



Texto 27

Unidade de Aprendizagem V

Planejamento e programação em saúde¹

Adolfo Horácio Chorny, Maura Taveira e Rosana Kuschnir

Introdução ao desenvolvimento do planejamento em saúde na América Latina

O método Cendes-Opas

O primeiro momento – que vai desde o início da década de 1960 a meados dos anos 1970 – é representado pela elaboração e utilização do método desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (Cendes) da Universidade Central da Venezuela.

Um segundo momento, conhecido como “planejamento estratégico”, inicia-se em meados da década de 1970 e chega, com variantes, aos dias de hoje.

O método Cendes-Opas, desenvolvido entre 1962 e 1963, surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961 – da qual participaram os ministros da saúde dos países latino-americanos. Era necessária a formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos. Estes, na concepção desenvolvimentista, permitiriam que os países da região pudessem trilhar as diversas etapas já percorridas pelos países que haviam alcançado o desenvolvimento.

O método Cendes/Opas foi publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde em abril de 1965, sob o título “Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos”.

¹ Texto extraído e adaptado de: CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. Planejamento e programação em saúde. In: LOPES, C. M. B.; BARBOSA, P. R.; COSTA e SILVA, V. (Org.). *Planejamento e organização da atenção à saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2010.

Nesse contexto, os planejadores em saúde eram basicamente os técnicos de nível central dos ministérios da saúde dos diversos países em questão que, com exceção do Brasil, detinham e geriam a maior parte dos serviços de saúde em seus países.

Assim, quase que naturalmente, ficava claro que o planejamento seria basicamente normativo, definindo o que e como deveria ser feito no âmbito dos serviços de saúde. Ou seja, a condição aparente de dispor de poder dispensaria considerar o problema do “outro” – outros atores sociais envolvidos.

Na realidade, o poder dos técnicos era só aparente, já que, no melhor dos casos, se restringia ao âmbito do próprio processo de planejamento, enquanto o mundo real seguia seu curso. E nesse mundo real as decisões continuavam a ser tomadas pelos políticos (CHORNY, 1993).

Para enfrentar a “irracionalidade dos políticos”, consideravam-se duas estratégias básicas:

- uma consistia em mostrar que a racionalidade do planejamento era superior à da decisão política, em termos dos benefícios que seriam alcançados pela utilização do método; e a outra
- uma vez elaborada a proposta técnica, deixar ao nível político a escolha do curso a seguir.

Com relação ao método utilizado, este tinha por fundamento o fato de que existiam relações de causalidade simples entre variáveis e estados de saúde, e entre ações e resultados.

Assim, o problema básico seria de quantidade e disponibilidade de recursos, que deveriam ser traduzidos pelo planejador tanto na opção mais adequada para maximizar os resultados (o que fazer para que se obtivesse maior benefício em termos de saúde) como na de minimizar os recursos necessários para alcançar um determinado resultado predeterminado (qual a melhor maneira, do ponto de vista do uso dos recursos financeiros, de fazer algo que já se havia definido que traria benefícios à população).

Para isso, o método Cendes-Opas propunha uma metodologia de escolha de prioridades estabelecendo uma série de critérios que orientassem as intervenções, com o objetivo de otimizar os recursos existentes.

Basicamente, seguiam-se quatro critérios que determinavam a ordem em que os problemas de saúde deveriam ser atacados. Destes, três eram

critérios diretamente proporcionais à prioridade que se dava ao problema, e o quarto agia de modo inversamente proporcional.

■ Critérios diretos

- a **magnitude** do dano (doença ou problema), expressa pelo número de mortes causadas – considerando-se esse critério, as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas, por exemplo, que são as responsáveis pela maior parte dos óbitos no país nas diversas regiões brasileiras, seriam consideradas prioritárias;
- a **vulnerabilidade** – função do impacto que as técnicas disponíveis poderiam exercer sobre a doença. Com relação a esse critério, entre as neoplasias, por exemplo, o câncer de colo de útero, que pode ser evitado por meio de diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras e, mesmo quando já instalado, pode ser curado ou controlado, tem maior vulnerabilidade que o câncer de bexiga, cujos fatores de risco são menos conhecidos, é silencioso, dificilmente diagnosticado de modo precoce e de tratamento com pior prognóstico. Ou, considerando-se o caso das doenças infecciosas, o sarampo, para o qual a vacina está disponível e é comprovadamente eficaz, tem maior vulnerabilidade que a Aids, cuja prevenção envolve uma complexa gama de fatores relacionados a questões sociais e culturais;
- a **transcendência** – pretende medir a relevância que teria para uma determinada sociedade ou grupo social mais afetado pela enfermidade em questão.

■ Critério inverso

- o custo da técnica mais eficaz disponível para evitar uma morte provocada pelo dano em consideração.

Aliada aos critérios diretos, deveria haver a consideração do custo de evitar o dano.

Assim, o custo de evitar uma morte por câncer de colo de útero – realização do exame citopatológico e tratamento das lesões precursoras encontradas – é mais baixo do que evitar uma morte por câncer de bexiga, que, em geral, é diagnosticado tardiamente e envolve exames para estadiamento, quimioterapia e radioterapia.

No processo de eleição de prioridades, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência, e menor o custo das intervenções propostas, mais elevada a prioridade de determinado dano.

Critério diretamente proporcional – diz-se que um critério é diretamente proporcional nos casos em que, quanto maior for o valor, maior a prioridade para a intervenção; já no caso dos critérios inversamente proporcionais, quanto maior o valor, menor a prioridade.

O papel do planejador era o de encontrar as técnicas mais eficientes para enfrentar as doenças ou problemas de saúde, de acordo com as prioridades determinadas.

Essa definição de prioridades, baseada em critérios “objetivos”, dava ao método uma aparência científica que permitia postular, pelo menos teoricamente, a possibilidade de definir prioridades e planejar de forma “racional”, independentemente de quem o fazia.

