007. Sistema de Información del Modelo de Atención Integral (SISMAI) períodos 2001-2005 y 2004-2006.
- D'ELIA, Y. & MAINGON, T. 2004. La Equidad en el Desarrollo Humano: Estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad. Documentos para la discusión. Informes sobre Desarrollo Humano en Venezuela. PNUD-GTZ.
- DEL PILAR, L.; ARREOLA, T; PATRICIA, N. et al. Equidad y Calidad en Salud. Conceptos Actuales. Rev Med IMSS. 2003;41(4):359-364
- DONALDSON, C. & GERALD, K. 1993. Economics of health care financing: the visible hand. London, UK: The Macmillan Press, LTD.
- FREITAG, B. 2005. Dialogando com Jürgen Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 35-48.
- GONZÁLEZ, et al. Estratificación Epidemiológica: Conceptos básicos para guiar planes de intervención en salud. Boletín Epidemiológico Semanal del Instituto "Pedro Kourf". 2000;10 (45).
- GOROVITZ, S., 1979. John Rawls: uma teoria da justiça. In: Filosofia Política Contemporânea. Brasília: UnB, p 77-120.
- HABERMAS, J. 1987. Teoría de la Acción Comunicativa. Madrid: Taurus.

- HABERMAS, J. 1990. Pensamento Pós-Metafísico: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 65-103.
- HABERMAS, J. 2004. Liberalismo político – uma discussão com John Rawls. In: A inclusão do outro: estudos de teoria política. Tradução de George Sperber, Paulo Astor Soethe e Milton Camargo Mota. 2. ed. São Paulo: Loyola, p. 63-124.
- HEREDIA, H.; LÓPEZ, N.; DÁVILA, F. & USECHE, J. 2006. Análisis de Situación de Salud (ASIS) “Una herramienta para el empoderamiento social, una herramienta para el fortalecimiento del poder local”. Ministério de Salud/Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”/Organización Panamericana de la Salud. Maracay (Mimeo).
- HUERTAS, F. 1996. El método PES. Entrevista con Matus, Fondo Editorial Altadir, Caracas.
- JARDANOVSKI, E. & GUIMARÃES, P.C. O desafio da Equidade no setor saúde. In: Revista de Administração de Empresas (São Paulo). 1993;mai/jun:38-51
- JUNQUEIRA, V.; PESSOTO, U.; KAYANO, J. et al. Equidad en la salud: evaluación de políticas públicas en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18(4):1087-1101.
- KERSTENETZKY, C.L. Desigualdade e pobreza: lições de Sen. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2000;15(2):113-122
- KOPF, A. & HORTALE, V. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(Suplemento):157-165.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2004. Reporte social. Mediciones de pobreza segundo semestre año 2003. Caracas. Disponible en: <<http://www.ine.gov.ve>> (último acceso en octubre 2006).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2004b. Proyección del censo 2001. Caracas. Disponible en: <<http://www.ine.gov.ve>> (último acceso en febrero 2007).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2004c. Reporte social por estado 2004. Caracas. Disponible en: <<http://www.ine.gov.ve>> (último acceso en agosto 2006).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2005. Mapa de la pobreza. Caracas. Disponible en: <<http://www.ine.gov.ve>> (último acceso en febrero 2007).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2006. Hogares en Situación de Pobreza, 1er. semestre 1998 – 1er. semestre 2006. Caracas. Disponible en: <<http://www.ine.gov.ve>> (último acceso en febrero 2007).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2006b. Evolución del Índice de Desarrollo Humano en Venezuela, 1998-2005. Caracas. Disponible en: <<http://www.ine.gov.ve>> (último acceso en febrero 2007).

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2007. Proyección de la población 2005-2015, según censo 2001. Caracas. Disponible en: <<http://www.ine.gov.ve>> (último acceso en abril 2007).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2007b. Censo 2001. Caracas.
- INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN. 2007. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), trienio 2004-2006. Caracas.
- LACOSTE, J. 1992. A filosofia no século XX. Campinas, São Paulo: Papyrus.
- LEVCOVITZ, E. & ACUÑA, C. Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá. 2003;2(5):9-32.
- LIMA, S. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro. 1996;30(5):101-138.
- MACINKO, J.A. & STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. *International Journal for Equity in Health*, Baltimore, v.1, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.equityhealth/healthj.com/content/1/1/1>> (último acceso em julho 2007).
- MATUS, C. 1994. Sobre la Teoría de las Macroorganizaciones. *Revista PES*, Santafé de Bogotá, 3.
- MATUS, C. 1996. Política, planejamento & governo. 2. ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).
- MATUS, C. 1996b. Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: Estratégias Políticas. São Paulo: Edições da Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP).
- MATUS, C. La Ciencia y la Política (Conferencia). *Salud Colectiva*. 2007;3(1): 81-91.
- MEDICI, A. Descentralização e Informação em saúde. In: Planejamento e Políticas Públicas. *Revista semestral do IPEA*. 1991;número 51, junho, p. 13.
- MÉNDEZ-CASTELLANO H.; MÉNDEZ MC. 1994. Capítulo IV: La estratificación social por el método Graffar-Méndez Castellano en Venezuela. Estandarización. En: *Sociedad y Estratificación*. Ed. Fundacredesa, Caracas. Venezuela; pp. 23-32.
- METZGER, X. 1996. Conceptualización e indicadores para el término 'equidad' y su aplicación en el campo de la salud. Washington: Programa de Análise da Situação de Saúde, Organização Pan-americana da Saúde (Mimeo).
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. 2000. Declaración del Milenio. Nueva York: ONU.

- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Noticias de la ONU. Disponible en: <<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html>> (último acceso en octubre 2006).
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. 2007. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2007. Nueva York: ONU.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. 1978. Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma Ata.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico. 1999;20(3):1-16.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico. 2001;22(4):1-16.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2004. Perfil de país. Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud de Venezuela. OPAS, Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_862.htm (último acceso en octubre 2006).
- OSSANAI, J. 1994. Reformas contemporáneas en el campo de la salud: En busca de la Equidad. Rockville, MD: Technical Resources International, Inc.
- PEREIRA, J. Justiça social no domínio da saúde. Cadernos de Saúde Pública. 1990;6(4):400-421.
- POPPER, K. 1975. O conhecimento objetivo. Itatiaia, São Paulo.
- PORTO, S. 1997. Equidade na Distribuição Geográfica de Recursos em Saúde: Uma Contribuição para o Caso Brasileiro. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- PORTO, S. Equidad y distribución de recursos financieros en los sistemas de salud. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18:4:939-957.
- PORTO, S.; VIANNA, S.M.; UGÁ, M.A.; VIANNA, C.M.; MARTINS, M.; LUCCHESI, PTR; SZWARCOWALD, C.L.; TRAVASSOS, C. & VIACAVA, F. 2002b. Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos. Relatório final de projeto. Fiocruz. Rio de Janeiro.
- PORTO, S.; MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23(6):1393-1404.
- RAWLS, J. 1997. Uma teoria da justiça. Tradução de A. Pissetta e L. M. R. Esteves. Martins Fontes, São Paulo.

- RIVERA, F. J. U. 1995. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- RIVERA, F. J. U. & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4(2):355-365.
- RIVERA, F. J. U. & ARTMANN, E. 2003. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Francisco Javier Uribe Rivera. (Org.). *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 17-35.
- ROCHA, S. 2003. A pobreza no Brasil: afinal, do que se trata? FGV Editora, Rio de Janeiro.
- SCHRAMM, F. 2000. A difícil dialética entre economia e ética. *Revista Brasileira de Educação Médica* 24(1):77-81.
- SEN, A.K. 1980. "Equality of what?". In.: *Choice, Welfare and Measurement*. Basil Blackwell. Oxford, p. 353-369.
- SEM, A.K. 2000. *Desenvolvimento como liberdade*. Companhia das letras, São Paulo.
- SEM, A.K. 2001. *Desigualdade reexaminada*. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Ed. Record, Rio de Janeiro.
- SEM, A.K. ¿Por qué la equidade en salud?. *Pan American Journal of Public Health*. 2002;11(5-6):302-309.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. & SCHRAMM, F. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005;10(1):129-142.
- STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. Inglaterra. 2001;13(3):545-566.
- STIGLITZ, J. 2003. *El malestar en la globalización*. Cuarta reimpresión. Taurus, Bogotá.
- TEIXEIRA, C. 2005. *Equidade, Justiça, Cidadania e Saúde*. Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicaragua (Mimeo).
- TEIXEIRA, C. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4(2):287-303.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13(2):325-330.
- VARGAS I.; VÁZQUEZ M. & JANÉ, E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(4):927-937.

- VENEZUELA, 1999. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela – Promulgada el 30 de diciembre de 1999. Caracas.
- VENEZUELA, 2001. Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social. Caracas.
- VENEZUELA, 2002. Ministerio de Salud y Desarrollo Social: Plan Estratégico Social. Caracas.
- VENEZUELA, 2002b. Ministerio de Salud y Desarrollo Social: Identificación y Representación de las Necesidades Sociales. Módulo II. Caracas.
- VENEZUELA, 2002c. Ministerio de Salud y Desarrollo Social: El Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas por la Calidad de Vida y la Salud. Módulo I. Caracas.
- VENEZUELA, 2002d. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social – Promulgada el 30 de diciembre de 2002. Caracas.
- VENEZUELA, 2006. Proyecto de Ley de Salud y Sistema Público Nacional de Salud – Aprobado parcialmente en primera discusión el 14 de diciembre de 2004, versión consensuada en septiembre 2006, aún está en discusión en la Asamblea Nacional. Caracas.
- VENEZUELA, 2006b. Instituto de Altos Estudios de Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon. Disponible em: <<http://www.iaesp.edu.ve>> (último acceso em agosto 2006).
- VENEZUELA, 2007. Ministerio del Poder Popular para la Salud: Misión Barrio Adentro I, II, III y IV. Disponible em: <<http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=513>> (último acceso em agosto 2007).
- VIANA, A.; FAUSTO, M. & LIMA, A. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspectiva. 2003;17(1):58-68.
- VIANA, S.M., et al. 2001. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília.
- VITA, A. 1999. Justiça distributiva: a crítica de Sen a Rawls. Dados – Revista de Ciências Sociais. 1999;42(3):471-496.
- WAGSTAFF, A. & VAN, D.E. 1992. Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions. In: *Equity in the Finance and Delivery of Health Care An International Perspective* (A. Wagstaff, E. van Doorslaer, & F. Rutten, ed.), Oxford: Oxford University Press, pp. 85-103.
- WHITEHEAD, M. 1992. Conceptos y Principios de la Equidad y Salud. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, 22:429-445.
- XUNTA DE GALICIA, OPS&OMS. 2007. Ayuda del Software Epidat 3.01. Galicia.

