

ENFOQUES TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Carmen Fontes Teixeira

Planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

O interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nessa perspectiva, a realização de campanhas sanitárias e posteriormente a elaboração de programas de controle de doenças podem ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento.

Somente com o grande desenvolvimento científico e tecnológico observado na segunda metade do século passado e as transformações decorrentes na prestação de serviços, com a organização de redes e sistemas de serviços de saúde, é que a prática do planejamento tornou-se uma necessidade reconhecida amplamente, gerando o interesse de organismos internacionais de cooperação técnica, a exemplo da OMS, em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde.

Na região das Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde desempenhou um papel fundamental, já no início dos anos 60, no século passado, ao patrocinar a elaboração do método CENDES-OPS, considerado pelos estudiosos da área o marco de desenvolvimento de um pensamento próprio, ou seja, do surgimento de um pensamento sobre a especificidade do planejamento na área de saúde. Tomando a emergência de um saber específico na área como marco do desenvolvimento conceitual e metodológico nesse campo, estes estudiosos costumam periodizar esse processo em função do surgimento de novos enfoques ou desdobramentos dos existentes, orientação seguida nessa revisão.

O MÉTODO CENDES-OPS

A prática de programação em saúde foi inaugurada na América Latina com a elaboração do método CENDES-OPS (OPS, 1965), cujo eixo central era a busca da transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo social e, especificamente, para a saúde. Marcado fundamentalmente pelo viés economicista, o método CENDES-OPS, entretanto, buscava aproximar-se da especificidade do setor saúde, basicamente em sua proposta de diagnóstico. Esta constitui uma ampla aplicação da visão ecológica do processo saúde-doença, incluindo variáveis próprias do ambiente físico, biológico e social, além das exclusivamente sanitárias.

Considerando o saber epidemiológico disponível naquele momento, o método CENDES-OPS propunha, para o diagnóstico de saúde, a construção dos

indicadores do nível de saúde a partir do levantamento e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, enfatizando a identificação, descrição e quantificação de variáveis populacionais, como uma primeira e imprescindível etapa para o conhecimento das principais doenças e agravos à saúde que atingem uma determinada população, os grupos mais afetados, as faixas etárias mais atingidas e os riscos mais relevantes.

Este enfoque era basicamente descritivo, fundamentado no levantamento de informações que permitissem a construção de indicadores de saúde, sem que se questionassem as limitações desses indicadores, tanto como descritor da realidade de saúde, quanto pela dificuldade intrínseca em explicar a situação epidemiológica encontrada. Entretanto, havia uma preocupação explícita por parte dos formuladores do método CENDES-OPS: o diagnóstico não se limitaria à descrição das condições sanitárias na coletividade, mas se empenharia em identificar os fatores que permitissem sua explicação. Além disso, o método CENDES-OPS introduziu a ideia de prognóstico, entendido como uma das atividades características da fase diagnóstica da programação. Assim, chamava a atenção para a necessidade de se preparar projeções sobre a importância numérica da população no futuro, sua composição por idades, sua distribuição em zonas urbanas e rurais, as taxas de mortalidade para cada uma das enfermidades mais importantes e a demanda por serviços sanitários (HILLEBOE, 1973).

Apesar das limitações apontadas, que caracterizam o método CENDES-OPS como a expressão do enfoque “normativo” na área de saúde, alguns dos seus pressupostos e métodos continuam válidos até hoje, ainda mais quando se trata de desenvolver um processo de programação de ações e serviços que tenha como objetivo central a racionalização de recursos escassos. Nesse sentido, podemos identificar a influência do método CENDES em propostas metodológicas de programação utilizadas no âmbito do SUS, particularmente no que tange à programação da oferta de serviços realizada a partir da negociação, atualmente “pactuação” entre prestadores públicos e privados que atuam em um determinado território, municipal ou regional (ROLIM, 2003).

A PROPOSTA DO CPPS

Um marco inaugural do debate acerca da formulação de políticas de saúde na América Latina foi a elaboração de um documento intitulado *Formulación de Políticas de Salud*, em 1975, sob os auspícios do CPPS. Segundo a concepção adotada neste documento, a formulação de políticas pode ser entendida como um “processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar, os meios através dos quais se deverá atuar para alcançá-los e a enunciação de ambos em termos claros e precisos” (OPS; CPPS, 1975, p. 35).