O método Cendes-Opas constituiu-se na referência central do planejamento em saúde por quase uma década, e inúmeros profissionais foram formados para implementá-lo.

Planejamento estratégico

No entanto, a partir da década de 1970, as condições políticas na América Latina já eram outras: golpe no Brasil em 1964, no Chile em 1973, e o advento de regimes autoritários em outros países latino-americanos, nos anos seguintes.

Os técnicos que, na década anterior, haviam participado da formulação de planos de saúde no âmbito do governo, por essa época, muitas vezes exilados de seus países, passaram a rever profundamente o processo de planejamento e seus determinantes.

A partir de fins da década de 1970 e início dos anos 1980, surge uma nova forma de encarar o planejamento em saúde, que nasceu, entre outras causas, das críticas e fracassos que acompanhavam a visão normativa adotada até então.

Essa nova concepção é o **planejamento estratégico**.

Uma questão central que a informa é o papel do planejador. Na formulação do planejamento normativo, esse profissional é um agente externo ao sistema, não existem “outros”, assim como não existem conflitos.

O enfoque estratégico, no entanto, pressupõe que o planejador seja um ator social, isto é, seja parte de um jogo no qual existem outros atores, com interesses e forças distintos.

Uma consequência dessa primeira admissão é que não existe apenas um diagnóstico de quais são os problemas, nem apenas uma explicação acerca de suas causas.

As três vertentes básicas do enfoque estratégico são:

- o pensamento estratégico de Mário Testa,
- o planejamento situacional de Carlos Matus, e
- o enfoque estratégico da Escola de Medellín.

Mário Testa (1995), que havia participado da formulação do método Cendes-Opas, desenvolve toda uma linha de formulação e reflexão voltada à discussão do poder, à organização como o espaço onde se materializa o poder social e à articulação entre poder técnico – a capacidade de gerar, acessar e manejar informações de diferentes características –, o poder administrativo – capacidade de designar e alocar recursos – e o poder político.

Carlos Matus (1978), economista que havia sido ministro no governo de Allende no Chile, identificou os fracassos experimentados pelo planejamento na América Latina com o fundamento básico do planejamento normativo, no qual quem planeja está – fora da ou sobre a – realidade planejada e não coexiste nesta realidade com outros atores que também planejam, o que conduziria a uma prática economicista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política.

Ao substituir esse pressuposto por seu correspondente estratégico – o ator que planeja está dentro da realidade e ali coexiste com outros atores que também planejam –, Matus (1978) formula o método do Planejamento Estratégico Situacional, aplicável aos casos de governos democráticos, nos quais existem diversos atores sociais em situações de poder compartilhado.

A preocupação central que orienta o pensamento de Matus (1978) surge de sua constatação da crise de governabilidade que assolava os governos latino-americanos. Portanto, sua reflexão e consequente proposta para a ação centram-se na necessidade de aumentar a capacidade de governar.

A terceira vertente do planejamento estratégico foi desenvolvida, fundamentalmente, pela Faculdade Nacional de Saúde Pública de Antioquia, Colômbia, com sede em Medellín.

Essa escola, que tem em Barrenechea e Trujillo Urbe (1987) seus nomes mais destacados, representa a continuidade de um pensamento no interior do campo da saúde cujas origens remontam ao começo dos anos 1960 e que, ao longo de quase vinte anos, condicionou o agir da área de planejamento da Opas.



Se você quiser se aprofundar no estudo desse tema, acesse o site da Opas e faça sua pesquisa entre as publicações disponíveis, na versão em inglês (www.paho.org/) ou na versão em português (www.opas.org.br/), na representação Brasil.

Adotando uma vertente mais operacional, define como objeto do processo de planejamento os “espaços-população”, entendidos não só como área geográfica, mas também como um espaço complexo, histórico e multidimensional – físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político –, no qual habitam grupos humanos suficientemente homogêneos quanto às condições de vida e, em decorrência, quanto às suas necessidades básicas, dentre as quais as de saúde.

Esses “espaços-população” estão inseridos num sistema social que se caracteriza por ser histórico, complexo, fragmentado, incerto e conflituoso, características que justificam a adoção do enfoque estratégico não apenas quanto ao planejamento, mas também quanto à gestão.

Os processos de planejamento e programação

a) O processo de planejamento

O planejamento pode ser definido como o processo pelo qual determinamos que caminhos tomar para que cheguemos à situação desejada. Significa, portanto, definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais de modo que se chegue à condição definida como desejável.

A definição acerca de onde chegar e dos objetivos a serem alcançados não é única nem universal e varia de acordo com quem planeja.

Propósitos e objetivos diferenciados levam a modalidades distintas de planejamento. No setor governamental, por exemplo, esse é o caso dos níveis federal, estadual e municipal, com suas distintas competências.

Em linhas gerais, o processo de planejamento consiste em:

- identificar problemas – atuais e futuros;
- identificar os fatores que contribuem para a situação observada;
- identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções;
- definir estratégias/cursos de ação que podem ser seguidos para solucionar os problemas;
- definir os responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações;

- definir os procedimentos de avaliação que permitirão monitorar a implementação da ação de modo a avaliar se aquilo que foi proposto realmente está adequado aos objetivos, e se os resultados são os esperados.

Antes de discutir o processo de planejamento, caberia esclarecer algumas premissas, alguns pontos de partida.

O primeiro é que o **objetivo principal do planejamento em saúde** é a saúde e que seu propósito é contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dados o conhecimento e os recursos disponíveis. Embora isso possa parecer evidente, muitas vezes as estratégias de intervenção propostas estão dirigidas centralmente à gestão operacional dos serviços ou ao controle da utilização de recursos, especialmente os financeiros, sem que se tenha claro de que forma essas atividades contribuirão para que a população seja mais adequadamente tratada – e assim a gestão dos meios passa a ser um fim em si mesma.