ANEXOS

ANEXO 1. O GUIA DE OBSERVAÇÃO APLICADO NA VENEZUELA (2002)

República Bolivariana de Venezuela
MINISTERIO DE SALUD



Universidad de Carabobo



Instituto de Altos Estudios
 "Dr. Arnoldo Gabaldon"

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"
UNIVERSIDAD DE CARABOBO

Guía de observación N°: _____ **Fecha:** _____ **Encuestador:** _____ **C.I.:** _____
 (Subraye Tipo de Localidad) Barrio/Urbanización/Caserío/Invasión/Rural/Sector

Localidad: _____ **Dirección de Inicio de la Actividad:** _____
Municipio: "Libertador" **Estado:** Aragua

Objetivo: Recoger Información sobre Condiciones de Vida de la Localidad, Barrio o Urbanización, sobre **Causas Claves** y **Consecuencias de los Hechos Violentos**, mediante la Observación Directa de Indicadores Establecidos y de los datos que suministre un Informante Clave.

Condición del Informante Clave: Cualquier persona que tenga viviendo mas de 3 años en la localidad.

Instrucciones:

1. Identifique el Barrio y o Sector donde se realiza la visita.
2. Destine 1 hora a esta actividad. Llegado al sitio deambule por lo menos una manzana, siguiendo las agujas del reloj, o a lo largo de las cuadras, aproximadamente media hora. Si tiene definida bien la ubicación de la localidad puede hacer la observación desde un vehículo no manejado por el observador.
3. Llene completo el instructivo.

INDICADORES DE CONDICIONES DE VIDA

(Observación Directa en la Localidad)

¿Cuántas Viviendas tienen la Localidad?: _____ Informante Clave:
 Número de familias por vivienda (estimado) _____

- | | |
|---|----------------|
| 1. Tipo de vivienda predominante en la zona, seleccione uno solo: | PUNTAJE |
| I-Con optimas condiciones sanitarias, ambientes de gran lujo y grandes espacios. () | _____ |
| II-Con optimas condiciones sanitarias, ambientes de lujo, sin exceso, suficiente espacio. () | _____ |
| III-Buenas condiciones sanitarias, en espacios no tan amplios como los anteriores. () | _____ |
| IV-Ambiente espaciosos o reducidos y con deficiencias en las condiciones sanitarias. () | _____ |
| V-Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuada () | _____ |
| 2. Presencia de Ventas Ambulantes: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | _____ |
| 3. Presencia de Viviendas con Ambientes destinados al Comercio: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | _____ |
| 4. Presencia de Venta de Loterías: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | _____ |
| 5. Observe Venta de Licores en las Casas: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | _____ |
| 6. Presencia de Juegos de Azar (remates de caballo): | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | _____ |

- 7. Presencia de Alumbrado Público:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 8. Postes con Tomas Clandestinas de Electricidad:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 9. Asfaltado de las Vías:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 10. Estado de las Vías:** PUNTAJE
Bueno _____ (Aceras en buen estado, calles asfaltadas, sin huecos)
Regular _____ (Aceras o calles en mal estado, o huecos en el asfalto)
Malo _____ (Sin Aceras y sin asfalto)
- 11. Presencia de Aguas Negras en las Calles:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 12. Presencia de Transporte Público:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 13. Presencia de Basura en las Calles:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 14. Hay Fallas en el Suministro de Agua en la Localidad:** PUNTAJE
Sí _____ No _____ # de días en la semana sin agua _____
- 15. Presencia de Niños en las Calles:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 16. Presencia de Perros Callejeros:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 17. Presencia de Agentes Policiales:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 18. Presencia de Indigentes:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____

Informante Clave Sexo _____ Edad _____ Ocupación _____

Recuerde que este es un estudio ecológico a territorios poblacionales. Cuando pregunte al informante clave es con relación a la LOCALIDAD y no con relación a él o a su situación personal

- 19. Presencia de Canchas Deportivas, Parques o Zonas Recreativas:** PUNTAJE
Canchas Deportivas Sí _____ # _____ No _____
Parques o Zonas Recreativas Sí _____ # _____ No _____
- 20. Presencia de Plantel Educativo:** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- Funcionamiento:** PUNTAJE
Bueno
Regular
Malo

21. Centro de Salud

Cerca _____ Lejos _____

22. ¿Cuántas Organizaciones Vecinales Hay? #: _____ ¿Cuántas Funcionan? #: _____

23. Nombre Dos (2) Problemas de la Localidad: 1 _____
2 _____

24. Nombre Dos (2) Problemas de Salud de la Localidad (restringido a enfermedades comunes): 1 _____
2 _____

25. En lo que va de año: De cada 10 niños menores de 5 años cuantos han padecido diarreas? _____

26. En lo que va de año: Cuántos niños menores de un año han muerto? _____

Las preguntas que vienen a continuación son de carácter reservado Deben hacerse al final de la visita y contar con la aprobación del informante para obtener las respuestas.

“La siguiente información es importante para el análisis de la situación de violencia que pueda vivir la localidad, si Ud. acepta le agradecemos su información. Que además es confidencial ”

- 27. Presencia de Esquinas Calientes y/o Casas de Citas en la Localidad (Informante Clave)** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____
- 28. Presencia de Bares en la Localidad (Informante Clave)** PUNTAJE
Sí _____ # _____ No _____

29. En lo que va de año: De cada 10 hombres entre 15 a 25 años ¿Cuántos considera Ud. que consumen alcohol todos los fines de semana? _____
30. En lo que va de año: De cada 10 personas en edad de trabajar ¿Cuántas estarán Desempleadas? _____
31. En lo que va de año: De cada 10 hombres entre 15 a 25 años ¿Cuántos considera Ud. Que han sufrido Heridas o Agresiones por otras personas? _____
32. En lo que va de año: De cada 10 familias puede decirnos en ¿Cuántas de ellas hay violencia doméstica (Peleas con Agresión Física entre la Pareja) _____
33. En lo que va de año ¿Cuántos Robos en la localidad conoce Ud. Que ha ocurrido? _____

¡Muchas Gracias por su Atención!. Esta información es confidencial y será tomada en cuenta para el Análisis de Situación de Salud que estará en el Ambulatorio, en caso de que necesite la Información puede solicitarla en 60 días.

Fonte: Instituto de Altos Estudos em Saúde Pública “Dr. Arnaldo Gabaldon” (2002)

ANEXO 2. PROBLEMAS SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM OS ARTIGOS CONSTITUCIONAIS QUE NÃO CUMPRIDOS INTEGRALMENTE

Nº	Problemas Sociais	Artigos da Constituição da República Bolivariana de Venezuela
1	Problema	83: Direito à saúde 84: Direito à promoção da saúde
2	Problema	
3	Problema	

Fonte: Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela (2002)

ANEXO 3. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS E SUA RELAÇÃO COM OS ARTIGOS CONSTITUCIONAIS NÃO CUMPRIDOS INTEGRALMENTE

Problemas	Artigos da Constituição	* Valor (A,M,B,O)	Custo Econômico (A,M,B,O)	Custo de Postergação (A,M,B,O)	Eficácia Intervenção (A,M,B,O)	** Governabilidade de (A,M,B,O)	Seleção S/N
P1							
P2							
P3							

A = alto
M = médio
B = baixo
O = zero

* O valor atribuído ao problema pode ser desdobrado em uma coluna pertinente ao ator(es)-eixo(s) e em outras colunas referentes a outros atores relevantes.

** A governabilidade – referente ao controle dos Recursos críticos implicados na intervenção sobre os Problemas – inclui a governabilidade do ator(es)-eixo(s) e a análises da posição (positiva, negativa ou neutra) dos outros atores com governabilidade sobre os problemas.

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 4. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Descritores	Fonte de verificação
D1 =	
D2 =	
D3 =	
D4 =	
D5 =	

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 5. MATRIZ DE IMPACTO CRUZADO E DE ASSUNTOS CHAVES (MIC-MAC)

Causas	C1	C2	C3	Cn	**Soma Ativa
C1		0	3	1	4
C2	3		3	1	7
C3	2	0		2	4
Cn	0	1	3		4
**Soma Passiva	5	1	9	4	Soma Total=19

C1 = Causa 1

C2 = Causa 2

C3 = Causa 3

0 = sem influência

1 = pouca influência

2 = média influência

3 = alta influência

* A soma ativa, é a soma dos valores de cada fila

** A soma passiva, é a soma dos valores de cada coluna

Fonte: Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela (2002)

ANEXO 6. SOMA ATIVA E PASSIVA, MATRIZ DE IMPACTO CRUZADO E DE ASSUNTOS CHAVES (MIC-MAC)

Causas	*N° da Causa	Soma Ativa	Soma Passiva	***** N° Quadrante
C1	1	9	10	III
C2	2	20	20	I
C3	3	10	31	II
Cn	4	8	22	II
****Média				