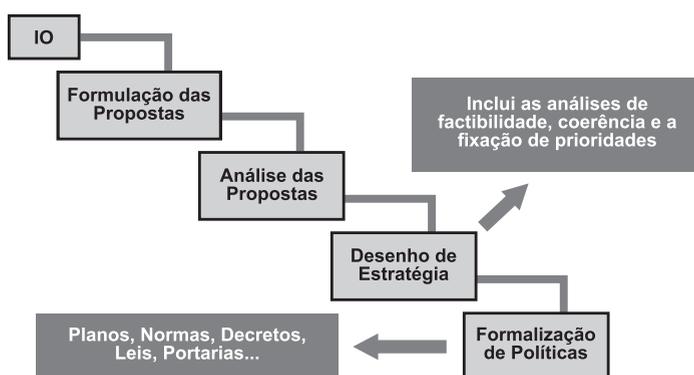
O documento se estrutura em quatro capítulos: 1º) Introdução aos conceitos de política e processo político; 2º) Sistemas de serviços de saúde, política e planejamento; 3º) Um esquema para a formulação de políticas de saúde; 4º) Áreas sujeitas à política. O capítulo 3º, dedicado especificamente ao processo de formulação de políticas, inicia com a seguinte afirmação: “é extremamente difícil propor um procedimento ou uma sequência que satisfaça a todos aqueles que têm a responsabilidade de formular políticas de saúde, ou ainda, que satisfaça totalmente a alguns” (OPS; CPPS, 1975, p. 35). Apesar disto, sugere um esquema que se propõe a traduzir e interpretar o *modelo mental sequencial* que se considera ser o estilo intelectual que o *político* utiliza na formulação de políticas de saúde (OPS; CPPS, 1975, p. 35).

Essa sequência inclui a elaboração de uma *Imagem-Objetivo*, entendida como “uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada” (OPS; CPPS, 1975, p. 38). A ideologia e o conhecimento da situação de saúde são elementos básicos para a formação da imagem-objetivo, os quais permitem identificar as áreas problema que devem ser consideradas. Desta forma, a etapa da caracterização da ‘situação inicial ou diagnóstico de situação’ pode ser considerada uma etapa anterior à formulação da *Imagem-Objetivo* (IO).

Em seguida, desenvolve-se a “*Formulação preliminar* de proposições políticas”, etapa na qual se estabelecem os objetivos que se pretende alcançar, determinando prazos e selecionando os meios para alcançá-los; partindo

sempre da situação presente. Essas proposições podem surgir a partir da *Imagem-Objetivo* ou até mesmo da situação presente. Posto isso, passa-se à *Análise das proposições*, propondo-se três tipos de análise: coerência, factibilidade e viabilidade, as quais subsidiam o processo de elaboração das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos, encerrando-se o processo com a *Formalização de políticas*, em documentos institucionais como leis, decretos, portarias, planos, programas ou projetos.

Esquema Geral de Formulação de Políticas



Fonte: OPS, CPPS, 1975.

FIGURA 1 – Diagrama do processo de formulação de políticas

Apesar da utilidade que um esquema desse tipo pode ter para orientar processos reais de formulação de políticas, vários autores têm chamado a atenção para as limitações dessa proposta. Como exemplo, podemos citar o estudo de revisão feito por Kelly e Palumbo (1992), no qual se comenta que “o ciclo de políticas tem sido criticado em sua base ao apresentar uma ordem sequencial do processo de formulação de políticas quando de fato esse processo é complicado e interativo”.

Na literatura brasileira da área destaca-se a análise crítica feita por Rivera (1989, p. 158), que aponta duas grandes limitações na proposta metodológica do CPPS: a) o tratamento estanque concedido às diferentes etapas ou formas de análise, quando, em verdade, o processo político é interativo, com várias fases acontecendo repetidas e simultaneamente e se imbricando mutuamente;

b) o fato da proposta do CPPS assumir que o único ator facultado a elaborar uma *imagem-objetivo* é a autoridade política, quando, no entanto, todos os atores políticos e sociais têm essa capacidade.

