

Uso dos enfoques situacional e prospectivo no planejamento da regionalização do Sistema de Saúde: o caso do Rio de Janeiro

Use of prospective and situational approaches to planning in Health System regionalization: Rio de Janeiro's case

Wagner de Jesus Martins¹

Virginia Alonso Hortale²

Elizabeth Artmann³

¹ Economista, mestre em Saúde Pública
Secretaria Executiva do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios Bloco G,
3º andar
CEP 70058-900 – Brasília – DF
e-mail: wagner.martins@saude.gov.br

² Pesquisadora, doutora em Saúde Pública
Departamento de Administração e
Planejamento em Saúde da Escola
Nacional de Saúde Pública da Fundação
Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: virginia@ensp.fiocruz.br

³ Pesquisadora, doutora em Saúde Coletiva
Departamento de Administração e
Planejamento em Saúde da Escola
Nacional de Saúde Pública da Fundação
Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: artmann@ensp.fiocruz.br

RESUMO

Apresenta-se a experiência de articulação dos enfoques situacional e prospectivo de planejamento estratégico, ocorrida durante o processo de regionalização da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2002. Procura-se demonstrar como a utilização da técnica de cenários possibilitou o envolvimento dos gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde, formulando, de forma ascendente, projetos e estratégias. Evidencia-se também que a utilização do planejamento estratégico que conjugue situação atual com análise de contexto futuro poderá desenvolver, nos atores sociais, um modo de pensar que considere as inter-relações sistêmicas, facilitando a aprendizagem organizacional, estimulando o pensamento estratégico e, ainda, contribuindo para melhorar a comunicação organizacional.

DESCRIPTORES: *Planejamento em Saúde; Regionalização; Estudos Prospectivos.*

ABSTRACT

The paper presents the experience of articulating situational and prospective approaches in strategic planning during the implementation of regionalization at the Rio de Janeiro State Secretariat of Health from 1999 to 2002. It seeks to demonstrate how the use of scenery techniques enabled the involvement of managers and technicians from municipalities to formulate, bottom-up, projects and strategies. The use of the strategic planning approach that combines the current situation with an analysis of future context, can develop in social agents a way of thinking that take into account systemic interrelations, facilitating organizational learning, stimulating strategic thought and also contributing to improve organizational communication.

DESCRIPTORS: *Health Planning; Regional Health Planning; Prospective Studies.*

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta a experiência desenvolvida entre os anos de 1999 e 2002, durante a implementação da regionalização da assistência à saúde no estado do Rio de Janeiro, conduzida pela Secretaria de Estado de Saúde (SES). Elementos dos enfoques situacional de Carlos Matus (1996) e prospectivo de Michel Godet (1993) foram utilizados no processo de planejamento.

Para essa experiência, o conceito de 'regionalização' foi entendido segundo Lima (1999, p. 9) como

um esquema de implantação racional de serviços e ações de saúde em um espaço definido, organizado e integrado dentro de disposição hierárquica, que otimize a oferta e aumente sua capacidade resolutiva sem sobreposição ou desperdício de recursos.

A partir do enfoque estratégico, a SES foi considerada uma macroorganização, que, de acordo com Matus (1996, p. 344),

é um conjunto de sistemas microorganizacionais que operam num espaço político-institucional de acordo com as regras de direcionalidade, departamentalização, governabilidade e responsabilidade, estabelecidas pelo jogo macroorganizacional.

O que é marcante em uma macroorganização é o fato de que nenhuma das organizações que a compõem têm o poder de decisão absoluto sobre ela, o que torna necessária a legitimidade dos campos organizacionais e a adequada relação

de forças entre as diversas organizações para que se encontre o ponto de equilíbrio. Outra característica importante é o fato de que nesse jogo macroorganizacional, mais de uma autoridade incide sobre as organizações que atuam no mesmo limite político-institucional, como é nítido no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo capacidade de negociação dos atores.

Essa macroorganização que é a SES tem a função de coordenar e

ver uma visão de futuro a fim de motivar os demais atores envolvidos no fortalecimento de um projeto coletivo do SUS.

Assim, inicialmente são apresentados os pressupostos teóricos da lógica implementada. Em seguida, são descritas as principais etapas da experiência e, ao final, são apresentados os resultados e feitas algumas considerações e comentários sobre a experiência, por nós considerada rica e promissora.