C1 = Causa 1

C2 = Causa 2

C3 = Causa 3

* Número da causa na MIC-MAC

** A soma ativa, é a soma dos valores de cada fila para cada causa

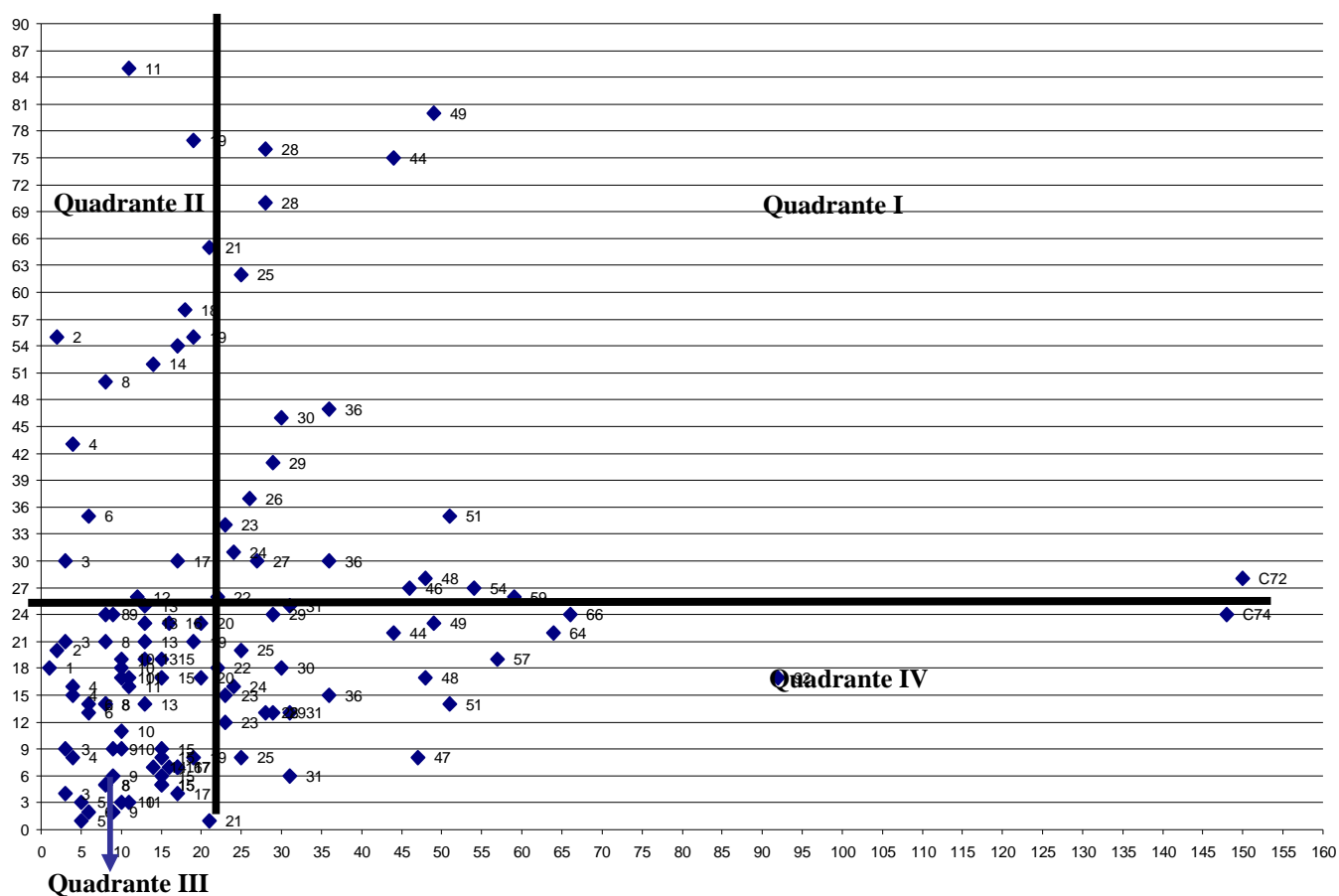
*** A soma passiva, é a soma dos valores de cada coluna para cada causa

**** A média é a divisão da soma total da MIC-MAC pelo número total de causas e se utiliza para dividir o plano cartesiano em quatro quadrantes

***** O quadrante é o lugar onde ficará a causa no plano cartesiano

Fonte: Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela (2002)

ANEXO 7. PLANO CARTESIANO



Quadrante I, estão as causas de alta motricidade e alta dependência, quer dizer que estão as causas que influem fortemente às demais e que por sua vez são fortemente influenciadas por outras. Aqui encontraremos as causas que oferecem soluções temporais e paliativas para atender o problema.

Quadrante II, se encontram as causas de baixa motricidade e alta dependência. Estão as causas de menor influência nas demais e as mais influenciadas pelas outras. Neste quadrante encontraremos as causas que oferecem solução ou atenção do imediato, do conjuntural.

Quadrante III, estão as causas de baixa motricidade e baixa dependência, quer dizer aquelas de menor influência nas demais e que recebem a menor influência das outras. As causas deste quadrante não oferecem soluções reais ao problema.

Quadrante IV, estão as causas de alta motricidade e baixa dependência; aqui se incluem as causas de maior influência sobre as demais e que recebem uma mínima influência das outras. Constituem o ponto central da ação, porque contem as causas chaves a enfrentar.

Motricidade: entende-se como a capacidade de influência de uma causa sobre o resto das causas.

Dependência: é o grau de influência que exercem outras causas sobre uma em particular.

Fonte: Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela (2002)

ANEXO 8. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Causas	Impacto (A,M,B)	Possibilidade de Intervenção (Sim/Não)	Oportunidade Política de Intervenção (Sim/Não)	(Sim/Não)
NC1	A	S	S	S
NC2	B	N	N	N
NC3				

NC = Nó Crítico

A = alto

M = médio

B = baixo

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 9. NÓS CRÍTICOS: DESCRIÇÃO E ATORES QUE OS CONTROLAM

Nós Críticos (Chave)	Descrição	Atores que os controlam
NC1	n.1.1 = n.1.2 =	A1, A3, A4
NC2	n.2.1 = n.2.2 =	A1
NC3	n.3.1 = n.3.2 = n.3.3 =	A2

NC = Nó Crítico

A = Ator

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 10. DESENHO DA SITUAÇÃO-OBJETIVO (CENÁRIO INTERMEDIÁRIO)

Descrição dos NCS	Resultados Intermediários dos Nós Críticos*	Descrição do Problema	Resultados Terminais do Problema
n1.1 1.2	n1.1 * n1.2 *	d1 = d2 =	r1 = r2 = r3 =
n2.1 2.2	n2.1 * n2.2 *	d1 = d2 =	r1 = r2 =

NCS = Nós Críticos Seleccionados

* = Descritores dos nós críticos transformados

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 11. DESENHO DE OPERAÇÕES

Operações e ações	Recursos (P,E,O,C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
OP1 = OP1.A1 = OP1.A2 =					
OP2 = OP2.A1 = OP2.A2 =					
OP3 = OP3.A1 = OP3.A2 =					

P = Político

E = Econômico

O = Organizacional

C = Cognitivo

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 12. ANÁLISE DA VULNERABILIDADE DO PLANO E DEFINIÇÃO DO CENÁRIO DE REFERÊNCIA

Variantes Simples	Operações				
	OP1	OP2	OP3	OP4	OP5
Recursos Financeiros	X		X		
Situação Econômica	X				
Situação Epidemiológica		X	X		
Apoio do Governo do Município				X	
Cenário Intermediário (Estruturação variante combinada)			PrD Pertinente		
Recursos financeiros (mesmo nível) Situação epidemiológica (piora) Não apoio do Governo do Município (etc, etc...)			OP1.A1., OP1.A2 OP1.....		

PrD = Programa Direcional

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 13. PLANOS DE CONTINGÊNCIA

1. Listagem de Surpresas e Impacto sobre o Plano

Cenário:

Surpresas	Probabilidade (a)	Impacto (b)	Custo (c)	Sim/Não (d)
1				
2				
3				
4				

(a) Probabilidade de ocorrência da surpresa (A,M,B)

(b) Impacto sobre o plano (VDR) (A,M,B)

(c) Custo do plano de contingência (A,M,B)

(d) Decisão de elaborar o plano de contingência

2. Plano de Contingência para as Surpresas

Surpresa 1 =

Surpresa 2 =

Surpresa 3 =

Surpresa 4 =

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 14. MOTIVAÇÃO DOS ATORES EM FACE DAS OPERAÇÕES DO PLANO

Atores	Operações			
	OP1	OP2	OP3	
A1	A+	A+	A+	
A2	M+	B+	A-	
A3	M+	0	B+	
A4	B+	B+	0	
CS	X	X		
CF			X	

CS = Consenso

CF = Conflito

A = alto

M = médio

B = baixo

0 = zero

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 15. ANÁLISE DA VIABILIDADE DAS OPERAÇÕES CONFLITIVAS NA SITUAÇÃO INICIAL

Grau de controle dos recursos pelos atores que apóiam				Recursos envolvidos		Grau de controle dos recursos pelos atores que rejeitam		
A1	A2	A3	Balanço geral do controle	D	M	Balanço geral	A4	A5
30%	10%	20%	60%	X1		40%	30%	10%
40%		30%	70%		X2	30%	30%	
80%			80%		X3	20%		20%
Conclusão viabilidade				[S]	[S]			
				N	N			

D = Decisão

M = Materialização

S = Sim

N = Não

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 16. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Estratégias	Operações Conflitivas				
	OP1	OP2	OP3	OP	OP
Autoridade	Atores				
Persuasão					
Negociação cooperativa					
Negociação conflitiva					
Conflito					

Fonte: Artmann (1993)

ANEXO 17. LISTAGEM DOS PRINCIPAIS ARTIGOS DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

DERECHOS	ARTICULOS	TEMA
SOCIALES Y DE LAS FAMILIAS	75	PROTECCION DE FAMILIA
		PROTECCION DEL PADRE
		PROTECCION DE LA MADRE
		DERECHOS A SER CRIADO EN FAMILIA
	76	LIBERTAD DECIDIR N° DE HIJOS
		DISPONER DE PLANIFICACION FAMILIAR
		ASISTENCIA Y PROTECCION INTEGRAL A LA MATERNIDAD
	77	PROTECCIÓN AL MATRIMONIO
	78	PROTECCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS
		DERECHOS DE TRATADOS INTERNACIONALES
	79	PROTECCION JOVENES
	80	PROTECCIÓN A LOS ANCIANOS
		SEGURIDAD SOCIAL AL ANCIANO
		PENSIONES Y JUBILACIONES
	81	PROTECCIÓN DISCAPACITADOS O NECESIDADES ESPECIALES
		CONDICIONES LABORALES SATISFACTORIAS
		CAPACITACIÓN
		ACCESO AL EMPLEO
	82	EXPRESION Y COMUNICACIÓN DE SORDOS Y MUDOS
		DERECHO A VIVIENDA ADECUADA
		PRIORIDAD A FAMILIAS ESCASOS RECURSOS CREDITOS, CONSTRUCCIÓN, ADQUISION Y AMPLIACIÓN
	83	DERECHO A LA SALUD
		POLITICAS PARA ELEVAR CALIDAD DE VIDA
		ACCESO A LOS SERVICIOS
		DERECHO A PARTICIPAR EN PROMOCIÓN DE LA SALUD
	84	RECTORIA DE LA SALUD
		PROMOCIÓN DE LA SALUD
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES		
TRATAMIENTO OPORTUNO		
REHABILITACIÓN		
85	EL ESTADO FINANCIA EL SISTEMA	
		GARANTIZA PRESUPUESTO
		POLITICAS DE FORMACION DE PERSONAL