A proposta do CPPS toma como objeto de planejamento não mais o nível local do setor saúde, unidade programática de produção de serviços voltada à melhoria do nível de saúde de uma dada população recortada no espaço geográfico e político-administrativo de um país, mas sim o sistema de saúde, entendido como uma unidade complexa formada por três níveis: além da base produtiva, denominada nível técnico-operacional, nível político-administrativo e nível técnico-normativo. A planificação de saúde, assim, não se restringe à programação de serviços, mas se amplia com a definição de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema, quais sejam, gestão, financiamento, organização dos serviços e infraestrutura de recursos físicos, humanos e materiais.

Apesar das diferenças entre uma proposta metodológica e outra, no que se refere à fundamentação teórico-metodológica, da microeconomia à ciência política, a utilização da Epidemiologia continuou restrita a um dos níveis do diagnóstico, que reproduzia, em escala ampliada, o esquema lógico do método CENDES-OPS. De fato, a primeira etapa do processo de formulação de políticas de saúde deveria contemplar a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como o perfil da demanda social, sem que, entretanto, se proponha métodos e técnicas específicas para tal.

Desdobramentos posteriores realizados por técnicos que trabalhavam na perspectiva oferecida por este enfoque trataram de caracterizar diferenças entre necessidades sentidas e não sentidas como forma de distinguir, inclusive, os determinantes da demanda aos serviços de saúde e abrir a possibilidade de se planejar e programar ações que estariam voltadas à prevenção de problemas previsíveis, porém não explícitos, o que remete à difusão das concepções do chamado enfoque de risco, que começava a ganhar espaço no seio das organizações internacionais de financiamento e assessoria técnica aos governos da região.

Os estudos sobre necessidades de saúde e a elaboração de propostas metodológicas para apreendê-las no âmbito do processo de planejamento em saúde foram desenvolvidos, ao final dos anos 70, no bojo das iniciativas desencadeadas com a *Estratégia Saúde para Todos - SPT 2000*, configurando um enfoque que tenta se aproximar do conceito de necessidades de saúde através das condições de vida, assumindo uma divisão da sociedade em grupos humanos diferenciados segundo diferentes níveis de postergação ou atraso social (RIVERA, 1988).

A questão mais importante, portanto, consistia na identificação dos grupos humanos postergados como decorrência da desigual distribuição da renda social. Esta identificação envolve um processo que parte da definição de espaços geográficos pequenos, dando conta de grupos humanos socialmente homogêneos, e posterior aferição das condições de vida, mediante utilização de indicadores sociais e econômicos, e das condições de saúde (indicadores de morbi-mortalidade), de maneira a validar ou rejeitar a hipótese da identidade entre espaço geográfico e concentração de grupos sociais diferenciáveis.

As críticas a este procedimento metodológico incluem desde a dificuldade operacional de identificação de espaços geográficos suficientemente pequenos para sediar uma população homogênea até o tipo de indicador utilizado para aferir as condições de vida (renda, disponibilidade de serviços, etc.), pelo fato de expressarem a situação dos grupos populacionais em relação ao consumo e não no que diz respeito à sua inserção na estrutura de produção e, finalmente, a correlação questionável entre acessibilidade aos serviços de saúde e condições de vida (RIVERA, 1988).

Apesar dessas limitações, vale ressaltar a contribuição desse enfoque no tocante à definição de grupos humanos prioritários e problemas de saúde prioritários pela via de aproximação ao conceito de necessidades sociais, bem como ao uso da análise de risco, em um sentido ampliado, na definição das categorias de problemas e na formulação das estratégias de intervenção (RIVERA, 1988). O recurso à delimitação espacial de grupos homogêneos e a utilização do enfoque de risco, a essa altura em desenvolvimento no campo da Epidemiologia, evidenciam a busca de ampliação do objeto de saber/

intervenção no âmbito do planejamento em saúde, ainda que inserida na concepção ecológica simplista do processo saúde-doença.

A CONTRIBUIÇÃO DE MÁRIO TESTA

Partindo da “matriz” original do planejamento estratégico em saúde configurada pela proposta do CPPS, identifica-se na literatura latino-americana outro desdobramento, representado pelo “pensamento estratégico”, formulado por Mário Testa, cuja reflexão toma como ponto de partida a crítica à valorização da análise da problemática do Poder e suas formas de expressão e materialização nas relações entre os diversos atores sociais que atuam no processo político configurado no “setor saúde” (TESTA, 1989, 1992).