A SITUAÇÃO COMO ORIENTADORA DA AÇÃO E A PROSPECÇÃO REORIENTANDO AS AÇÕES

De acordo com Rivera (1995), os sistemas sociais, como o sistema de saúde, configuram-se enquanto sistemas de problemas quase estruturados, no que diz respeito ao conhecimento de suas variáveis. Estas não são completamente conhecidas e, também, não são dadas de antemão as respostas ou alternativas de intervenção, o que requer, de forma intensa, a criatividade dos atores envolvidos na sua formulação. A preocupação com a governabilidade faz com que o plano elaborado sob o enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (PES) seja predominantemente voltado para a dimensão política.

Matus (1996) alerta para a necessidade de permanente acompanhamento das condições que poderão interferir no progresso das operações estabelecidas pelo plano.

A PREOCUPAÇÃO COM A GOVERNABILIDADE FAZ COM QUE O PLANO ELABORADO SOB O ENFOQUE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES) SEJA PREDOMINANTEMENTE VOLTADO PARA A DIMENSÃO POLÍTICA

conduzir o processo produtivo como um todo. Com a mudança de governo em 1999, ela passou a utilizar o planejamento estratégico situacional, buscando gerar condições para o estabelecimento de espaços de comunicação que permitissem a construção de consensos sobre a situação do sistema e as formas de enfrentar as dificuldades, envolvendo os diferentes atores sociais que atuam no SUS. Nesse processo, percebeu-se a necessidade de desenvol-

Desta forma, a técnica de cenários utilizada por ele visa identificar os elementos que possam intervir na implementação dos projetos, simular e antecipar os fatores e as dimensões que mudam com a situação e, assim, construir a viabilidade das operações e dos projetos do plano.

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

Para esse autor, a construção de cenários tem como objetivo possibilitar a seleção de algumas hipóteses entre uma variedade de combinações projetadas e, com isso, auxiliar na contextualização do plano, orientando a formulação de estratégias. Os cenários somente terão validade se tiverem pertinência, guardarem coerência, forem verossímeis e transparentes (GODET, 1993; RIVERA, 2003).

A técnica de desenho de cenários está inserida no enfoque prospectivo feito por esse autor, enquanto enfoque estratégico que permite orientar o planejamento. Assim como o enfoque situacional de Matus, a prospectiva considera as diferentes visões de contexto provenientes da existência de atores com interesses e estratégias distintos.

A análise prospectiva contribui para a sustentabilidade institucional. Ela permite, de forma sistemática, a compreensão e percepção do comportamento de variáveis do ambiente que são relevantes para a definição de rumos e estratégias organizacionais. Uma das finalidades da prospectiva é integrar todas as variáveis de um problema, qualquer que seja a sua natureza, de modo a permitir uma visualização de quais impactos terão umas sobre as ou-

PARA CRIAR O FUTURO, UMA ORGANIZAÇÃO
PRECISA DESENVOLVER A REPRESENTAÇÃO
VISUAL E VERBAL DAS POSSIBILIDADES DESSE
FUTURO, DE FORMA A ESTIMULAR AS
PERCEPÇÕES E A CRIATIVIDADE

tras e, também, que impacto terão, em conjunto, sobre as ações que serão tomadas.

Para criar o futuro, uma organização precisa desenvolver a representação visual e verbal das possibilidades desse futuro, de forma a estimular as percepções e a criatividade. Com esses estímulos, abre-se a possibilidade de diálogo e debates 'interfuncionais' que permitirão a troca de experiências e o desenvolvimento do pensamento sis-

têmico, que certamente incidirá sobre a cultura organizacional.

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

O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

A experiência em pauta se desenvolveu no âmbito do programa de integração dos municípios, denominado "Saúde: Estado e municípios juntos superando as desigualdades". Esse programa foi financiado pelo REFOR SUS para desenvolver experiências inovadoras na gestão do SUS. O programa adotou como diretriz o fortalecimento da capacidade das regiões em ofertar serviços de média e alta complexidade, através da reorganização da assistência hospitalar, do estabelecimento de fluxos

de referência e da ampliação de infra-estruturas para garantia de acesso, com aporte de recursos aos consórcios intermunicipais de saúde.