DERECHOS	ARTICULOS	TEMA
		REGULACION DE INTITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS
	86	PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD
		PROTECCIÓN A LA PATERNIDAD
		PROTECCIÓN DE ENFERMEDADES
		PROTECCIÓN DE INVALIDEZ
		PROTECCIÓN DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS
		PROTECCIÓN DE LA DISCAPACIDAD
		PROTECCIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES
		PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES
		PROTECCIÓN DE PERDIDA DE EMPLEO
		PROTECCIÓN DE LA VEJEZ
		PROTECCIÓN DE LA ORFANDAD
		PROTECCION DE CARGAS DERIVADAS
	87	DERECHO AL TRABAJO
		SEGURIDAD, HIGIENE Y AMBIENTE DE TRABAJO
	88	AMAS DE CASA CON DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL
		IGUALDAD DE HOMBRES Y MUJERES EN EL TRABAJO
	89	MEJORA DE CONDICIONES MATERIALES, MORALES E INTELLECTUALES DE LOS TRABAJADORES
	90	JORNADAS DE 8 HORAS DIARIAS
		DESCANSO SEMANAL Y VACACIONES REMUNERADAS
	91	SALARIO SUFICIENTE
		SALARIO MINIMO VITAL AJUSTADO CADA AÑO
	92	DERECHO A PRESTACIONES SOCIALES
	93	ESTABILIDAD LABORAL
	94	ESTABLECER RESPONSABILIDAD DE PATRONOS
	95	CONSTITUIR ORGANIZACIONES SINDICALES
	96	NEGOCIACIÓN COLEPTIVA VOLUNTARIA
	97	DERECHO A HUELGA
DERECHOS CULTURALES Y EDUCATIVOS	98	CREACION CULTURAL LIBRE
		PROTECCION DE LA PROPIEDAD INTELLECTUAL
	99	FOMENTAR Y GARANTIZAR LA CULTURA
		PATRIMONIO CULTURAL
		MEMORIA HISTORICA
	100	CULTURAS POPULARES CONSTITUTIVAS
		INTERCULTURALIDAD
		IGUALDAD DE CULTURAS
	101	GARANTIZAR EMISION, RECEPCIÓN Y CIRCULACION DE INFORMACION CULTURAL
		LOS MEDIOS INCORPORARAR SUBTITULOS Y TRADUCCION A LA LENGUA DE SENAS
	102	EDUCACION UN DERECHO HUMANO
		EDUCACION GRATUITA Y OBLIGATORIA
	103	EDUCACIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
		INVERSION PRIORITARIA PARA EDUCACIÓN
		CREAR Y SOSTENER INSTITUCIONES Y SERVICIOS DOTADOS
	104	EDUCADORES CON MORALIDAD E IDONEIDAD ACADEMICA
		ACTUALIZACIÓN PERMANENTE
	EVALUACION DE MERITOS DE EDUCADORES	
105	DETERMINAR LAS PROFEIONES CON TITULOS	
106	DERECHO A FUNDAR Y MANTENER INSTITUCIONES PRIVADAS	
	ESTRICTA INSPECCION Y VIGILANCIA	
107	EDUCACION AMBIENTAL	
	EDUCACIÓN CIUDADANA	

DERECHOS	ARTICULOS	TEMA
	108	FORMACION CIUDADANA ATRAVES DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN
		SERVICIOS DE RADIO, TELEVISIÓN Y BIBLIOTECAS, INFORMATICA
		NUEVAS TECNOLOGIA INCORPORAR
	109	AUTONOMIA UNIVERSITARIA
	110	CIENCIA Y TECNOLOGIA INTERES PUBLICO
REGIR LA INVESTIGACIÓN CIENTIFICA		
111	DERECHO AL DEPORTE Y RECREACIÓN	
DERECHOS ECONOMICOS	112	LIBERTAD DE ACTIVIDADES ECONOMICAS
		PROMOVER LA INICIATIVA PRIVADA
		GARANTIZAR LA CREACIÓN Y JUSTA DISTRIBUCIÓN DE RIQUEZA
		PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
	113	NO SE PERMITEN MONOPOLIOS
	114	PENAR LA ESPECULACIÓN, USURA, CARTELIZACIÓN
	115	DERECHO DE PROPIEDAD
	116	CONFISCACION DE BIENES SOLO EN LOS CASOS PERMITIDOS
	117	DISPONER DE BIENES Y SERVICIOS DE CALIDAD
		NORMAS DE CONTROL DE CALIDAD Y CANTIDAD DE BIENES Y SERVICIOS
LIBERTAD DE ELECCIÓN		
118	DERECHO A DESARROLLAR ASOCIACIONES COOPERATIVAS	
	CAJA DE AHORRO	
	MUTUALES	
DERECHOS DE PUEBLOS INDIGENAS	119	DERECHO A LA EXISTENCIA DE PUEBLOS INDIGENAS
		DERECHO A LA PROPIEDAD COLECTIVA DE SUS TIERRAS
	120	NO LESIONAR LA INTEGRIDAD INDIGENA POR EL APROVECHA
		MIENTO DE RECURSOS NATURALES
	121	MANTENER IDENTIDAD ETNICA
		EDUCACIÓN PROPIA CON REGIMEN INTERCULTURAL Y BILINGÜE
	122	DERECHO ALA SALUD INTEGRAL
		RECONOCER LA MEDICINA TRADICIONAL
		TERAPEUTICAS COMPLEMENTARIAS
	123	D. MANTENER PRACTICAS ECONOMICAS
		PARTICIPAR EN LA ECONOMIA NACINAL
		FORMACION PROFESIONAL
		PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y GESTIÓN DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN
124	ASISTENCIA TECNICA Y FINANCIERA	
	PROPIEDAD INTELECTUAL COLEPTIVA DE CONOCIMIENTOS	
125	TECNOLOGIAS E INNOVACION	
	DERECHO A LA PARTICIPACIÓN POLITICA	
126	LOS PUEBLOS INDIGENAS FORMAN PARTE DE LA NACIÓN	
DERECHOS AMBIENTALES	127	AMBIENTE SEGURO, SANO Y ECOLOGICAMENTE EQUILBRADO
		AMBIENTE SIN CONTAMINACION DEL AIRE, AGRIA, SUELOS, COSTA, CLIMA, CAPA DE OZONO, LAS ESPECIES VIVAS
		ORDENAMIENTO DEL TERRITORIO
	129	ESTUDIOS DE IMPACTO AMBIENTAL Y SOCIO CULTURAL
		REGULAR USO, MANEJO TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS TOXICAS Y PELIGROSAS

ANEXO 18. O GUIA DE OBSERVAÇÃO APLICADO NA PARÓQUIA CAPITAL, MUNICÍPIO SANTOS MICHELENA, ESTADO ARAGUA, VENEZUELA. AÑO 2007



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud

Corporación
de
Salud del Estado Aragua



GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA EN LA PARROQUIA CAPITAL SANTOS MICHELENA, MUNICIPIO “SANTOS MICHELENA”, ESTADO ARAGUA, 2007

Guía de observación
de Fecha: Encuestador: C.I.:
Nº: _____

(Subraye Tipo de Localidad) Barrio/Urbanización/Caserío/Invasión/Rural/Sector

Localidad: _____ Parroquia: Capital

Municipio: “Santos Michelena” Estado: Aragua

Objetivo: Recoger Información sobre Condiciones de Vida de la Localidad, Barrio o Urbanización, sobre **Causas Claves y Consecuencias del problema: Baja Capacidad Resolutiva de los Servicios de Salud**, mediante la Observación Directa de Indicadores establecidos y de los datos que suministre un Informante Clave.

Condición del Informante Clave: Cualquier persona que tenga viviendo mas de 3 años en la localidad.

Instrucciones:

4. Identifique el Barrio y o Sector donde se realiza la visita.
5. Destine 1 hora a esta actividad. Llegado al sitio deambule por lo menos una manzana, siguiendo las agujas del reloj, o a lo largo de las cuadras, aproximadamente media hora. Si tiene definida bien la ubicación de la localidad puede hacer la observación desde un vehículo no manejado por el observador.
6. Llene completo el instructivo.

INDICADORES DE CONDICIONES DE VIDA

Observación Directa en la Localidad

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. ¿Cuántas Viviendas y familias tiene la Localidad? _____ | Informante Clave: _____ |
| 2. Número de Calles y de Habitantes _____ | |
| 3. Tipo de vivienda predominante en la zona, seleccione uno solo: | PUNTAJE |
| I-Con óptimas condiciones sanitarias, ambientes de gran lujo y grandes espacios. (____) | _____ |
| II-Con óptimas condiciones sanitarias, ambientes de lujo, sin exceso, suficiente espacio. (____) | _____ |
| III-Buenas condiciones sanitarias, en espacios no tan amplios como los anteriores. (____) | _____ |
| IV-Ambiente espaciosos o reducidos y con deficiencias en las condiciones sanitarias. (____) | _____ |
| V-Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuada (____) | _____ |
| 4. Presencia de Ventas Ambulantes: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | |
| 5. Presencia de Viviendas con Ambientes destinados al Comercio: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | |
| 6. Presencia de Venta de Loterías: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | |
| 7. Observe Venta de Licores en las Casas: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | |
| 8 Presencia de Alumbrado Público: | PUNTAJE |
| Sí _____ # _____ No _____ | |
| 9 Postes con Tomas Clandestinas de Electricidad: | PUNTAJE |

Sí _____ # _____ No _____

10 Estado de las Vías: PUNTAJE _____

Bueno _____ (Aceras en buen estado, calles asfaltadas, sin huecos)

Regular _____ (Aceras o calles en mal estado, o huecos en el asfalto)

Malo _____ (Sin Aceras y sin asfalto)

11 Presencia de Aguas Negras en las Calles: PUNTAJE _____

Sí _____ # _____ No _____

12. Presencia de Agentes Policiales: PUNTAJE _____

Sí _____ # _____ No _____

13. Presencia de Transporte Público: PUNTAJE _____

Sí _____ # _____ No _____

14. Presencia de Basura en las Calles: PUNTAJE _____

Sí _____ # _____ No _____

15. Hay Fallas en el Suministro de Agua en la Localidad: PUNTAJE _____

Sí _____ No _____ # de días en la semana sin agua _____

16. Presencia de Canchas Deportivas: PUNTAJE _____

Canchas Deportivas Sí _____ # _____ No _____

17. Presencia de Parques o Zonas Recreativas: PUNTAJE _____

Parques o Zonas Recreativas Sí _____ # _____ No _____

18. Presencia de Plantel Educativo: PUNTAJE _____

Sí _____ # _____ No _____

19. Funcionamiento: PUNTAJE _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

Informante Clave Sexo _____ Edad _____ Ocupación _____

Recuerde que este es un estudio ecológico de los territorios sociales. Cuando pregunte al informante clave es con relación a la LOCALIDAD y no con relación a él o a su situación personal

20. Establecimiento de Salud

Estab. de Salud:	Cerca	Lejos	24 Horas de Atención		Horas de Atn.	Ambulancia		Satisfacción Usuario				
			SI	NO		SI	NO	E	B	R	M	
Ambulatorio												
Núcleo de Atención Primaria												
Consultorio Popular												

21. ¿Cree Ud. que los servicios de salud de la parroquia poseen capacidad resolutoria? Sí No

¿Por qué?: _____

22. Nombre Dos (2) Problemas de Salud de la Localidad: 1 _____

2 _____

23. Principales motivos de consulta: _____

24. ¿Nº de Consejos Comunales legalmente conformados? _____ ¿Cuántos funcionan? #: _____

25. ¿Nº de Comités de Salud legalmente conformados? _____ ¿Cuántos funcionan? #: _____

Indique su participación: _____

26. ¿Cómo evaluaría la organización y participación de la comunidad en esta localidad? E, B, R, M PUNTAJE _____

27. Nombre Dos (2) Problemas de la Localidad: 1 _____

2 _____

¡Muchas Gracias por su Atención!. Esta información es confidencial y será utilizada para el proceso de Planificación Estratégica que se está desarrollando en la Parroquia Capital del Municipio Santos Michelena.