Assim, por exemplo, é comum encontrarmos “planos” que propõem a realização de um determinado número de consultas e outros procedimentos (em geral, propostas de aumento significativo) ou novos investimentos em recursos – físicos, humanos ou financeiros – sem que em nenhum momento seja considerado de que forma as ações propostas modificarão a situação atual – e, menos ainda, que impacto terão sobre as condições de saúde da população ou grupos a que se destinam.

Outro aspecto é que o **plano é um instrumento flexível**. Embora vá expressar os resultados de todo o processo de diagnóstico, análise e elaboração técnica e política – expondo acordos e pactos –, sua utilidade é a de servir como bússola para nortear as atividades que são realizadas; trata-se apenas de um instrumento, um meio para obter orientações de como concretizar as mudanças desejadas.

O plano deve ser avaliado continuamente e readaptado de acordo com as dificuldades encontradas na prática. Portanto, não só pode, como deve ser modificado e atualizado, à medida que se realiza o processo de avaliação de sua implantação. Quando o plano é assumido de forma inflexível, não permite que o próprio processo de mudança ocorra, ao ignorar os limites que a realidade impõe e as adequações que se fazem necessárias.

Finalmente, o **plano não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem planeja**, simplesmente uma declaração de como o mundo “deveria ser”. Os objetivos e estratégias expressos no plano devem ser

factíveis do ponto de vista técnico e viáveis do ponto de vista político, guardando, portanto, relação com a realidade. Se for diagnosticado que não estão dadas as condições para que mudanças consideradas essenciais sejam realizadas, faz parte do processo de planejamento – e deve constar do plano –, o desenho de estratégias que ajudem a criar essas condições num futuro próximo.

O planejamento está necessariamente relacionado à ação, e é na prática que o plano se justifica. Um “plano” com um diagnóstico muito bem elaborado e com estratégias e propostas de intervenção muito bem apresentadas, mas que são inactíveis e inviáveis, que esbarram nos limites da realidade, no “poder da política”, pode ser um exercício bem elaborado, mas não é um plano.

Assim, num plano proposto para um serviço de saúde – um hospital ou centro de saúde, por exemplo –, dificilmente poder-se-ia propor a modificação das condições de saúde de uma cidade ou de um estado e, se isso fosse feito, não haveria a menor possibilidade de implementar ações que obtivessem esse nível de impacto.

b) Momentos do planejamento

A atividade de planejamento pode ser dividida em três momentos: estratégico, tático e operacional.

A habilidade do planejador e/ou da equipe de planejamento é medida por sua capacidade de articular as diversas abordagens que caracterizam cada um desses momentos. Na verdade, o planejador deve tratar, ao mesmo tempo, questões que se referem tanto ao curto como ao longo prazo, questões que se referem ao presente e ao futuro.

O **momento estratégico** se refere à definição da condução do processo de planejamento, à sua determinação no espaço da política. Contempla os processos que se relacionam com as mudanças estruturais ou organizacionais de médio e longo prazos. À medida que o horizonte temporal se distancia do presente, aumenta o grau de incerteza, as metas perdem precisão e os objetivos são mais qualitativos do que quantitativos.

Para determinar quais as ações estratégicas, é necessário que exista um diagnóstico acerca da situação a ser enfrentada; que seja identificado um conjunto de problemas relevantes sobre os quais a organização que planifica tenha capacidade de intervenção; determinar prioridades; monitorar e avaliar a condução do processo, de modo a introduzir mudanças, se necessário.

O **momento tático** se refere ao planejamento de curto prazo, ou seja, o que habitualmente se compreende por programação. O horizonte temporal da programação é mais estreito e tem por finalidade determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos fixados no momento estratégico, ou criar as condições necessárias para que esses objetivos sejam viáveis no futuro. A finalidade principal da programação é determinar as ações que maximizem o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos estratégicos.

Se, por um lado, no momento estratégico os objetivos que se quer alcançar (imagem-objetivo) são mais difusos e indefinidos, no momento da programação devem ser bem definidos e quantificados, ou seja, expressos em metas, para que se torne possível verificar seu cumprimento no prazo proposto.

Outra diferença entre os dois momentos é que, enquanto no momento estratégico podem ser exploradas possibilidades mais amplas, a programação é mais limitada por contornos legais e normativos. Nessa medida, enquanto o plano estratégico delineia as linhas gerais norteadoras da intervenção, a programação trabalha com maior grau de detalhamento, de modo a orientar a implementação.

O **momento operacional** refere-se à execução propriamente dita, em essência no âmbito da gestão. Os prazos com que se trabalha nesse nível são muito mais curtos, da ordem de meses, semanas, ou mesmo dias. As decisões são tomadas com base nos problemas cotidianos e, geralmente, sob muita pressão. Exatamente por isso há a necessidade de que as direções mais gerais ligadas às definições estratégica e tática sejam discutidas, clareadas e incorporadas, de modo a orientar o trabalho do dia a dia.

Existe certo grau de correspondência entre os momentos do planejamento e os níveis institucionais que correspondem a diferentes graus de decisão ao longo do processo. De acordo com Testa (1995), a lógica da programação não depende apenas dos objetos, mas também dos processos a que os objetos estão submetidos, os quais, por sua vez, dependem do nível no qual são processados.

Para ilustrar essa formulação, Testa (1995) toma como exemplo os diversos entendimentos e percepções associados a um recurso amplamente empregado nos serviços de saúde: o algodão. Para o médico, ou para a enfermeira que trabalha em um consultório, trata-se de um produto que deve estar diariamente disponível. Para o administrador do hospital, trata-se de um item de consumo que deve ser distribuído

de maneira conveniente ao longo do ano. Já para o nível central, o algodão desaparece dentro de uma rubrica do orçamento “material de consumo”, que é o agregado com o qual trabalham os responsáveis pelo orçamento e o planejamento nesse nível. Para a área econômica, o algodão é um dos produtos primários sobre o qual se podem definir políticas específicas para o incentivo ou não de sua produção, fazendo uso dos elementos disponíveis.