No documento “Integração regional em saúde no estado do Rio de Janeiro: garantindo a integralidade das ações e superando as desigualdades”, apresentado pela SES no CD-ROM *Saúde: Estado e municípios juntos superando as desigualdades*, está a afirmação de que “até o momento os gestores municipais têm tido grande dificuldade para atuar de forma planejada, tendo como eixo a necessidade de sua população”. Por isto, o documento avalia que deveria ser retomada a discussão sobre a regionalização do sistema, numa perspectiva ampliada, incorporando a dimensão da integralidade. Para a SES, ‘regionalização’, como está na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), e ‘estratégia de integração regional’ teriam o mesmo sentido. No entanto, a amplitude é diferente, já que a regionalização prevista na NOAS se volta fundamentalmente para a assistência, enquanto a proposta da SES traz um conjunto maior de elementos a serem trabalhados.

Para a concretização dessa política, foi implementada uma dinâmica de planejamento ascendente e com forte viés participativo na formulação de estratégias e na definição de prioridades. Essa dinâmica proporcionou maior intercâmbio entre os gestores do sistema, os técnicos das

secretarias municipais de saúde (SMS) e os diferentes programas da SES. O Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE), constituído em 1999 no âmbito da Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento (SPD), atuava como instância de integração entre as diferentes unidades de trabalho da SES.

O NIDE era composto por uma equipe técnica que se dividia em dois segmentos: o primeiro, constituído por um pequeno grupo, com

NAS OFICINAS DE PLANEJAMENTO,
FORAM ANALISADOS OS FATORES
QUE DIFICULTAVAM A ADEQUADA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE ÀQUELA POPULAÇÃO

vinculação estreita com o coordenador da SPD. Suas tarefas eram desenvolvidas com elevado grau de autonomia e com foco nos resultados. O segundo grupo era composto por técnicos com atividades em outros setores, indicados para atuar articulados ao núcleo de forma regular, porém não fixa. Seu foco estava no desenvolvimento de estratégias e no alcance de produtos definidos.

Este Núcleo teve como principal tarefa tornar seus procedimen-

tos operacionais consoantes com o grau de complexidade do sistema de saúde, criando um método adequado para o SUS do Rio de Janeiro. Também teve como tarefa construir cenários prospectivos que ajudaram na formulação do Plano Diretor de Regionalização. Nessa direção, o NIDE se responsabilizou pela organização de oficinas de planejamento, que contaram com a participação efetiva de mais de 300 pessoas.

Para iniciar a experiência, selecionou-se a região da Baixada Fluminense, um conjunto de 12 municípios pertencentes à região metropolitana e que reúne cerca de 25% da população do estado, onde os agravos à saúde se destacam por sua intensidade e gravidade, pela fragilidade da estrutura de assistência e pelo fluxo altamente desordenado de pacientes em busca de atenção.

Nas oficinas de planejamento, foram analisados os fatores que dificultavam a adequada prestação de serviços de saúde àquela população. Os problemas foram agrupados sob a forma de 12 macroproblemas, para permitir a construção da rede explicativa da situação e orientar a fase seguinte:

- ações deficientes da área materno-infantil;
- dificuldade para o usuário obter medicamentos;
- baixa integração entre os municípios;

- inadequada política de recursos humanos;
- baixa resolubilidade hospitalar;
- insuficiência das atividades de promoção à saúde;
- dificuldade de acesso aos serviços de alta e média complexidade;
- insuficiência de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF);
- dificuldade de realização de diagnóstico;
- insuficiência gerencial no SUS;
- insuficiente atendimento à demanda de sangue, componentes e derivados;
- sistema deficiente de informações.

O NIDE, juntamente com os setores encarregados do desenvolvimento dos programas de Atenção Materno-infantil e Saúde da Família realizou oficinas de planejamento específicas para os macroproblemas selecionados, nos quais seria feito o detalhamento necessário tanto no que diz respeito ao diagnóstico de situação quanto às propostas de intervenção.

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

de um projeto de Integração Regional. Para a realização de um seminário no qual os participantes estariam construindo pactuações fundamentadas em problemas prioritários definidos pelos municípios, era necessária uma metodologia que possibilitasse que as mais de 300 pessoas, entre técnicos e gestores de todos os municípios do estado, tivessem condições de, ao final dos dois dias de discussões, apresentar o resultado do trabalho para aprovação.

A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS ATORES QUE ATUAM NO SISTEMA, FORAM DEBATIDAS QUESTÕES DE FORMA A POSSIBILITAR A IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS PROBLEMÁTICOS DE UMA SITUAÇÃO, CONSTRUINDO-SE, ASSIM, UMA EXPLICAÇÃO PARA A REALIDADE

São descritos, a seguir, os passos realizados durante esse processo.