ANEXO 19. BANCO DE DADOS PARA A OBTENÇÃO DA PONTUAÇÃO FINAL

Nº	Localidade	Pontuação Final	Tipo Moradia	Peso TV	Alumbrado público	Peso AP	Ligações clandestinas de eletricidade	Peso LCE	Estado das estradas	Peso EE	Águas negras na rua	Peso ANR	Transporte público	Peso TP	Lixo nas ruas	Peso LR	Subministro de água	Peso S-A	Canchas esportivas	Peso CD	Espaços de lazer e parques	Peso ELP	Plantel educativo	Peso PE	Funcionamento do plantel educativo	Peso FPE	Conselhos Comunais confirmados e funcionando	Peso CCCF	Capacidade resolutive dos serviços de saúde	Peso CRSS	Avaliação da organização e participação comunitária	Peso AOPC
1	Brisas del Aragua (Constituyente)	130	5	10	2	10	1	10	3	10	1	10	2	10	1	10	1	10	2	10	2	10	1	0	3	10	3	0	2	10	4	10
2	Tinapuey II	80	4	5	1	0	1	10	2	5	2	0	1	0	2	0	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	4	10
3	Tinapuey I	95	4	5	1	0	1	10	2	5	1	10	2	10	1	10	1	10	1	0	2	10	1	0	2	5	1	0	2	10	4	10
4	La Cañada Ruíz Pineda	55	3	0	1	0	1	10	1	0	2	0	1	0	2	0	1	10	2	10	2	10	1	0	3	10	1	0	1	0	3	5
5	San Luis	100	5	10	2	10	1	10	3	10	1	10	1	0	1	10	2	0	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	1	0	2	0
6	La Lomitas	100	5	10	1	0	1	10	3	10	2	0	1	0	2	0	2	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10
7	La Estación	60	4	5	1	0	1	10	2	5	2	0	1	0	2	0	1	10	1	0	2	10	1	0	1	0	1	0	2	10	4	10
8	Antonio José de Sucre	105	4	5	1	0	1	10	3	10	2	0	1	0	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10
9	Llano Grande	125	5	10	2	10	1	10	3	10	1	10	2	10	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	3	5
10	Libertador	110	5	10	1	0	1	10	2	5	1	10	1	0	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	3	5
10	Bolívar	135	4	5	2	10	1	10	3	10	1	10	2	10	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10
11	Los Alpes	60	4	5	1	0	1	10	1	0	2	0	1	0	1	10	1	10	1	0	2	10	1	0	1	0	1	0	2	10	3	5
12	El Beisbol	80	3	0	1	0	1	10	1	0	1	10	1	0	1	10	1	10	2	10	2	10	1	0	1	0	1	0	2	10	4	10
13	Castor Nieves Ríos	70	3	0	1	0	1	10	2	5	2	0	1	0	2	0	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	3	5
14	Tierra Amarilla	75	4	5	1	0	1	10	2	5	1	10	1	0	1	10	1	10	1	0	2	10	1	0	1	0	1	0	2	10	3	5
15	La Arenera	130	5	10	2	10	1	10	3	10	1	10	2	10	2	0	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10
16	Los Cachos	75	4	5	1	0	1	10	2	5	2	0	2	10	2	0	1	10	1	0	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	3	5
17	La Pradera	100	4	5	1	0	1	10	3	10	1	10	2	10	1	10	2	0	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	3	5
18	La Línea Primer Túnel	100	4	5	1	0	1	10	3	10	1	10	2	10	2	0	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	3	5
18	La Línea Segundo Túnel	100	4	5	1	0	1	10	3	10	1	10	2	10	2	0	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	3	5
19	Guaicaipuro	70	2	0	1	0	1	10	2	5	2	0	2	10	2	0	2	0	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	3	5

N°	Localidade	Pontuação Final	Tipo Moradia	Peso TV	Alumbrado público	Peso AP	Ligações clandestinas de eletricidade	Peso LCE	Estado das estradas	Peso EE	Águas negras na rua	Peso ANR	Transporte público	Peso TP	Lixo nas ruas	Peso LR	Subministro de água	Peso S-A	Canchas esportivas	Peso CD	Espaços de lazer e ou parques	Peso ELP	Plantel educativo	Peso PE	Funcionamento do plantel educativo	Peso FPE	Conselhos Comunais conformados e funcionando	Peso CCCF	Capacidade resolutive dos serviços de saúde	Peso CRSS	Avaliação da organização e participação comunitária	Peso AOPC
20	La Línea Tercer Túnel	110	5	10	1	0	1	10	3	10	1	10	2	10	2	0	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	4	10
21	La Línea Cuarto Túnel	100	5	10	1	0	1	10	1	0	2	0	2	10	2	0	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10
22	La Cañada el Mamón	55	3	0	1	0	1	10	2	5	2	0	2	10	2	0	2	0	1	0	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	1	0
23	Los Jabillos	65	3	0	1	0	1	10	2	5	2	0	1	0	2	0	1	10	2	10	2	10	1	0	2	5	1	0	2	10	3	5
24	La Cañada las Veras	85	3	0	1	0	1	10	2	5	2	0	1	0	1	10	1	10	1	0	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10
25	Bucaral	120	4	5	1	0	1	10	2	5	1	10	2	10	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10
26	Tabacal	115	5	10	1	0	1	10	2	5	1	10	2	10	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	4	10
27	Jabillal	70	4	5	1	0	1	10	2	5	2	0	1	0	1	10	1	10	1	0	2	10	1	0	2	5	1	0	2	10	3	5
28	Santa María	105	5	10	1	0	1	10	3	10	1	10	1	0	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	3	5
29	Pueblo Nuevo	105	5	10	1	0	1	10	2	5	1	10	1	0	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	4	10
30	Los Límites	75	3	0	1	0	1	10	2	5	1	10	1	0	2	0	1	10	2	10	2	10	1	0	2	5	1	0	2	10	3	5
31	Cañaote	115	5	10	2	10	1	10	2	5	2	0	2	10	2	0	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10
32	Urbanización Mendoza	40	2	0	1	0	2	0	1	0	1	10	1	0	1	10	2	0	2	10	2	10	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0
33	Centro de Las Tejerías	55	3	0	1	0	1	10	1	0	1	10	1	0	1	10	1	10	1	0	2	10	1	0	1	0	1	0	2	0	3	5
34	Boca de Cagua	110	5	10	1	0	1	10	3	10	1	10	2	10	1	10	2	0	2	10	2	10	1	0	3	10	0	10	2	10	2	0
35	Araiza	105	5	10	2	10	1	10	3	10	1	10	1	0	1	10	1	10	2	10	2	10	1	0	2	5	1	0	2	10	2	0
36	Curiepe	75	3	0	1	0	1	10	2	5	1	10	1	0	2	0	1	10	2	10	2	10	1	0	1	0	1	0	2	10	4	10
37	Las Terrazas	75	4	5	1	0	1	10	1	0	2	0	2	10	1	10	1	10	1	0	2	10	2	10	0	0	1	0	2	10	2	0
38	Guayas	105	4	5	1	0	1	10	2	5	1	10	1	0	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	3	5
39	Valle Alto	90	2	0	1	0	1	10	2	5	1	10	2	10	2	0	2	0	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	3	5
40	Morocopo Bajo	140	5	10	2	10	1	10	3	10	1	10	2	10	1	10	1	10	2	10	2	10	2	10	0	0	0	10	2	10	4	10

ANEXO 20. BANCO DE DADOS PARA A ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES RELATIVAS DE SAÚDE

Nº	Paróquia	Município	Taxa de Mortalidade quinquênio 2001-2005 (por 1000 NV) (mortes totais/NV*1000)	% de analfabetos (>=15 anos) Segundo censo 2001	% de domicílios sem abastecimento de água por aqueduto ou tubulações
1	Alfredo Pacheco Miranda	Mariño	11,75	2,19	17,00
2	Andrés Eloy Blanco	Girardot	17,39	2,42	7,00
3	Arévalo Aponte	Mariño	12,33	5,07	13,00
4	Augusto Mijares	Zamora	16,90	8,61	66,00
5	Bella Vista	Sucre	11,14	5,82	10,00
6	Caña de Azúcar	Mario Briceño Iragorry	10,90	1,38	2,00
7	Capital Bolívar - San Mateo	Bolivar	20,92	4,25	13,00
8	Capital Camatagua	Camatagua	7,53	10,58	6,00
9	Capital Francisco Linares Alcántara - Santa Rita	Francisco Linares Alcántara	11,72	3,11	9,00
10	Capital José Angel Lamas	Lamas	12,54	3,61	15,00
11	Capital José Félix Ribas	Ribas	18,46	3,74	13,00
12	Capital Libertador	Libertador	26,57	3,52	40,00
13	Capital Mario Briceño Iragorry	Mario Briceño Iragorry	21,74	2,13	4,00
14	Capital San Casimiro	San Casimiro	11,98	8,88	9,00
15	Capital San Sebastián	San Sebastian	16,89	7,84	10,00
16	Capital Santiago Mariño	Mariño	17,22	2,01	17,00
17	Capital Santos Michelena	Santos Michelena	20,38	6,34	25,00
18	Capital Sucre	Sucre	14,81	2,51	25,00
19	Capital Tovar	Tovar	19,42	14,03	21,00
20	Capital Zamora	Zamora	17,92	5,28	30,00
21	Castor Nieves Ríos	Ribas	14,73	1,80	15,00
22	Francisco de Miranda	Francisco Linares Alcántara	12,62	3,01	0,00
23	Joaquín Crespo	Girardot	6,11	2,38	1,00