Esse exemplo mostra também que o planejamento e a programação são realizados em diferentes níveis de uma organização e que o mesmo objeto será tratado por diferentes abordagens.

O processo diagnóstico

Como já dissemos, o processo de planejamento se inicia pela identificação dos problemas – atuais e futuros, bem como dos fatores que contribuem para a situação observada – e, a partir dessa identificação, definem-se estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias.

O processo de planejamento se inicia, portanto, com a identificação das condições que devem ser mudadas, o diagnóstico da situação. Esse julgamento pode (e deve) ser realizado por meio de diferentes abordagens, iniciando-se pela análise cuidadosa da informação disponível, utilizando a experiência e o conhecimento da equipe que planeja acerca da realidade em questão.

No entanto, para que o processo de diagnóstico possa resultar num plano que efetivamente cumpra os objetivos propostos, não é suficiente que se trabalhe a partir apenas da descrição de determinada situação ou da identificação de problemas. Na realidade, o que pode informar a eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou fatores que condicionam a realidade observada.

Assim, é possível identificar em que âmbito deve-se intervir de forma mais eficaz sobre as causas de um determinado problema, e não sobre suas manifestações superficiais.

Para que esse processo de intervenção seja possível, é preciso também escolher os problemas sobre os quais intervir, ou seja, que estão no âmbito da capacidade de decisão de quem planeja.

Existe uma tendência de ver o diagnóstico como uma tarefa muito ampla, em que se buscam informações acerca de todos os aspectos pos-

sivelmente relacionados. Por exemplo, no caso de uma área ou região, todos os dados demográficos, epidemiológicos, informações sobre todos os recursos existentes – físicos, materiais, humanos, financeiros etc. No entanto, na medida em que esses dados não são trabalhados, não é possível, efetivamente, realizar um diagnóstico que informe a decisão.

O processo de diagnóstico é, essencialmente, um processo de avaliação.

Assim, não é verdade que quando se inicia o diagnóstico, seja ele dirigido a uma área definida, a um serviço de saúde, ou a um grupo populacional, inicia-se um processo no qual se “escreverá sobre uma folha em branco”, ou seja, em que não se sabe nada sobre a situação, e que apenas as informações que serão colhidas “objetivamente” informarão o diagnóstico.

Na realidade, o processo de diagnóstico é precedido e informado permanentemente por algum modelo que está presente na cabeça de quem o realiza, esteja esse modelo explícito ou não. Assim, por exemplo, ao realizar o diagnóstico de saúde de uma área, é usual buscar informações quanto ao número de gestantes ou de mulheres em idade fértil. Mas, comumente não se buscam informações sobre o número de deficientes visuais, por exemplo. Evidentemente, nada nos diz que deficiência visual não é um problema de saúde. A razão pela qual não se busca essa informação é que, ao contrário dos programas de pré-natal e de atenção à mulher em idade fértil, sempre presentes em qualquer modelo de intervenção, não temos proposta dirigida aos deficientes visuais. Por isso, não se busca a informação e não se considera que seja um problema.

Portanto, recorrendo ao enfoque estratégico, percebe-se claramente que não há diagnóstico neutro, mas que há tantos diagnósticos quantos forem os observadores. E mais: tanto uma ideia do que se considera uma situação ideal em cada caso – a **imagem-objetivo** – como, até certo ponto, os modelos de intervenção estão dados. E para que possam ser avaliados e confrontados com a realidade, é necessário que sejam explicitados.

Como mencionado antes, mas nunca é demais ressaltar, a definição e a explicitação da imagem-objetivo são centrais ao planejamento, em todos os seus momentos. É a imagem-objetivo – a situação ideal a ser alcançada – que guia o processo de planejamento.

Outra questão é que o diagnóstico, como parte do processo de planejamento, cumpre basicamente o papel de um instrumento que permite a identificação de problemas e das estratégias de intervenção. Neste sentido,

é uma ferramenta que serve de base à tomada de decisão. Certamente, é muito raro dispor de todas as informações que se considerariam necessárias ao planejamento. No entanto, mesmo a partir apenas das informações rotineiramente disponíveis, é possível construir hipóteses iniciais sobre as quais iniciar o trabalho. Na medida em que se implementem as propostas, o próprio processo de monitoramento da implementação poderá apontar as lacunas de conhecimento existentes e direcionar a instituição aos sistemas de informação que possam supri-las.

Muitas vezes, perde-se de vista essa função instrumental do diagnóstico e se produzem diagnósticos tão detalhados, que detectam tantos e tão diversos problemas, que não permitem a definição de estratégias de intervenção. Não é incomum que o processo de planejamento se restrinja quase que exclusivamente ao diagnóstico, e que o plano seja muito mais uma apresentação de problemas do que de estratégias de ação para enfrentá-los.

Desenhando o plano

A definição das estratégias de intervenção consiste na escolha dos caminhos pelos quais se partirá da situação insatisfatória ou problemática, identificada no diagnóstico, para a situação a que se quer chegar – a imagem-objetivo.

Certamente as estratégias de intervenção são várias e dirigidas aos diferentes problemas identificados e às prioridades definidas. Como mencionado anteriormente, se os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, da mesma forma as estratégias de intervenção devem ser viáveis do ponto de vista da implementação do plano.

Essas estratégias devem, também, guardar coerência com os problemas identificados. Quanto mais se possa ter aprofundado as causas subjacentes na etapa diagnóstica, mais eficazes poderão ser as estratégias definidas. Assim, por exemplo, se foi diagnosticada como problema uma taxa alta de mortalidade infantil, o diagnóstico deve ser aprofundado de modo a identificar as causas dos óbitos: se estão relacionados a causas que podem ser evitadas pela atenção pré-natal ou se estão relacionados à assistência ao parto – ou a ambas –, de modo a definir as linhas de intervenção condizentes. A indicação, tão usual, de que o pré-natal seja intensificado ou modificado dificilmente reduzirá os óbitos relacionados à má assistência ao parto.