SELEÇÃO E EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS

No momento de explicar a situação, tomou-se por base os 12 macroproblemas selecionados. Cada SMS recebeu um instrumento (planilha eletrônica) no qual estavam registrados os macroproblemas, para que as equipes pudessem indicar quais as causas e as conseqüências

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

A partir da perspectiva dos atores que atuam no sistema, foram debatidas questões de forma a possibilitar a identificação dos elementos problemáticos de uma situação, construindo-se, assim, uma explicação para a realidade. Com a identificação e o estabelecimento de consenso sobre a relevância do problema, foram feitos os inter-relacionamentos causais, expondo, de maneira sistêmica, a explicação para uma dada situação.

O fluxograma explicativo foi construído pela equipe de planejamento, tendo por base as explicações recebidas de cada uma das 92 SMS, e apresentado durante o I Seminário de Planejamento Estratégico em Saúde sob o formato de um organograma de problemas. A seleção foi feita estabelecendo-se valores segundo a importância dos problemas para o projeto daquele ator e sua capacidade de intervir, considerando os recursos necessários para sua execução e o impacto que a remoção do obstáculo teria sobre as circunstâncias contextuais. No caso específico, buscava-se analisar os fatores que dificultavam a ade-

quada prestação de serviços de saúde à população.

SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Com a descrição realizada, caberia ao atores selecionar os macroproblemas prioritários para a região segundo sua percepção. Nesta fase, foi utilizada a planilha denominada Instrumento 1 (Figura 1) para a análise de prioridade. Nele se estabeleciam os critérios para a seleção de maneira que todos os municípios tivessem os mesmos focos de análise. O instrumento indicava dois grandes grupos de quesitos, com uma tabela de notas a eles associada, de forma que a seleção pudesse ocorrer, primeiramente, de maneira individual, em seguida coletivamente, com a utilização de média aritmética para se ter uma posição do grupo, permitindo uma indicação sobre a percepção que o orienta, uma aproximação da intencionalidade coletiva.

Esta ferramenta possibilitou que diferentes visões pudessem ser consolidadas durante as oficinas do seminário de planejamento em uma visão coletiva construída por meio da explicitação da visão dos diferentes atores e a confluência de seus interesses, na busca de um diálogo produtivo.

FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA

Neste momento foi selecionado um conjunto de ações que possibi-

litavam o alcance de objetivos previamente definidos. Portanto, as planilhas de planificação estratégica denominada Instrumento 2 (Figura 2) que as SMS preencheram, também traziam propostas de intervenção para cada um dos descritores dos macroproblemas. No instrumento, era possível descrever de forma sintética como o macroproblema se expressava na região com a identificação de suas causas (o que estava na raiz do problema, elemento

COM OS PROBLEMAS
PRIORIZADOS DESCRITOS,
OS GRUPOS DESENHARAM
AS ESTRATÉGIAS QUE
DEVERIAM SER UTILIZADAS
PARA A MUDANÇA DA SITUAÇÃO

que contribuía para o seu surgimento ou alimentação) e de suas consequências (situação incômoda produzida pela existência do macroproblema). Essa explicação seria depois sistematizada em uma árvore de explicação da situação.

Exemplo disso é a “insuficiente atividade de promoção à saúde” definida por uma das regiões, indicando como causas: insuficiência de profissionais capacitados; insuficiência de material informativo; ativi-

dades de educação e saúde restritas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); insuficiente intersetorialidade entre as secretarias; ausência de equipe de educação e saúde e baixo investimento nas ações de educação. E, como consequência: desconhecimento da população quanto às questões de saúde; remanejamento dos profissionais para o hospital; elevada demanda hospitalar; altas taxas de morbidade e mortalidade e pouca participação popular.

A utilização desse instrumento possibilitou aos membros das equipes das SMS (técnicos, gerentes e representantes do controle social) abordar a administração da saúde sob uma perspectiva sistêmica, entendendo-a em sua totalidade. Também permitiu a aproximação a uma nova *práxis* em sua rotina de trabalho, a de pensar conjuntamente soluções para problemas inter-relacionados, o que representa uma ruptura com a lógica fragmentada que orienta as análises por setores, áreas ou programas de saúde.

As diferentes proposições formuladas pelas SMS foram sistematizadas e levadas aos grupos para que fossem adequadas ao que havia sido pactuado em termos de explicação do problema e da seleção de prioridades para cada região. Com os problemas priorizados descritos, os grupos desenharam as estratégias que deveriam ser utilizadas para a mudança da situação

em cada uma das regiões, considerando a capacidade de realização do estado, mas também a dos municípios reunidos.

ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DE VIABILIDADE

A SES realizou este momento de forma coletiva, com a participação de atores externos ao processo em alguns momentos e em determinados focos de atenção; entretanto, não utilizou os instrumentos de caracterização dos atores quanto à sua posição em relação ao projeto e ao cálculo de seus relacionamentos e força. Esses instrumentos eram utilizados no nível estratégico, orientando a tomada de decisão e as ações de relacionamento político. Para isso, foi elaborada uma planilha eletrônica para calcular o contexto em que as estratégias selecionadas estavam sendo implementadas. Os resultados, após avaliação, eram utilizados nas orientações dadas aos gestores. Esta análise percorria um roteiro básico de identificação dos atores relevantes, a análise dos recursos cognitivo, político, de mobilização, financeiros e de comunicação sob o controle de cada um. Foi feita, também, a análise do interesse e motivação dos atores em relação à questão e identificada as estratégias dos demais atores envolvidos.

Com isso, fez-se a seleção das trajetórias de ação. Aqui, se considerava que a atuação ocorria em um

processo criativo no qual nada poderia estar assegurado quanto ao futuro, tornando-se necessário que o plano fosse dual (MATUS, 1996; ARTMANN, 2000), composto de uma parte na qual estão as operações e ações, os compromissos assumidos em um processo dialógico, e a outra parte na qual estão as demandas de operações que devem ser encaminhadas aos outros atores que controlam os recursos e decisão sobre as mesmas.

OS RESULTADOS,
APÓS AVALIAÇÃO,
ERAM UTILIZADOS
NAS ORIENTAÇÕES
DADAS AOS GESTORES

ANÁLISE PROSPECTIVA

Aqui se inicia uma análise de percepção sobre as possibilidades de uma estratégia concretizar ou não os resultados desejados ou indesejados. Sabe-se que, no setor saúde, a utilização de cenários prospectivos ainda não ocorreu de forma articulada com um enfoque de planejamento situacional. De acordo com Godet (1993), a elaboração de cenários exploratórios deve ser realiza-

da em seis etapas: 1) delimitação do sistema e do ambiente; 2) análise estrutural do sistema e do ambiente, de retrospectiva e da situação atual; 3) seleção dos condicionantes do futuro; 4) geração de cenários alternativos; 5) teste de consistência, ajuste e disseminação; e 6) opções estratégicas e plano/monitoração estratégica.

Nessa etapa, foi enviado um questionário, denominado Instrumento 3 (Figura 3), para um grupo pré-selecionado, no caso, cada uma das SMS. O instrumento continha a lista dos eventos possíveis e os critérios para a determinação da probabilidade e da pertinência de cada um. Até aqui, a análise seria simples, não envolvendo cruzamento de eventos.

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

As dificuldades políticas que ocorreram devido ao processo de sucessão na administração da SES impediram o desenvolvimento da metodologia, e os resultados obtidos nessa análise simples deveriam ser encaminhados a um grupo de especialistas selecionados da área. Eles deveriam opinar quanto às probabilida-

des de cada evento acontecer diante do resultado da análise feita pelos gestores. Um cruzamento de probabilidades foi realizado por especialistas externos à gestão do sistema.

Foram produzidos gráficos a partir das opiniões consolidadas de cada região. Eles são fruto da média aritmética das probabilidades indicadas por cada SMS, compondo assim a percepção sobre o futuro para o estado como um todo e para cada uma das regiões em particular. Eles demonstram a percepção dos gestores quanto à possibilidade de ocorrência do evento.

RESULTADOS ALCANÇADOS

O resultado desse trabalho foi a elaboração de projetos de infra-estrutura, a organização dos recursos humanos, o modelo assistencial, o modelo de gestão para os projetos e a criação de um núcleo regional de integração para o segmento, que ficaria responsável pela condução das estratégias definidas e pela sistemática de avaliação dos seus produtos e resultados.

Seguindo a lógica de pactuação permanente, os resultados do processo de planejamento desenvolvido pelos diversos segmentos foram apresentados aos prefeitos em um seminário que também tinha o objetivo de sensibilizar os gestores das regiões.

Dessa forma, os gestores puderam conhecer as estratégias que fo-

ram pactuadas entre os três níveis de governo e discutir com o Secretário estadual de saúde e o secretário de políticas de saúde do Ministério da Saúde, as dificuldades para implementação do plano.