Tomando como ponto de partida a definição de “política” como “uma proposta de distribuição do poder” e a definição de estratégia como uma “forma de implementação de uma política” (TESTA, 1989, p. 85), elaborou-se uma tipologia do poder em saúde, distinguindo-se o poder político do técnico e administrativo. O poder administrativo corresponde às atividades e processos que implicam o manejo de recursos, o poder técnico se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde, e o poder político, que expressa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor (TESTA, 1995).

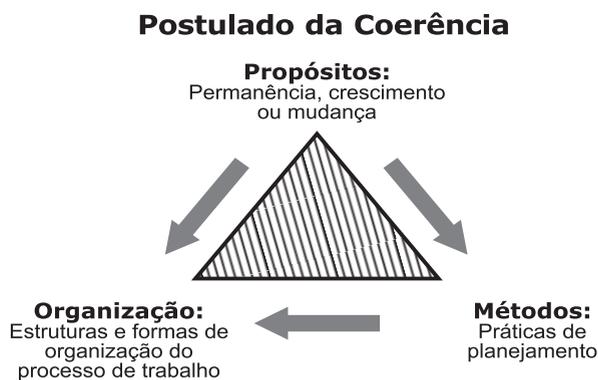
A partir dessa reflexão, o referido autor elaborou sua concepção acerca da “estrutura de poder no setor saúde”, que é bastante interessante como ponto de partida para o mapeamento e análise das posições político-ideológicas dos diversos atores que se envolvem com o processo político em saúde. Nessa perspectiva, Testa aponta diversos “âmbitos”, isto é, os espaços sociais e institucionais nos quais se inserem os atores políticos, a exemplo da “administração central”, os “serviços de saúde” e a “academia”.

Desenvolvendo essas ideias, podemos pensar na identificação dos diversos espaços de poder (formal e real) que se apresentam no âmbito das instituições de saúde, distinguindo o tipo de poder exercido pelos distintos atores em função de suas posições na estrutura do “setor”. Redefinindo, também, a

noção de “setor” utilizada por Testa, podemos pensar na complexa rede de instituições (públicas e privadas) que compõem um sistema de saúde como o que se configura em nossa sociedade.

Desse modo, cabe distinguir instituições de acordo com a função que exercem no sistema, por exemplo, instituições gestoras, prestadores de serviços, produtoras de insumos ou instituições responsáveis pela produção de conhecimento e formação de pessoal em saúde, como é o caso dos institutos de pesquisa, universidades e escolas técnicas de saúde, genericamente conhecidas, em nosso meio, como representantes da “academia”.

No bojo de sua reflexão sobre o poder e as estratégias de ação em saúde, Testa sistematizou o chamado “Postulado de Coerência”, diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado “projeto” que explicita os propósitos de um dado Governo, os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais (TESTA, 1992).



Fonte: Testa, 1992.

FIGURA 2 – O Postulado da Coerência de Mário Testa

A importância do postulado da coerência prende-se ao fato de se constituir em um modelo de análise que pode ser aplicado ao estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde. Nesse sentido, pode-se

realizar uma “análise de coerência” entre os propósitos de um determinado Governo (anunciados, por ex., através dos Planos e programas de governo), os métodos de trabalho utilizados (entendidos amplamente como métodos e tecnologias de gestão de políticas, inclusive os enfoques adotados para o planejamento, programação e avaliação de planos, programas e projetos) e a organização (entendida enquanto modelo organizacional das instituições do setor), cujo conjunto pode configurar-se como favorável ou desfavorável à formulação e à implementação de uma determinada política.

Testa (1995) propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, considerando o setor saúde inseparável da totalidade social, o que significa considerar tanto a situação de saúde de uma população quanto a organização setorial como fenômenos socialmente determinados. Seu interesse pelo comportamento dos atores sociais e a ênfase que ele dá à análise das relações de poder e à compreensão das práticas de saúde resulta em um novo modo de pensar que enfatiza a formação de sujeitos sociais para o desenvolvimento de ações políticas em saúde.