As estratégias de intervenção devem ser traduzidas em atividades e metas a serem atingidas de modo a alcançar o objetivo proposto. Essa definição está no campo do que é classicamente considerado planejamento normativo. Definir o que deve ser feito e como deverá ser feito.

Para que seja possível a definição do “como fazer”, é necessária a utilização de normas.

As normas são estabelecidas de diversas formas. Uma das mais comuns é a definição a partir de séries históricas de utilização de serviços. Nesse caso, é preciso especial cuidado, na medida em que as normas expressam os resultados de uma determinada configuração de oferta e, ao serem adotadas de maneira acrítica, acabam por perpetuar essa dada oferta de serviços, que muitas vezes sequer se conhece e menos ainda se sabe se atende às necessidades da população em questão.

Um exemplo disso é a utilização da produção de consultas especializadas realizadas ao longo de um período de tempo como base para a elaboração das normas. Se, numa determinada área, foram realizadas mil consultas, sendo 100 (10%) de oftalmologia e 50 (5%) de urologia, por exemplo, isso não quer dizer que 10% das consultas a serem oferecidas no futuro devam ser de oftalmologia e 5% de urologia. Essa produção observada muito provavelmente atende a parte das necessidades de saúde, mas também reflete a oferta. Se forem oferecidos mais serviços de oftalmologia, serão realizadas mais consultas. Se não são ofertadas consultas em endocrinologia, por exemplo, naturalmente não haverá produção, mas isso não expressa ausência de necessidade e não significa que consultas nessa especialidade não devam ser ofertadas no futuro.

As normas também podem ser definidas por especialistas, ou derivar de diversos métodos. E podem, ainda, ser definidas pelas próprias equipes que operam os serviços ou programas. Muitas vezes, as normas aplicadas em outros países, fruto de condições muito próprias e específicas, são utilizadas como expressão de uma situação “ideal”, sem que se considere se sua aplicação teria qualquer pertinência na situação em questão. Assim, se num determinado país, preconiza-se que deva ser ofertado um número x de leitos de uma determinada especialidade, não quer dizer que a necessidade seja a mesma em outras regiões nas quais o perfil epidemiológico é diferente.

Qualquer que seja a forma de derivação das normas, o mais importante é que sejam vistas como uma orientação, uma tentativa de aproximação a uma resposta aos problemas identificados. Mas essa é apenas uma resposta entre as várias possíveis, e sua adequação à realidade só

será demonstrada na prática na medida em que sua implementação seja avaliada.

A partir da definição das atividades a serem realizadas e das metas a serem cumpridas, para que estas sejam operacionalizadas, é necessário o cálculo dos recursos – físicos, materiais e humanos – necessários e que são traduzidos em recursos financeiros. Essa etapa implica a realização do balanço entre os recursos necessários e os existentes no momento.

Para a realização desse balanço, consideram-se as estratégias desenhadas com base no diagnóstico administrativo realizado e que têm por objetivo adequar os recursos existentes – seja por meio de investimentos em sua capacidade de operação ou de propostas que busquem incrementar o rendimento dos recursos humanos. Apenas após considerar essa adequação é possível avaliar a necessidade de novos investimentos.

Finalmente, a formulação do plano implica também definir os critérios e desenhar os mecanismos e indicadores que serão utilizados para avaliar sua implantação.

Avaliação e planejamento

Avaliar consiste em comparar um fato ou fenômeno com um modelo, um padrão ou um conjunto de valores e definir até que ponto o observado se aproxima do modelo escolhido.

Como vimos, a avaliação é parte inerente ao processo de planejamento e o próprio diagnóstico é basicamente um processo de avaliação, assim como a definição das estratégias, dos cursos de ação e das normas escolhidas para sua tradução em atividades e metas. A avaliação é, na realidade, um processo permanente, que tanto conforma o próprio processo de formulação do plano como monitora sua implementação e seus resultados.

A avaliação deve ser compreendida como um instrumento essencial para que se possa controlar a implementação do plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto. Assim, não se esgota na avaliação dos resultados alcançados em determinado momento e deve se tornar uma atividade contínua, própria da gestão, para a qual se dispõem de mecanismos e procedimentos específicos.

Como instrumentos fundamentais, destacam-se tanto a avaliação estratégica realizada de antemão como a realizada durante e/ou após

a implementação do plano. No primeiro caso, busca-se estabelecer se os objetivos e metas fixados podem ser efetivamente alcançados. Não se trata apenas de identificar o ponto de chegada, mas também as possíveis metas intermediárias que irão determinando o caminho. Nesse processo de avaliação, a intenção é analisar se essas situações intermediárias da trajetória são politicamente viáveis e tecnicamente factíveis, além de examinar sua coerência e consistência.

Isso obriga a explicitar os cenários futuros – possíveis, prováveis, previsíveis e preferíveis –, nos quais se desenvolverá o processo de planejamento, de modo que, se a previsão inicialmente feita não se concretizar, seja possível mudar o curso da ação.

A avaliação estratégica realizada durante ou após a implementação busca identificar as diferenças entre as situações alcançadas e aquelas às quais se esperava chegar, ou seja, procura medir a distância entre as intenções e o que realmente se passou na prática, definindo as causas das discrepâncias observadas. Com isso, objetiva ampliar o conhecimento sobre o processo em curso, de modo a melhorar a determinação de objetivos e prioridades, e a seleção de estratégias e recursos mais adequados.

A avaliação, portanto, é uma atividade constante, que se realiza a cada instante do processo, e não apenas quando se pretende ter cumprido uma etapa. Para que seja eficaz, deve ser acompanhada pelo monitoramento estratégico da conjuntura, identificando obstáculos e detectando alternativas novas ou imprevistas que possam contribuir para alcançar os objetivos propostos.

O diagnóstico de situação em sistemas locais

Diagnóstico de situação como identificação de problemas

O entendimento do senso comum não é suficiente para agir de modo eficaz na solução dos obstáculos que surgem no cotidiano dos sistemas e serviços de saúde. Para isso é preciso, em primeiro lugar, ter uma definição adequada do que constitui um problema, que, para nossos fins, será a seguinte.