Quanto à Estratégia de Saúde da Família, foi possível desenhar um projeto de ampliação do número das equipes na região, aumentando a cobertura de 5% para 20%. A implantação das equipes foi precedida por um intenso processo de análise e

SEGUINDO A LÓGICA DE PACTUAÇÃO

PERMANENTE, OS RESULTADOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DESENVOLVIDO PELOS DIVERSOS SEGMENTOS FORAM APRESENTADOS AOS PREFEITOS EM UM SEMINÁRIO QUE TAMBÉM TINHA O OBJETIVO DE SENSIBILIZAR OS GESTORES DA REGIÃO

avaliação das condições sanitárias e estruturais em cada um dos municípios. Contou com a participação não apenas dos técnicos dos respectivos municípios mas também, dos técnicos da SES e do Ministério da Saúde.

A área Materno-infantil definiu como principal diretriz a melhoria das ações do setor na região, possibilitando definir os fluxos regionais de atenção ao parto, investir na ampliação das consultas de pré-natal e elaborar projetos para a insta-

lação de Casas de Parto na região. Uma série de capacitações nas áreas de assistência e de gestão foi implementada, bem como os pactos de referência, que possibilitaram a adesão dos municípios ao Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.

Seguindo a lógica de pactuação permanente, os resultados do processo de planejamento desenvolvido pelos diversos segmentos foram apresentados aos prefeitos em um seminário que também tinha o objetivo de sensibilizar os gestores da região. Nele, os gestores conheceram as estratégias que foram pactuadas entre os três níveis de governo e também discutiram com o secretário estadual de saúde e o secretário de políticas de saúde do Ministério da Saúde, as dificuldades para realizar aquelas ações.

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

A SES passou a ter maior participação no financiamento das ações municipais de saúde, por meio de

repassse financeiro aos municípios: foram 4,6 milhões de reais repassados aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, seguindo um plano de trabalho compatível com as prioridades regionais.

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

Pode-se dizer que houve aumento do acesso dos usuários aos serviços de saúde graças à adesão massiva dos municípios do estado ao Programa Saúde da Família e a ampliação significativa do número de equipes. Além disso, houve acentuado avanço no fortalecimento da coordenação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, com aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e a implementação conjunta de um modelo de acompanhamento e avaliação com aprimoramento das normas, critérios e parâmetros de avaliação, o que permitiu efetivo conhecimento sobre a real situação da saúde no estado e

orientou, de maneira sistemática, a cooperação técnica aos municípios.

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

A SES se encontrava no início da gestão, bastante enfraquecida quanto à sua capacidade técnica (há cer-

NO ÂMBITO DA SECRETARIAS MUNICIPAIS,
AS CARÊNCIAS QUANTITATIVA E QUALITATIVA
DE PESSOAL TÉCNICO PARA PARTICIPAR DO
PROCESSO, ASSOCIADAS À DESCONTINUIDADE
DOS QUADROS DE DIREÇÃO MUNICIPAL,
DIFICULTAVAM A INTERNALIZAÇÃO
DA POLÍTICA EM CURSO

ca de dez anos não ocorria nenhum tipo de concurso para a recomposição do corpo técnico, situação corrigida por meio do concurso público realizado no ano de 2000), o que dificultava a mobilização do conhecimento organizacional necessário à implementação de uma política de integração interinstitucional. A insuficiência de recursos técnicos e materiais foi, também, importante barreira a ser superada pela articulação política, já que a maior parcela do

recurso material alocado durante a implementação da regionalização era oriunda das demais esferas de governos. A fragmentação das políticas e ações de saúde realizadas pela SES e a ausência de uma cultura de planejamento no SUS do estado, foram questões que, para serem superadas, exigiram grande esforço da equipe condutora do processo.

No âmbito da secretarias municipais, as carências quantitativa e qualitativa de pessoal técnico para participar do processo, associadas à descontinuidade dos quadros de direção municipal, dificultavam a internalização da política em curso.

Outro importante entrave que pode ser apontado é o furor normativo do Ministério da Saúde que, atropelou o ritmo do processo, com seus prazos e multiplicidade de ferramentas (PDR, PDI, Agenda de Saúde, Avaliação, Programação, PPIs etc.) impostas e totalmente fragmentadas, dificultando a realização de atividades técnicas com maior articulação entre as áreas da saúde coletiva, da assistência e da gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nova dinâmica de gestão do sistema de saúde implementada pela SES teve ação direta na prática de trabalho, quando buscou substituir uma forma normativa de relação com os níveis do sistema, por uma forma dialógica, que procurava acentuar a necessidade de cooperação e a inte-

gração, para que se pudesse otimizar a utilização dos recursos e assim, maximizar os resultados.