Nº	Paróquia	Município	Taxa de Mortalidade quinqüênio 2001-2005 (por 1000 NV) mortes totais/NV*1000)	% de analfabetos (>=15 anos) Segundo censo 2001	% de domicílios sem abastecimento de água por aqueduto ou tubulações
24	José Casanova Godoy	Girardot	12,64	2,02	18,00
25	José Rafael Revenga	Revenga	19,18	6,19	8,00
26	Las Delicias	Girardot	13,15	2,58	6,00
27	Las Guacamayas	Ribas	15,45	5,84	9,00
28	Los Tacariguas	Girardot	15,42	3,37	5,00
29	Madre María de San José	Girardot	17,28	1,32	12,00
30	Magdaleno	Zamora	16,17	7,25	17,00
31	Monseñor Feliciano González	Francisco Linares Alcantara	17,40	2,53	16,00
32	Ocumare de La Costa de Oro	Costa De Oro	17,48	5,59	14,00
33	Pedro José Ovalles	Girardot	14,23	3,44	0,00
34	Samán de Güere	Mariño	13,69	2,68	18,00
35	San Francisco de Asís	Zamora	15,23	4,73	16,00
36	San Martín de Porres	Libertador	25,08	3,41	24,00
37	Valles de Tucutunemo	Zamora	13,50	13,50	18,00
38	Zuata	Ribas	23,13	5,12	33,00

**ANEXO 21. VALOR DA MOTIVAÇÃO E POTENCIAL PARTICIPATIVO DOS ATORES-
CHAVE DE CADA PARÓQUIA**

Nº	Atores	Número (Não aplica para o ator 1 e 4)	Valor que o ator dá ao projeto (Alto, médio o baixo)	Interesse no desenvolvimento do plano (+) a favor, (-) contra e (0) indiferente	Motivação (Alto, média o baixa)
1	Presidente da Junta Paroquial ou Prefeito				
2	Comitês de saúde: organizados e com funcionamento comprovado				
3	Conselhos comunais organizados e com funcionamento comprovado				
4	Equipe(s) da direção municipal de saúde				
5	Diretor(a) da(s) instituições educativas				
6	Outros de importância na Paróquia: _____ _____ _____ _____ _____				

ANEXO 22. NÍVEL DE ORGANIZAÇÃO DE CADA PARÓQUIA

Paróquia:

Código da paróquia:

1. Prefeito ou Presidente da Junta Paroquial

1.1. Data na qual se iniciou no cargo o Prefeito ou Presidente Paroquial: _____

1.2. Quantos e quais são os membros da Junta Paroquial?:

1.3. De que forma foram eleitos os membros da Prefeitura ou da Junta Paroquial?:

1.4. Qual a periodicidade com que se reúne: () semanal () quinzenal () mensal () de forma extraordinária ()

1.5. As reuniões são registradas por escrito? () sim () não se sim, como? () atas () relatórios, () outro _____.

1.6. Quais são os processos considerados para estabelecer as prioridades da Prefeitura ou Junta Paroquial?:

1.7. Que tipo de recursos administra a Prefeitura ou Junta Paroquial?:

2. Comitês de saúde:

2.1. Número de comitês de saúde previstos: _____

2.2. Número de comitês de saúde cadastrados: _____

2.3. Ano(s) de criação dos comitês de saúde: _____

2.4. Quantos e quais são os membros dos comitês de saúde?

2.5. Qual a periodicidade com que se reúne: () semanal () quinzenal () mensal () de forma extraordinária

2.6. As reuniões são registradas por escrito? () sim () não se sim, como? () atas () relatórios, () outro_____.

2.7. Que tipo de recursos administram os Comitê de Saúde?

3. Conselhos comunais

3.1. Número de conselhos comunais previstos: _____

3.2. Número de conselhos comunais cadastrados: _____

3.3. Ano(s) de criação dos conselhos comunais: _____

3.4. Os conselhos comunais possuem?:

3.4.1. Assembléia de cidadãos e cidadãs: SIM: _____ NÃO: _____

3.4.2. Unidade de Gestão Financeira: SIM: _____ NÃO: _____

3.4.3. Unidade de Controle Social: SIM: _____ NÃO: _____

3.4.4. Banco Comunal: SIM: _____ NÃO: _____

3.5. Qual a periodicidade com que se reúne: () semanal () quinzenal () mensal () de forma extraordinária

3.6. As reuniões são registradas por escrito? () sim () não se sim, como? () atas () relatórios, () outro_____.

3.7. Número de conselhos comunais com Plano de Desenvolvimento da Comunidade: _____

3.8. Que tipo de recursos administra o conselho comunal?:

4. Equipe(s) diretiva(s) do(s) centro(s) de saúde

4.1. Existe coordenação de Desenvolvimento Social?: SIM: _____ NÃO: _____

4.2. Tem-se trabalho comunitário comprovado?: SIM: _____ NÃO: _____

4.3. Trabalha-se conjuntamente com os:

4.3.1. Comitês de saúde: SIM: _____ NÃO: _____

4.3.2. Conselhos Locais de Planejamento: SIM: _____ NÃO: _____

4.3.3. Conselhos Comunais de Saúde: SIM: _____ NÃO: _____

- 4.3.4. Escolas da paróquia: SIM: _____ NÃO: _____
- 4.4. As localidades do sistema de informação em saúde se correspondem com as localidades existentes na paróquia: SIM: _____ NÃO: _____, N° de localidades existentes: _____, N° de localidades no Sistema de Informação em Saúde: _____
- 4.5. A informação sócio-epidemiológica da paróquia está: () incompleta () completa, se incompleta até que ano: _____
- 4.6. A Direção Municipal de Saúde tem poder para convocar aos atores-chave da paróquia: () Alto () Médio () Baixo



ANEXO 23. TERMO DE CONSENTIMIENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr.(a) _____

Reciba cordiales saludos,

Sirva la presente para invitarlo(a) a participar de una investigación que lleva como título "Abordaje Comunicativa de la Planificación Estratégica Situacional en nivel local: Salud y Equidad en Venezuela" y que tiene como objetivo proponer la adaptación de la metodología de la Planificación Estratégica Situacional para el nivel local, a través del diseño de un plan de acción que de respuestas a una problemática de salud priorizada por usted y por otros actores importantes de la parroquia donde usted vive.

Es importante destacar, que la selección de esta parroquia obedece a que es una de las que tiene mayores necesidades sociales, según estudio previo realizado por la investigadora, en el cual se analizaron un conjunto de variables o indicadores demográficos, educativos, económicos, de saneamiento ambiental y de salud, que científicamente mejor expresan esas necesidades. Asimismo, esta parroquia posee un gran potencial participativo y motivación; elementos fundamentales para garantizar la ejecución del plan de acción a ser diseñado durante la investigación.

Usted fue seleccionado por ser un(a) actor(a) importante dentro de la parroquia, su participación permitirá enriquecer el proceso de la planificación estratégica en el nivel local, así como contribuirá con la búsqueda de una solución colectiva a uno o varios problema(s) de salud. Cabe destacar que su participación no es obligatoria y usted puede desistir de participar e retirar su consentimiento en cualquier momento. Su retiro no tendrá ningún perjuicio en su relación con la investigadora, ni con el resto de los actores involucrados con la investigación.

Su contribución en esta investigación consistirá en participar activamente de las reuniones que se pauten para cada uno de los momentos de la planificación estratégica, según el cronograma que se construya con todos los actores involucrados.

Los beneficios relacionados con su participación, serán en términos de retorno social al obtenerse el diseño de un plan para solucionar uno o varios problema(s) de salud priorizado(a) por actores claves de la parroquia, que permita contribuir con la disminución las brechas por inequidad (diferencias que son injustas, evitables y prevenibles). Asimismo, usted podrá conocer el uso de la metodología de la Planificación Estratégica Situacional como herramienta para promover la participación activa y protagónica de su comunidad en la priorización y solución de problemas con una mirada equitativa. Usted no tendrá riesgos asociados con su participación en esta investigación.

Le garantizamos que las informaciones obtenidas a través de la investigación serán confidenciales, de igual forma le aseguramos la reserva sobre su participación. En este sentido, los datos serán divulgados sin posibilitar su identificación, su privacidad será protegida porque en los informes o artículos científicos no se mencionaran sus datos personales.

Usted recibirá una copia de este termino donde consta el teléfono y la dirección de la institución de donde procede la investigadora, para aclarar dudas sobre el proyecto ahora o en cualquier momento.

Escola Nacional de Saude Pública – FIOCRUZ
Comité de Ética en Investigación
Calle Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 314
CEP 21041-210 – Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ, Brasil
Tel: (0055) 21-2598-2570

Henny Luz Heredia Martínez
Mestranda ENSP/FIOCRUZ
Escola Nacional de Saude Pública – FIOCRUZ
Departamento de Planificación y Gestión de Sistemas y
Servicios de Saude
Calle Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 720
Rio de Janeiro – RJ, Brasil - Tel: (0055) 21-2598-2602

Declaro que entendí los objetivos y los riesgos y beneficios de mi participación en la investigación y estoy de acuerdo en participar.

Sujeto de la investigación

ANEXO 24. PLANO DE AÇÃO

Problema: Baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

Atores que participaram do desenho do plano de ação: Diretor Geral de Epidemiologia e Atenção Integral em Saúde; Diretor Municipal de Saúde do Município Santos Michelena; Coordenadora Regional de Oncologia e dos Sistemas de Informação da Corporação; Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro.

Ator responsável pelo desenvolvimento do plano de ação: Diretor Municipal de Saúde do Município Santos Michelena.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
Nó crítico 1: Insuficiente organização e participação comunitária em ações de promoção da saúde					
Operação 1: Desenhar e executar o programa de capacitação para efetuar ações de promoção da saúde, através de projetos de intervenção em 100% dos comitês de saúde e dos conselhos comunais (conformados e funcionando).	Cognitivos: profissionais da equipe de saúde e das principais instituições educativas, representantes dos Comitês de Saúde e dos Conselhos Comunais.	9 Comitês de Saúde e 32 Conselhos Comunais capacitados; 32 mesas de saúde e água dos Conselhos Comunais (conformados e funcionando) com projetos vinculados às ações de promoção da saúde na comunidade; 20 projetos executados em cada uma das comunidades.	70% dos Comitês de Saúde e dos Conselhos Comunais com ferramentas para promover ações de promoção da saúde; Aumento do conhecimento na população da paróquia em ações de promoção da saúde; Diminuição do percentual de riscos ambientais registrados nos estabelecimentos de saúde da paróquia (a longo prazo).	Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM.	8 meses.
OPI-Ação 1: Definir os eixos temáticos e conteúdo do programa de capacitação, as estratégias de ensino-aprendizado, a seleção dos participantes e facilitadores, entre outras. Destacando que a capacitação estará centrada no método de projeto, o qual permitirá a partir da problematização em cada comunidade definir os projetos a executar-se nestas. Realizar-se-ão duas oficinas de trabalho, nas quais participarão os representantes de comitês de saúde, conselhos comunais, setor educativo e setor saúde (incluindo Bairro Adentro)	Cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, assistentes sociais, epidemióloga municipal) e organizacionais (sala e projetor multimídia).	(1) Programa de capacitação desenhado.	Aumento da capacidade de organização do grupo.	Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM e Coordenadora de Desenvolvimento Social da Prefeitura.	Cada oficina durará 8 horas acadêmicas (uma oficina cada semana).