Em suma, a análise crítica do planejamento em saúde e a reflexão sobre a realidade política latino-americana desenvolvida por Mario Testa ao longo dos últimos 40 anos nos oferecem elementos não só conceituais, mas também metodológicos, a exemplo do “postulado da coerência”, que podem ser utilizados como ponto de partida para a definição de modelos de análise de processos políticos específicos, como é o caso da formulação de planos e programas de saúde.

O ENFOQUE SITUACIONAL DE CARLOS MATUS

Ainda no final dos anos 70 e, principalmente, durante a década de 80, desenvolveu-se o enfoque situacional, vertente representada pela contribuição de Carlos Matus, economista chileno que desenvolveu uma reflexão abrangente sobre Política, Planejamento e Governo (MATUS, 1993), título de uma das suas obras mais difundidas no Brasil, especialmente na área de saúde, onde o autor tem sido largamente utilizado em cursos e consultorias, além de inspirar estudos e pesquisas acadêmicas.

A proposta conceitual e metodológica de Matus (1993) toma como ponto de partida a noção de **situação**, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. **Problema** é definido por esse autor como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um **ator social**. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. Por sua vez, ator social é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação.

A concepção situacional do planejamento, segundo Matus (1993), reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los.

O enfoque situacional foi originalmente proposto como uma teoria geral da planificação, passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. A formulação teórica da planificação situacional, portanto, é aplicável a qualquer caso onde haja uma situação de conflito e onde um ator possa agir democraticamente.

Agir num espaço democrático possibilita ao ator, pelo menos em teoria, uma intervenção racional sobre a realidade. Segundo Matus (1993), a planificação situacional, como formulação teórica, parte de uma indicação que compreende um espaço de relações de produção social somente compreensível se quem indica está dentro do espaço indicado. Além disso, segundo ele, a indicação do ator não está motivada pelo mero propósito de conhecer, mas também de atuar e alterar a realidade compreendida no espaço indicado.

Um dos elementos centrais da obra de Matus é o desenvolvimento da “ciência e das técnicas de governo” que possam contribuir para o aumento da capacidade de governo dos Estados latino-americanos. Para ele, governar é algo muito complexo que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar se requer cada vez mais certo domínio teórico

sobre os sistemas sociais. Para o autor, governar exige articular constantemente três variáveis: *projeto de governo*, *capacidade de governo* e *governabilidade do sistema*, cuja articulação compõe o *triângulo de governo* (MATUS, 1997).

Matus: Triângulo de Governo

Projetos de Governo:

Conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe realizar para alcançar seus objetivos



Governabilidade:

Graus de liberdade/exigência do ator para a ação no governo

Fonte: Matus, 1997.

Capacidade de Governo:

Capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator

FIGURA 3 – O Triângulo de Governo de Carlos Matus

O *projeto de governo* se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo estes produtos não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, como também da sua capacidade de governo. A *capacidade de governo* diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. Quanto à *governabilidade do sistema*, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema (MATUS, 1997).

Matus (1993) afirma que uma das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo é o domínio de técnicas potentes de planificação e que a capacidade de governo se expressa na capacidade de direção, gerência e administração e controle. Nessa perspectiva, o autor desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada “Planejamento Estratégico Situacional” (PES) aplicável em casos onde

existam governos democráticos e que por isso os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado (MATUS, 1989, 1993).

O PES, proposta geral complementada posteriormente com outros métodos que constituem a chamada “trilogia matusiana” (SÁ; ARTMANN, 1994), fundamenta-se em um arcabouço teórico que enfatiza o conceito de *situação* e contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos *momentos* do processo de planejamento, quais sejam, o “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático-operacional”. O primeiro implica a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação. O segundo contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, com o desenho dos Módulos Operação-Problema contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas. O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano.

Cabe destacar que a noção de momento rompe com a ideia de etapas sequenciais do planejamento, em que, a partir do conhecimento estruturado sob uma dada realidade, são definidas as ações e as estratégias para torná-las viáveis, finalizando com a identificação de indicadores capazes de medir o desenvolvimento das propostas no limite temporal previsto para tal processo. A noção de momento indica que essas etapas se desenvolvem, na realidade, de modo simultâneo, em que apenas há o predomínio de um momento sobre o outro.