Mesmo com as dificuldades encontradas e a ausência de incentivo financeiro aos municípios, essa dinâmica participativa conseguiu envolver os 92 municípios do estado, o Conselho Estadual de Saúde e até o Ministério da Saúde. Foram realizados três grandes momentos de planejamento, dois seminários no estado e um ciclo de oficinas regionais de planejamento em saúde, além de diversas oficinas e reuniões técnicas realizadas por áreas dos macroproblemas que facilitaram a incorporação de técnicos, gestores e representantes do controle social na definição da política de saúde do estado. Um amplo processo de formulação, negociação e definição de prioridades que abarcou cerca de três mil pessoas na construção do Plano Estadual de Saúde.

Essa prática possibilitou a maior integração entre os órgãos públicos e facilitou o processo político nas arenas de tomada de decisão do SUS. Mesmo sendo a implantação da NOAS um projeto de elevada complexidade, envolvendo diversos aspectos da organização do SUS, a SES, mesmo com a alternância no poder, conseguiu manter coesos os atores e aprovar a habilitação do estado na NOAS em agosto de 2002, sendo o primeiro da região Sudeste a concluir o processo na Comissão Interinstitucional Tripartite (CIT).

O exame dos processos de tomada de decisão nos espaços formais de decisão das políticas de saúde indica que a incorporação de ferramentas sistêmicas na ação política pode possibilitar maior influência de atores sociais envolvidos nas decisões.

A utilização dos instrumentos de planejamento estratégico facilitou o diálogo e foi útil, não somente na construção de consensos, mas também na obtenção dos produtos sistematizados destas discussões

A REFLEXÃO ESTRATÉGICA CRIA REFERÊNCIAS FUTURAS COM OS SEUS CENÁRIOS E AS SUAS VISÕES, POSSIBILITANDO AOS PARTICIPANTES DO PROCESSO VISLUMBRAR CAMINHOS DIVERSIFICADOS E SUAS INTERLIGAÇÕES

(Agenda e Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimento, PDI etc.), que serviram de base à construção de um arco direcional para o SUS no Estado, ou seja, de diretrizes e estratégias que conduziram a um objetivo comum.

A criatividade é, sem dúvida, a chave para a formulação de propostas adequadas ao contexto e, com a incorporação de múltiplas visões, por meio do processo coletivo de refle-

xão estratégica, foi possível a geração dessas idéias. A reflexão estratégica cria referências futuras com os seus cenários e as suas visões, possibilitando aos participantes do processo vislumbrar caminhos diversificados e suas interligações, fortalecendo suas capacidades de relacionar de forma sistêmica os elementos contextuais (GODET, 1993; RIVERA, 2003).

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

Um outro produto desse processo foi o desenvolvimento de um programa de computador (Figuras 4 e 5) que, partindo da premissa de que o SUS é uma macroorganização estruturada para coordenar a ação social e que, portanto, configura-se como uma rede de comunicação fundamentada em solicitações e promessas, sintetizou o método posto em prática na experiência realizada pela SES.

Os instrumentos projetados para ser utilizados, por meios eletrônicos, na transferência e sistematização dos dados gerados nas análises, demonstraram ser possível a utilização da informática como facili-

tadora da coordenação do fluxo de comunicação em um processo de conversação que visava a construção de projetos coletivos. Nestes fluxos estavam os compromissos e as diretivas que orientariam as ações.

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

Seguindo seus princípios, o sistema de planejamento desenvolvido pela SES constituiu-se em uma experiência prática no sentido de reunir em um *software* elementos que possam ajudar na sistematização das discussões para planejar e acompanhar a execução dos projetos gerados nestas instâncias estaduais, com o objetivo de reorientar as es-

tratégias a partir de análise prospectiva e de percepções, assim como avaliar resultados.