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
OPI-Ação 2: Discutir o método de projeto como ferramenta principal para a problematização em cada comunidade e o desenho dos projetos para efetuar ações de promoção da saúde. Realizar-se-ão duas oficinas de trabalho, nas quais participarão os possíveis facilitadores do programa de capacitação nas comunidades.	Cognitivos (especialista no método de projeto e especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde) e organizacionais (sala e projetor multimídia).	(1) Equipes das comunidades capacitadas no método de projeto; (2) Programa de capacitação ajustado segundo as discussões efetuadas nestas oficinas.	Aumento da capacidade de problematização do grupo.	Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM e Coordenadora de Desenvolvimento Social da Prefeitura.	2 semanas. Cada oficina durará 8 horas acadêmicas.
OPI-Ação 3: Desenhar e aplicar o instrumento de avaliação do grau de conhecimento que tem a população na paróquia sobre as ações de promoção da saúde. O instrumento será aplicado antes de executar o programa de capacitação e depois, com a finalidade de conhecer o impacto que teve o programa na população. Realizar-se-ão duas oficinas de trabalho nas quais participarão as coordenadoras de epidemiologia, saúde populacional e desenvolvimento social da Direção Municipal de Saúde, o coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e os representantes dos comitês de saúde e dos conselhos comunais de saúde.	Cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, especialista em epidemiologia, estatístico) e organizacionais (sala).	Instrumento desenhado e aplicado. Análise da informação recolhida.	Aumento do conhecimento sobre avaliação do impacto das ações de promoção da saúde. Todas as oficinas realizadas.	Coordenadora de Epidemiologia e Coordenadora de Atenção Integral da DMSSM.	1 mês.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
OPI-Ação 4: Convocar e fazer inscrição das pessoas que participarão do programa de capacitação por cada comunidade.	Administrativos (secretaria).	Número de pessoas convocadas a participar do programa de capacitação.	Aumento da capacidade de organização de atividades.	Responsáveis das mesas de saúde dos conselhos comunais e os responsáveis dos comitês de saúde.	1 semana.
OPI-Ação 5: Aplicar o instrumento de avaliação do grau de conhecimento que tem a população na paróquia sobre as ações de promoção da saúde (antes da execução do programa).	Cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, especialista em epidemiologia) e organizacionais (sala).	Instrumento aplicado. Análise da informação recolhida.	Avaliação do impacto do instrumento aplicado.	Coordenadora de Epidemiologia e Coordenadora de Atenção Integral da DMSSM.	3 semanas.
OPI-Ação 6: Executar o programa de capacitação (inclui a execução dos projetos por cada comunidade).	Cognitivos e organizacionais (sala, projetor multimídia e material de oficina).	Programa de capacitação executado por representantes capacitados dos Conselhos Comunais e Comitês de Saúde da paróquia.	(1) Aumento do número de Comitês de Saúde e dos Conselhos Comunais com ferramentas para promover ações de promoção da saúde; (2) Aumento do conhecimento na população da paróquia em ações de promoção da saúde.	Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM.	4 meses.
OPI-Ação 7: Aplicar o instrumento de avaliação do grau de conhecimento que tem a população na paróquia sobre as ações de promoção da saúde (depois da execução do programa e três meses depois de iniciada a operação 2)	Cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, especialista em epidemiologia, estatístico) e organizacionais (sala).	Instrumento aplicado. Análise da informação recolhida.	Avaliação do impacto do instrumento aplicado.	Coordenadora de Epidemiologia e Coordenadora de Atenção Integral da DMSSM.	3 semanas.
OPI-Ação 8: Avaliar o programa de capacitação através de uma oficina de trabalho.	Cognitivos e organizacionais.	Programa de capacitação avaliado.	Avaliação do impacto do programa de capacitação.	Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM.	1 semana.
Operação 2: Desenhar e executar uma campanha publicitária para (in)formar as comunidades sobre as ações prioritárias de promoção à saúde, considerando os principais riscos presentes	Cognitivos: profissionais da equipe de saúde e das principais instituições educativas, representantes dos Comitês de Saúde e dos Conselhos Comunais; jornalistas .	Número de propagandas transmitidas pela rádio e tv na paróquia; Número de cartazes publicados nas comunidades.	Aumento do acesso a informações sobre ações de promoção da saúde por parte da população da paróquia.	Chefe de Comunicação da Prefeitura e Coordenadora de Desenvolvimento Social da DMSSM.	6 meses.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
nestas					
OP2-Ação 1: Discutir sobre os principais temas a abordar na campanha publicitária, público alvo, duração das propagandas, meios de comunicação nos quais serão transmitidos, entre outros. Realizar-se-ão duas oficinas de trabalho.	Cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, licenciada em comunicação social da Corporação de Saúde do Estado Aragua, epidemióloga municipal) e organizacionais (sala e projetor multimídia).	Papel de trabalho preliminar da campanha publicitária.	Aumento da capacidade organizativa e de divulgação de informação do grupo.	Licenciada em comunicação social de Corposalud Aragua.	1 semana. A oficina durará 8 horas acadêmicas.
OP2-Ação 2: Apresentar a proposta da campanha publicitária em uma oficina de trabalho.	Cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, licenciada em comunicação social da Corporação de Saúde do Estado Aragua) e organizacionais (sala e projetor multimídia).	Campanha publicitária desenhada.	Aumento da capacidade organizativa e de divulgação de informação do grupo.	Licenciada em comunicação social de Corposalud Aragua.	1 mês (dando tempo para que a responsável da atividade desenhe as promoções publicitárias, as mensagens e se negocie com os meios de comunicação, entre outras). A oficina durará 4 horas acadêmicas.
OP2-Ação 3: Executar a campanha publicitária na paróquia.	Cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, licenciada em comunicação social da Corporação de Saúde do Estado Aragua).	Campanha publicitária executada.	Aumento do acesso a informações sobre ações de promoção da saúde por parte da população da paróquia.	Licenciada em comunicação social de Corposalud Aragua.	6 meses.
Avaliar a campanha publicitária e seu impacto na população, através de uma oficina de trabalho	Cognitivos (especialista em saúde pública com experiência em educação para a saúde, licenciada em comunicação social da Corporação de Saúde do Estado Aragua).	Campanha publicitária avaliada.	Avaliação da campanha publicitária.	Licenciada em comunicação social de Corposalud Aragua e Coordenadora de Desenvolvimento Social da Direção DMSSM.	1 semana. A oficina durará 4 horas acadêmicas.
Nó crítico 2: Desintegração das ações nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde (trabalho desarticulado)					
Nó crítico 3: Fragmentação, desarticulação da rede de sistemas e serviços de saúde					
Operação 3: Desenhar o sistema de referência e contra-referência do município	Políticos e Cognitivos: profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde	Sistema de referência e contra-referência desenhado.	Aumento do conhecimento sobre os sistemas de referência e contra-referência; Aumento da capacidade organizativa e de integração	Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro.	8 meses.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
	Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, do Diretor do Hospital José María Benítez).		entre os diferentes estabelecimentos de saúde da rede.		
OP3-Ação 1: Discutir o marco teórico-conceptual dos sistemas integrados de serviços de saúde (fundamentos, componentes e a implementação), através de duas oficinas de trabalho.	Políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez).	Apresentações com as propostas de implantação de um sistema integrado de serviços de saúde na paróquia.	Aumento do conhecimento sobre a integração dos sistemas nos serviços de saúde.	Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro.	2 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.
OP3-Ação 2: Estabelecer os mecanismos a utilizar no sistema de referência e contra-referência, indicando <i>o papel que cada estabelecimento de saúde deve desenvolver em seu nível de atenção</i> . Os mecanismos devem orientar a como dar resposta desde a rede de saúde: à gestão dos riscos populacionais, à gestão dos pontos de saúde (atenção primária á saúde, atenção hospitalar, atenção domiciliar, sistemas de apoio, utilização de serviços sociais), à gestão da clínica (gestão da utilização de procedimentos clínicos,	Políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez).	Relatório com os acordos e propostas sobre os mecanismos de referência e contra-referência a implementar na paróquia.	Aumento do conhecimento sobre os sistemas de referência e contra-referência.	Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro.	4 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
gestão da patologia, gestão de caso, lista de espera, a revisão do usuário, os protocolos clínicos e os sistemas integrados de informação). Efetuar-se-ão quatro oficinas de trabalho.					
OP3-Ação 2, Sub-ação 1: Estabelecer os mecanismos a utilizar no sistema de referência e contra-referência, pelos <i>estabelecimentos da rede de atenção primária de saúde</i> . Os mecanismos devem orientar a como dar resposta desde a rede de saúde: à gestão dos riscos populacionais, à gestão dos pontos de saúde (atenção primária á saúde, atenção hospitalar, atenção domiciliar, sistemas de apoio, utilização de serviços sociais), à gestão da clínica (gestão da utilização de procedimentos clínicos, gestão da patologia, gestão de caso, lista de espera, a revisão do usuário, os protocolos clínicos e os sistemas integrados de informação). Efetuar-se-ão quatro oficinas de trabalho.	Políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez).	Relatório com os acordos e propostas sobre os mecanismos de referência e contra-referência a implementar na paróquia na rede de atenção primária de saúde.	Aumento do conhecimento sobre os sistemas de referência e contra-referência.	Coordenadora da Rede Ambulatória da DMSSM e Médico da CMMBA.	4 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.
OP3-Ação 2, Sub-ação 2: Estabelecer os mecanismos a utilizar no sistema de referência e contra-referência, pelos <i>estabelecimentos de saúde da rede de Atenção Ambulatorial Especializada e</i>	Políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde	Relatório com os acordos sobre os mecanismos de referência e contra-referência a implementar na paróquia, na rede de Atenção Ambulatorial Especializada e de Diagnóstico (Bairro Adentro	Aumento do conhecimento sobre os sistemas de referência e contra-referência.	Diretor Municipal de Saúde, Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, Diretor do Hospital “José María Benítez” e Diretor Geral de Epidemiologia e Atenção Integral em Saúde.	4 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
<p><i>de Diagnóstico (Bairro Adentro II) e da rede Hospitalar.</i> Os mecanismos devem orientar a como gerar alternativas desde a rede de saúde que respondam: à gestão dos riscos populacionais, à gestão dos pontos de saúde (atenção primária á saúde, atenção hospitalar, atenção domiciliar, sistemas de apoio, utilização de serviços sociais), à gestão da clínica (gestão da utilização de procedimentos clínicos, gestão da patologia, gestão de caso, lista de espera, a revisão do usuário, os protocolos clínicos e os sistemas integrados de informação). Efetuar-se-ão quatro oficinas de trabalho.</p>	<p>Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez).</p>	<p>II) e na rede hospitalar.</p>			
<p>OP3-Ação 3: Estabelecer as estratégias de integração ao sistema de informação em saúde da paróquia, dos diferentes estabelecimentos de saúde, através de duas oficinas de trabalho.</p>	<p>(1) políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e do Diretor do Hospital José María Benítez); (2) econômicos instalação de 2 computadores em rede e contratação de 2 assistentes de informação.</p>	<p>Relatório com os acordos sobre as estratégias de integração ao sistema de informação em saúde, dos diferentes estabelecimentos de saúde da paróquia.</p>	<p>Democratização do conhecimento sobre o sistema de informação em saúde.</p>	<p>Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro.</p>	<p>2 semanas. As oficinas durarão 4 horas acadêmicas cada uma.</p>