Problema

É uma situação ou um valor que se diferencia para pior em relação a um modelo de comparação ou a um parâmetro escolhido como padrão por quem está avaliando.

O observador/gestor identifica problemas mediante a análise de determinadas variáveis ou indicadores, destacados ao longo do tempo por experiência própria ou alheia como os mais sensíveis aos objetivos propostos. Em alguns casos, não é a experiência que informa a conduta a seguir, mas alguma teoria, ou mesmo os desejos dos usuários (internos ou externos) dos serviços e sistemas de saúde.

Os problemas encontrados vão conformar um objeto de estudo mais detalhado na busca de suas causas efetivas, pois a ação que visa modificá-las será exercida sobre elas para suprimir ou diminuir os efeitos não desejados.

As afirmações anteriores partem da aceitação do fato de que o universo que habitamos é causal; ou seja, para existir um efeito é preciso haver uma ou mais causas condicionantes ou determinantes, sem que, necessariamente, sejam de nosso conhecimento ou, caso as conheçamos, possamos reconhecer a intensidade e a forma como atuam.

A determinação de problemas por parte do gestor deve obedecer a algumas regras, sendo as principais:

- ter clareza quanto à finalidade buscada e traduzi-la com precisão;
- ater-se aos problemas que possam ser administrados, admitindo uma solução factível e viável por parte dos responsáveis pelo diagnóstico. Um problema que não possa ser resolvido por quem o analisa não é, nesse nível, um verdadeiro problema;
- fazer referência a características mensuráveis (sempre que a natureza do problema o permita), porque se espera que quanto mais mensuráveis as variáveis utilizadas, mais objetivo será o diagnóstico e menos dependerá de opiniões ou crenças.

Em suma, o **diagnóstico de situação** com foco na resolução de problemas deve seguir estes passos:

1. Identificação dos problemas.
2. Formulação de hipóteses explicativas para os problemas selecionados.

3. Definição de prioridades e estratégias de intervenção.
4. Elaboração do plano de ação.

O esquema se completa com quatro **determinantes** e/ou condicionantes básicos, que se expressam de modo particular em cada plano:

- Determinantes sociais da saúde.
- Condições de saúde dos indivíduos e da população.
- Estrutura do sistema de serviços de saúde.
- Desempenho do sistema de serviços de saúde.

Determinantes de saúde são aqueles fatores que têm influência direta nas condições de saúde dos indivíduos ou da população. Esse nível é estrutural e atua como pano de fundo para as possíveis soluções dos problemas dos sistemas e serviços de saúde. A ação sobre os elementos ou fatores que se encontram nas dimensões mencionadas se processa por meio de períodos que superam o tempo da gestão.

Iniciando o diagnóstico de situação em sistemas locais

Para a aproximação ao diagnóstico das condições de saúde de uma população, utiliza-se uma ampla gama de informações, que expressa as diferentes características sociais, econômicas e culturais acerca da mortalidade e morbidade.

Os indicadores socioeconômicos são utilizados para uma abordagem dos problemas a partir das relações entre condições de vida e de saúde. Assim, por exemplo, numa área com melhores condições de vida, em que a população apresente condições de habitação e de saneamento mais favoráveis, maior nível de emprego, renda e escolaridade, pode-se imaginar que encontraremos menores taxas de mortalidade infantil por doenças infecciosas e outras diretamente relacionadas à pobreza. Por outro lado, poderá haver uma população nas faixas etárias mais altas, utilizando serviços de saúde de forma mais intensa, para tratamento das chamadas doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares, em especial a hipertensão arterial, diabetes e neoplasias.

Um dos objetivos do diagnóstico é identificar grupos de risco, que se constituem em prioridade de intervenção. No entanto, rotineiramente os dados disponíveis não são obtidos com grau de desagregação suficiente para a análise das condições de grupos de maior risco e as taxas médias muitas vezes mascaram desigualdades importantes dentro de

uma mesma área. Assim, pode-se considerar que, para grupos identificáveis por meio da distribuição geográfica de moradias mais precárias, por exemplo, como favelas e conjuntos habitacionais, os indicadores socioeconômicos (assim como os de morbimortalidade) serão certamente piores que os da média da área considerada.

Os dados acerca da mortalidade estão rotineiramente disponíveis, mas os relativos à morbidade muitas vezes são difíceis de ser obtidos. No entanto, para os objetivos da programação é sempre possível construir hipóteses a partir da informação existente, utilizando-se o conhecimento epidemiológico e a experiência dos profissionais envolvidos na prestação de serviços na área.

A primeira coisa a fazer é realizar a seleção e análise de informações relevantes ao objetivo do diagnóstico, a partir dos dados disponíveis, permitindo à equipe uma visão geral da área e um conhecimento inicial que certamente suscitarão muitas questões. Lembre-se que qualquer ação de diagnóstico é um processo de aproximações sucessivas. À medida que nos aproximamos dos problemas-alvo, aprofundamos o diagnóstico. Assim, sempre devemos partir do mais geral para o mais específico e só buscar informações adicionais a partir das perguntas formuladas.

Nunca se deve iniciar o diagnóstico buscando todas as informações disponíveis, porque há sério risco de afogar-se em números que pouco ou de nada servirão para orientar as ações.

Além dos indicadores de morbimortalidade para uma determinada área, podemos aproximar-nos de parte da morbidade pela análise da população e dos casos atendidos nos serviços de saúde. É sempre bom ter em mente que estes expressam apenas parte dos casos – aqueles que procuraram os serviços de saúde e, mais importante, conseguiram ser atendidos, o que nem sempre é o mesmo.

Por outro lado, a demanda observada em um serviço de saúde é também função da oferta. Se no município **A** existe um serviço de oftalmologia que funciona bem, o que não acontece no município **B**, ao comparar os dados da demanda atendida não se pode dizer que o município **A** apresenta maior incidência de problemas oftalmológicos que o **B**.