Por fim, vale ressaltar sua contribuição no estabelecimento de formas comunicativas de interação com o SUS e como instrumento para facilitar a implementação de um modo integrado de planejar que venha a fortalecer a relação entre os gestores, ampliar a participação da sociedade na definição das políticas de saúde e contribuir para melhorar a efetividade de seus projetos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARTMANN, Elizabeth. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos de Oficina Social 3*, Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2000.
- GODET, Michel. *Manual de Prospectiva Estratégica: da antecipação à ação*, Lisboa: Dom Quixote, 1993.
- LIMA, L. D. O Processo de Implementação de Novas Estruturas Gestoras do SUS: Um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do RJ. 1999. 183f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1999.
- MATUS, Carlos. *Adeus, Senhor Presidente: governantes governados*. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e Planejamento Social:*

Uma Crítica ao Enfoque Estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

———. *Análise Estratégica e Prospectiva em Saúde*. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe (Org.). *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 151-183. 2003.

FIGURA 1 – Planilhas de análise de prioridade

CRITÉRIOS PARA A PRIORIZAÇÃO				
COLUNA A				
POSSIBILIDADE DE AÇÃO: DISPONIBILIDADE DE RECURSOS			CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO Pelo menos 1 ponto por recurso disponível. Avaliação subjetiva segundo percepção do participante, cada ação requer uma quantidade de recursos para sua realização.	
RECURSO	TIPO			
Poder decisório	Político			
Disponibilidade de tecnologia	Material			
Mobilização	Humanos			
Custo operacional	Financeiro			
Grau de conhecimento necessário	Conhecimento			
Obs.: As notas são em função da disponibilidade de recursos				
COLUNA B			Pontuação segundo a condição atendida	
IMPACTO SOBRE A SITUAÇÃO VIGENTE:				
CONDIÇÃO	TIPO	NOTA		
Não deve modificar a situação vigente	Neutro	1		
Pode criar condições para mudar a situação vigente	Insuficiente	2		
Cria condições que mudarão a situação vigente	Razoável	3		
Altera a realidade e favorece a implementação de alternativas	Bom	4		
Desenvolve alternativas gerando organização	Excelente	5		
Obs.: As notas são relativas à condição atendida				

SITUAÇÃO VIGENTE: prestação insuficiente adequada de serviços de saúde à população no município																	
MACRO-PROBLEMAS	Possibilidade de ação (A)					Altera a situação vigente (B)					DECISÃO				Isto é um problema para o seu município?		
	NOTA					NOTA					CPA x ASV						
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	A	x	B	=	sim	não	
Ações da área materno-infantil	2					4					2	x	4	=	8	X	
Baixa integração regional	4					1					4	x	1	=	4		X
Baixa resolutividade hospitalar	4					1					4	x	1	=	4		X
Dificuldade de acesso aos serviços de alta e média complexidade	3					4					3	x	4	=	12	X	
Dificuldade de realização de diagnóstico	4					1					4	x	1	=	4		X
Dificuldade para o usuário obter medicamentos	4					1					4	x	1	=	4		X
Inadequada política de RH	2					4					2	x	4	=	8	X	
Insuficiência das atividades de promoção à saúde	3					4					3	x	4	=	12	X	
Insuficiência de cobertura do PSF	3					4					3	x	4	=	12	X	
Insuficiência gerencial no SUS	4					1					4	x	1	=	4		X
Insuficiente atendimento à demanda de sangue, componentes e derivados	3					4					3	x	4	=	12	X	
Sistema de informações deficiente.	3					4					3	x	4	=	12	X	

FIGURA 2 – Planilha de planificação estratégica

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

CASO EXISTA OUTRO MACROPROBLEMA, REGISTRE-O NA SEQUÊNCIA.		
Quais os problemas que dificultam uma adequada prestação de serviços de saúde à população em seu municípios?		
12 MACROPROBLEMAS →	Ações da área marterno-infantil deficientes	Baixa integração regional
1 - Descritores (causas) →		
2 - Descritores (causas) →		
3 - Descritores (causas) →		
4 - Descritores (causas) →		
5 - Descritores (causas) →		
6 - Descritores (causas) →		
7 - Descritores (causas) →		
8 - Descritores (causas) →		
9 - Descritores (causas) →		
1 - Descritores (consequências) →		
2 - Descritores (consequências) →		
3 - Descritores (consequências) →		
4 - Descritores (consequências) →		
5 - Descritores (consequências) →		
6 - Descritores (consequências) →		
7 - Descritores (consequências) →		
8 - Descritores (consequências) →		
9 - Descritores (consequências) →		
1 - Propostas →		
2 - Propostas →		
3 - Propostas →		
4 - Propostas →		
5 - Propostas →		
6 - Propostas →		

FIGURA 3 – Planilha de análise prospectiva

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

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

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

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

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

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

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

PERTINÊNCIA	VALOR
ALTA	3
MEDIA	2
BAIXA	1

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