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
Operação 4: Pôr em funcionamento o sistema de referência e contra-referência do município.	Políticos e Cognitivos: profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município (com a participação do Diretor, Coordenador de Saúde Populacional e Coordenador de Epidemiologia da Direção Municipal de Saúde, do Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, do Diretor do Hospital José María Benítez).	Sistema de referência e contra-referência funcionando adequadamente.	Diminuição do número de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção; Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas.	Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro.	8 meses.
OP4-Ação 1: Implementar o sistema de referência e contra-referência na paróquia (incluindo os serviços do Hospital José María Benítez).	Políticos e cognitivos profissionais da equipe de saúde de todas as instituições prestadoras de serviços de saúde do município.	Sistema de referência e contra-referência funcionando adequadamente na paróquia.	(1) Integração gradativa dos diferentes estabelecimentos de saúde ao sistema de referência e contra-referência; (2) Diminuição do número de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção; (3) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas..	Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM, Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e Coordenador de Epidemiologia do Hospital “José María Benítez”.	6 meses.
Nó crítico 4: Insuficiente número de recursos humanos qualificados em alguns dos níveis de atenção para dar respostas à população por área de influência					
Operação 5: Contratar o número de recursos humanos em saúde (médicos gerais e especialistas, enfermeiras e técnicos) necessários para dar respostas oportunas á população da paróquia.	Políticos (negociação), Econômicos (recursos para a contratação dos profissionais) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).	Recursos humanos contratados e efetivamente laborando, nos diferentes estabelecimentos de saúde da paróquia; Aumento da cobertura dos programas de saúde; (Re)distribuição mais equitativa dos recursos humanos na rede de saúde da paróquia	Aumento do aceso/utilização pela população da paróquia dos serviços de saúde nos diferentes estabelecimentos da rede de serviços de saúde Aumento das demandas satisfeitas pelos usuários; Diminuição do tempo de espera (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos	Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro.	6 meses.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
			problemas; Melhora da qualidade no atendimento		
OP5-Ação 1: Estimar o número de recursos humanos qualificados requeridos na rede de saúde; a inversão que implica sua contratação e os cenários possíveis de contratação. Assim como, desenhar estratégias de incentivo para o recurso humano a contratar. Destaca-se que esta ação depende dos resultados da OP6-A1.	Políticos (negociação), econômicos (recursos para a contratação dos profissionais) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).	Relatório que contenha a justificção, o número de recursos humanos necessários para a rede de saúde e o investimento para um período de cinco anos.	Conhecimento (com precisão) das necessidades reais de recursos humanos.	Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM, Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro e Coordenadora de Recursos Humanos da DMSSM.	1 semana.
OP5-Ação 2 (Operação de demanda para Corposalud Aragua e a Prefeitura): Submeter à consideração de Corposalud Aragua e da Prefeitura do Município Santos Michelena a contratação do recurso humano para a rede de saúde.	Econômicos (recursos para a contratação dos profissionais) e políticos (negociação).	Proposta aprovada.	Aumento da capacidade de gestão para negociar demandas com outros níveis do setor saúde.	Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro (encarregados de negociar a demanda da operação com as autoridades respectivas, assim como o seguimento até obter respostas).	1 mês.
OP5-Ação 3: Contratar recursos humanos qualificados, segundo os recursos econômicos aprovados para tal fim.	Econômicos (recursos para a contratação dos profissionais) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).	Recurso humano contratado e efetivamente laborando nos diferentes estabelecimentos da rede.	(1) Diminuição do número de pacientes não referidos corretamente aos diferentes níveis de atenção; (2) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas; (3) Aumento do acesso/utilização dos serviços de saúde nos diferentes estabelecimentos da rede de serviços de saúde; (4) Aumento da população com demandas satisfeitas; (5) Diminuição do tempo de espera (filas ou lista de espera)	Coordenadora de Recursos Humanos da DMSSM e Coordenadora de Administração.	2 meses.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
			na emergência e em algumas especialidades; (6) Melhora da qualidade no atendimento..		
Nó crítico 5: Baixa capacidade tecnológica (insuficiente equipamento e insumos em alguns dos estabelecimentos de saúde da paróquia)					
Operação 6: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica os estabelecimentos do primeiro e segundo nível da rede de serviços de saúde da paróquia que assim o precisem, tanto os dependentes da Coordenação de Saúde da Missão Bairro Adentro como os da Direção Municipal de Saúde.	Políticos (negociação), econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).	70% dos estabelecimentos de saúde do primeiro e segundo nível de atenção da rede de saúde com infra-estrutura e equipamento de qualidade acorde com as funções que devem desempenhar.	Melhora da qualidade no atendimento; Aumento das demandas satisfeitas da população; Diminuição do tempo de espera (filas ou lista de espera) na emergência e em algumas especialidades. Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas.	Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro	1 ano.
OP6-Ação 1: Fazer um diagnóstico das necessidades existentes (seja de infra-estrutura e capacidade tecnológica adequada ou de criação de alguns serviços) nos estabelecimentos do primeiro e segundo nível de atenção da rede de saúde da paróquia, para responder às demandas da população segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e o desempenho técnico. O diagnóstico deve conter justificativa e investimento necessário.	Políticos (negociação), econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).	Relatório que contenha o diagnóstico (segundo as especificações antes mencionadas).	Conhecimento preciso das necessidades de infra-estrutura e capacidade tecnológica dos estabelecimentos do primeiro e segundo nível de atenção da rede de saúde da paróquia (incluindo o investimento necessário). Responsável: Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM, Coordenador municipal da Missão Bairro Adentro e Coordenadora de Administração da DMSSM.	Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM, Coordenador municipal da Missão Bairro Adentro e Coordenadora de Administração da DMSSM.	2 semanas.
OP6-Ação 2 (Operação de demanda para Corposalud Aragua e a Prefeitura): Submeter à consideração da Corporação de Saúde do Estado Aragua e da Prefeitura	Econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e políticos (negociação).	Proposta aprovada.	Aumento da capacidade de gestão para negociar demandas com outros níveis do setor saúde.	Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro.	1 mês.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
do Município Santos Michelena o investimento necessário para melhorar a infra-estrutura e a capacidade tecnológica da rede de sistemas e serviços de saúde na paróquia.					
OP6-Ação 3: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica os estabelecimentos do primeiro e segundo nível da rede de serviços de saúde da paróquia, segundo os recursos econômicos aprovados para tal fim.	Econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).	11 Consultórios Populares, 3 NAP, 1 ARUI, 1AUII, 1 CDI, 1 SRI e os outros que se considerem necessários com a infra-estrutura e a capacidade tecnológica segundo suas competências, funcionando adequadamente na paróquia.	(1) Aumento do percentual de partos normais (baixo risco) atendidos nos estabelecimentos de saúde da paróquia; (2) Aumento da cobertura dos programas de saúde da paróquia; (3) Aumento da qualidade no atendimento nos serviços de saúde da paróquia; (4) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas; (5) Diminuição do percentual da população com demandas insatisfeitas; (6) Diminuição do percentual de demanda reprimida; (7) Diminuição do número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde.	Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenadora de Administração da DMSSM.	10 meses.
OP6-Ação 3, Sub-ação 1: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica os estabelecimentos do primeiro nível da rede de serviços de saúde da paróquia, segundo os recursos econômicos aprovados para tal fim.	Econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).	11 Consultórios Populares, 3 NAP e 1 ARUI com a infra-estrutura e a capacidade tecnológica segundo suas competências, funcionando adequadamente na paróquia.	(1) Aumento do percentual de partos normais (baixo risco) atendidos nos estabelecimentos de saúde da paróquia; (2) Aumento da cobertura dos programas de saúde da paróquia; (3) Aumento da qualidade no atendimento nos serviços de saúde da paróquia; (4) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos	Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenadora de Administração da DMSSM.	10 meses.

Operações e ações	Recursos (P, E, O, C)	Produtos	Resultados	Responsável	Tempo
			problemas; (5) Diminuição do percentual da população com demandas insatisfeitas; (6) Diminuição do percentual de demanda reprimida; (7) Diminuição do número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde.		
<p>OP6-Ação 3, Sub-ação 2: Dotar de infra-estrutura e capacidade tecnológica os estabelecimentos do segundo nível da rede de serviços de saúde da paróquia, segundo os recursos econômicos aprovados para tal fim.</p>	<p>Econômicos (recursos para a dotação de infra-estrutura e compra de equipamentos) e cognitivos: profissionais da equipe de saúde (Diretor, Coordenador de Saúde Populacional, Coordenador de Epidemiologia, Coordenador de Administração).</p>	<p>1AUII, 1 CDI, 1 SRI e os outros que se considerem necessários com a infra-estrutura e a capacidade tecnológica segundo suas competências, funcionando adequadamente na paróquia.</p>	<p>(1) Aumento do percentual de partos normais (baixo risco) atendidos nos estabelecimentos de saúde da paróquia; (2) Aumento da cobertura dos programas de saúde da paróquia; (3) Aumento da qualidade no atendimento nos serviços de saúde da paróquia; (4) Diminuição do retorno dos pacientes com os mesmos problemas; (5) Diminuição do percentual da população com demandas insatisfeitas; (6) Diminuição do percentual de demanda reprimida; (7) Diminuição do número de queixas da população com respeito aos serviços de saúde.</p>	<p>Diretor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal da Missão Bairro Adentro, Coordenadora de Saúde Populacional da DMSSM e Coordenadora de Administração da DMSSM.</p>	<p>10 meses.</p>