Outra forma de conhecer os problemas de saúde de uma população é a realização de investigação por meio de inquéritos epidemiológicos para a efetiva identificação das condições de saúde. No entanto, embora fundamental para a produção de conhecimento, isso requer a aplicação

rigorosa de metodologias de investigação, pressupondo um saber especializado, longo tempo de preparação, aplicação e análise de resultados.

Para os objetivos do diagnóstico com vistas à elaboração do plano, é possível identificar inquéritos realizados em outras áreas ou levantar a literatura pertinente e aplicar, como hipótese inicial, os resultados obtidos para a área em estudo, ressaltados os problemas, assim como utilizar o conhecimento epidemiológico e a experiência dos profissionais envolvidos na prestação de serviços na área.

O diagnóstico da estrutura diz respeito aos fatores produtivos que são organizados para constituir os sistemas e serviços de saúde, incluindo os saberes e práticas profissionais. Podem ser classificados em três grandes grupos:

- Recursos – Contemplam todo tipo de recursos, excluídos os financeiros, usados para a realização das atividades dos sistemas e serviços de saúde: instalações, equipamentos, insumos, materiais médico-cirúrgicos, pessoal e informações.
- Financiamento – Essa dimensão refere-se aos recursos monetários disponibilizados para os sistemas e serviços de saúde, considerando sua origem e alocação. Nessa categoria também são incluídas as formas de pagamento adotadas.
- Condução e/ou gestão – Capacidade dos diferentes níveis de governo de formular e executar políticas de saúde, procurando garantir seu acompanhamento e correção das mesmas (quando for preciso), assumindo a regulação do setor e responsabilizando-se pelos resultados obtidos.

A **estrutura** se relaciona diretamente com o desempenho dos sistemas e serviços de saúde e condiciona sua operação. Constitui o primeiro nível a ser explorado, antes de determinar o plano de análise ou nível em que serão analisados os problemas.

Já o **desempenho** é o âmbito no qual se manifestam os problemas relativos aos processos e resultados desenvolvidos e obtidos.

Diferentes autores apresentam classificações diversas das dimensões a serem consideradas na sua avaliação. Neste texto, consideraremos o marco conceitual adotado pelo Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Proadess), acessível pelo site www.proadess.icict.fiocruz.br.

Diagnóstico da estrutura de sistema de serviços

Diagnóstico de recursos: estrutura, processo e resultados

O diagnóstico de recursos constitui-se numa ampla análise dos serviços em operação na área considerada. Abrange aspectos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados, de acordo com a clássica definição das abordagens à avaliação de serviços de saúde formulada por Donabedian (1980).

A **estrutura** compreende as características relativamente mais estáveis dos serviços de saúde, os instrumentos e recursos disponíveis, e as configurações físicas e organizacionais nas quais operam. O conceito de estrutura inclui o número, as características e a distribuição de serviços e equipamentos; o número e a qualificação dos recursos humanos; e a forma como a atenção é organizada, financiada e provida.

Nesta perspectiva de análise, objetiva-se conhecer a capacidade da estrutura para desenvolver determinado processo de trabalho, correlacionando informações sobre:

- **suficiência da capacidade instalada em saúde:** expressa por meio da relação entre recursos disponíveis e a população que deles necessita; e
- **adequação dessa capacidade em relação a um determinado perfil epidemiológico identificado:** expressa pela relação entre os recursos disponíveis e a necessidade de recursos da coletividade.

O detalhamento desse tipo de informação deve ser feito por meio de indicadores capazes de informar sobre os distintos tipos de problema relacionados à estrutura, como a adequação quanto:

- **ao volume dos recursos disponíveis** (o aspecto quantitativo da capacidade instalada);
- **à sua distribuição geográfica** (o âmbito da acessibilidade aos serviços); e
- **à operacionalização dos mesmos** (o âmbito administrativo/gestão dos serviços).

O **processo de cuidado** compreende o conjunto de atividades que acontecem entre profissionais e pacientes, englobando o componente técnico do cuidado médico – procedimentos, diagnósticos e intervenções terapêuticas – e a relação interpessoal. Esse aspecto está vinculado

à avaliação da adequação aos padrões técnicos estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto, assim como às expectativas de grupos profissionais responsáveis pela execução das atividades ou tarefas quanto à maneira como elas devem ser feitas.

Nesse nível da avaliação, busca-se conhecer o comportamento dos serviços em relação à população que deles necessita e deles se utiliza.

Esse diagnóstico pode ser considerado segundo duas óticas distintas, mas relacionadas:

1. A primeira é a da avaliação da qualidade da atenção prestada, tanto para pacientes específicos como para grupos populacionais. A avaliação da qualidade, embora muitas vezes compreendida apenas como o resultado de uma determinada intervenção específica num episódio de cuidado, pode também se constituir na avaliação de uma ampla gama de atributos, tais como o acesso e a adequação da oferta e a continuidade da atenção.
2. A segunda é a da eficácia do impacto das ações realizadas sobre a saúde de pacientes individuais e das populações. Neste último caso, é a avaliação do grau de contribuição do cuidado prestado para a mudança das condições de saúde – medido, entre outras formas, pelos indicadores de morbimortalidade.

O próprio Donabedian (1980) afirma que, embora essa divisão tenha significado teórico e operacional, é difícil classificar fenômenos específicos exclusivamente por meio de uma das três categorias. Isso acontece porque essa formulação é uma abstração do que na realidade poderia ser descrito como uma sucessão de elementos numa cadeia. Cada elemento, ao menos até certo ponto, é causa do subsequente, assim como é causado pelo precedente. Portanto, é impossível distinguir meios de fins. Os objetivos e perspectivas do estudo de avaliação em questão é que definirão qual segmento da cadeia analisar.

De forma geral, é mais comum a utilização da análise da estrutura, por meio da avaliação da capacidade instalada: a descrição dos serviços existentes em termos de capacidade física – número de leitos, consultórios, equipamentos etc. –, dos recursos materiais e humanos.