A construção da análise da situação, por exemplo, faz parte do momento explicativo, porém está fundamentada numa ideia de futuro que se pretende alcançar (momento normativo), e, ao mesmo tempo, é uma forma de avaliar o momento presente (momento tático-operacional), a partir de determinadas normas consideradas adequadas (momento normativo) para enfrentar os problemas prioritizados.

EXPLICATIVO	NORMATIVO	ESTRATÉGICO	TÁTICO-OPERACIONAL
Situação	Direcionalidade	Viabilidade	Ação - Operação
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação • Descrição • Explicação de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cenário • Definição Situação-objetivo • Análise de coerência 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de estratégias: Cooperação / conflito • Análise de viabilidade: decisão, operação, permanência 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda do dirigente; • Gerência de operações; • Sistema de "prestação de contas" (monitoramento e avaliação)

Quadro 1 – Conceitos e processos dos momentos do Planejamento Estratégico-Situacional

O enfoque estratégico-situacional traz algumas consequências importantes para o ato de planejar (MATUS, 1993; VILASBÔAS, 2004):

- O ator social que planeja faz parte da realidade a ser planejada. Não é um observador externo e nem o único presente naquela situação. Outros atores também estão presentes e planejam. Não há garantia de controle sobre uma determinada situação planejada, porque a ação de cada ator depende da ação dos outros.
- Há várias explicações sobre uma mesma situação. Elas dependem dos conhecimentos e dos interesses de cada ator naquele contexto. Assim, nenhuma das explicações está certa ou errada. Assim, é preciso, também, conhecer a explicação do outro para analisar uma determinada situação.
- A capacidade de agir sobre uma determinada situação varia de ator para ator e condiciona as possibilidades de sucesso de um plano. Não é suficiente elaborar um conjunto de propostas de ação. É necessário construir a viabilidade das ações, isto é, a possibilidade de sua execução, considerando as capacidades de todos os atores envolvidos naquela situação.

Pode-se concluir que, na perspectiva do enfoque estratégico-situacional, a atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade implica num esforço de entendimento entre os diversos atores sociais ali presentes, de modo a permitir uma explicação abrangente sobre uma dada situação e sobre as formas de intervir sobre os problemas, de modo a resolvê-los ou controlá-los. Este enfoque vem sendo incorporado ao debate, à reflexão e ao processo de elaboração metodológica da planificação em saúde por vários estudiosos e técnicos em diversos países, inclusive no Brasil, como veremos a seguir.

REFERÊNCIAS

CPPS (Centro Panamericano de Planificación de la Salud). OPS. **Formulación de Políticas de Salud**. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Santiago, Chile, Julio, 1975.

HILLEBOE, H. et al. El método CENDES-OPS. In: Métodos de planificación sanitaria nacional. **Cuadernos de Salud Pública**, 46, Washington D.C., 1975.

MATUS, C. **Política y Plan**. IVEPLAN, Caracas, Venezuela, 1982. 186p.

_____. **Planificación, Política y Gobierno**. OPS, Washington D. C., 1987. 768p.

_____. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico-Situacional. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde**. Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. Vol. 2, 222p.

_____. Fundamentos da Planificação situacional. In: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ ABRASCO, 1989. p. 107-123.

_____. **Política, planificação e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554.

_____. **Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma**. Caracas: Fundación ALTADIR, 1997. 261p.

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

RIVERA, F. J. U. **A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico**. n. 5. Brasília, OPS, 1988. 31p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde).

RIVERA, F. J. U. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. 1989. In: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 13-55.

RIVERA, F. J. U. Por um Modelo de Formulação de Políticas de Saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. 1989. In: RIVERA, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 153-176.

ROLIM, L. F. **Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica**. 123fls. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, 2003.

SÁ, M. C.; ARTMANN, E. Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local. In: MENDES, E. V. (org.). **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. Brasília, OPS/Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde/ Representação do Brasil, 1994. p. 19-44.

TESTA, M. Mário Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. 1989. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde**. Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. Vol. 2, 222p.

_____. O Diagnóstico de saúde. In: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 59-76.

_____. Tendências em Planificação. In: Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 77-104.

_____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. 226p.

_____. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.