A análise da estrutura se relaciona necessariamente à forma pela qual ela estaria, ou não, capacitada a realizar um determinado processo de trabalho. Assim, o número de leitos existentes numa região em si não significa praticamente nada. A avaliação que se realiza é se esse número é suficiente para uma dada população, se suas características e

especialidades estão adequadas às necessidades de saúde da população a que deve servir, e se a distribuição geográfica permite o acesso.

Portanto, fica claro que, para realizar o diagnóstico, parte-se de um modelo, de uma ideia de como as coisas deveriam estar operando e que isso deve ser explicitado por aqueles que planejam.

Operacionalizando o diagnóstico de recursos

O diagnóstico de recursos é baseado numa ampla gama de informações a respeito dos serviços existentes (**estrutura**), de que forma estão operando (**processo**) e com quais **resultados**. Embora pareçam ser básicas, muitas vezes temos dificuldades de obter informações inclusive acerca da capacidade instalada, ou seja, número de leitos, consultórios, salas cirúrgicas etc., por não serem mantidos registros atualizados.

Dois aspectos importantes a serem avaliados na interface população/serviços de saúde são: **cobertura e acesso**. Este último pode ser também compreendido como um dos indicadores de desempenho dos sistemas de serviços de saúde.

A noção de **cobertura** diz respeito ao percentual efetivamente atendido da população, de grupos populacionais considerados ou de pacientes em relação ao universo total de pessoas que um serviço ou programa se propôs a cobrir. Assim, a noção está necessariamente ligada à especificação de uma população a ser atendida e, como um percentual, seu valor máximo é de 100%. Essa é uma noção-chave, que deriva do desenho de redes de serviços destinadas a populações referenciadas.

Embora o atendimento à demanda espontânea – aquela que se apresenta voluntariamente aos serviços – seja uma função essencial do sistema de saúde, o desenvolvimento de um modelo de atenção que possa ter impacto sobre as condições de saúde pressupõe a **adscrição** de clientela. Isso significa que cada usuário/família moradora de um determinado território sabe a que unidade de saúde se vincular, e que profissionais serão responsáveis por seu cuidado. Na prática, significa definir, *a priori*, que população determinada unidade atenderá. Sem esse requisito básico não é possível pensar em atenção integral, articulação de práticas preventivas e curativas e continuidade do cuidado.

O **acesso** pode ser avaliado mais diretamente pela disponibilidade de serviços.

No entanto, a simples existência de um serviço numa área não significa que não existam barreiras ao acesso, sejam elas econômicas ou, mais

comumente, no caso de serviços públicos, devido ao fato de os serviços não estarem acessíveis ou não permitirem a entrada de pessoas quando sentem necessidade, seja por operarem por meio de esquemas de “senhas”, com filas de espera muito longas para marcação de consultas, ou simplesmente por manterem as portas fechadas às demandas que se apresentam.

Em geral, é muito mais difícil encontrar informação organizada a respeito dos serviços existentes, de modo a permitir a análise dos processos de cuidado e a composição dos recursos, e sobre as formas pelas quais estes se combinam para produzir as ações de saúde. Assim, muitas vezes os dados sobre número de leitos ou consultórios, por exemplo, não são articulados à informação sobre os equipamentos disponíveis e os recursos humanos utilizados para realizar determinada produção.

Dessa forma, a simples descrição da capacidade instalada e dos recursos humanos existentes não basta para emitir qualquer julgamento sobre a articulação e operação desses recursos. Em geral, com os dados disponíveis, é possível construir indicadores de rendimento (produtividade) dos recursos. Por exemplo, as taxas de ocupação – o percentual de leitos ocupados no período – e o tempo médio de permanência – a média de dias que cada paciente ocupou o leito.

Algumas vezes é possível avaliar a produtividade dos recursos humanos, em geral em serviços ambulatoriais, em que se dispõe, quando muito, do número de consultas realizadas por serviço ou por profissional, e não mais que isso.

O instrumento que melhor possibilitaria perceber a articulação dos meios para produção dos resultados é o sistema de apuração de custos. Tão importante quanto saber o valor de uma determinada unidade de serviço é conhecer a composição de recursos utilizada para sua produção, o que permite identificar as áreas de intervenção, tanto para diminuir os custos, se e quando for o caso, como para melhorar a qualidade da atenção. Adicionalmente, a implantação de um sistema de apuração de custos exige o desenvolvimento de sistemas de informação que articulem os vários recursos de forma que possam ser utilizados para a análise e avaliação de serviços.

Um recurso-chave: recursos humanos

Parte do diagnóstico de recursos, a análise da situação e dos problemas relativos ao campo dos recursos humanos reveste-se de particular importância para o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de

saúde, por ser esse o recurso crítico para a produção dos serviços. Por esse motivo, além do levantamento dos recursos humanos existentes, em número, categoria profissional e horas contratadas, algumas outras categorias devem ser consideradas no âmbito do diagnóstico.

Para a análise de situação, muitas vezes será necessário o desenho de estudos específicos e a utilização de diversas abordagens metodológicas de levantamento e obtenção da informação, a saber:

- **Capacitação** – É o grau de conhecimento específico em relação às atividades a serem desenvolvidas. Embora possa parecer que os profissionais foram contratados para determinada função com base na sua qualificação, nem sempre isso é verdadeiro. Muitas vezes, nem mesmo as atribuições do cargo estão claramente definidas, o que torna ainda mais difícil a avaliação da adequação do funcionário.
- **Rendimento** – O rendimento do recurso humano em saúde se refere, em primeiro lugar, ao número de atividades produzidas por recurso consumido. Habitualmente, o recurso humano é expresso pelo número de horas disponibilizadas pelo pessoal crítico para a prestação de um determinado serviço, ou seja, o rendimento se expressa pela relação entre os serviços produzidos e o tempo contratado dos recursos críticos.
- **Reposição** – Sob essa denominação incluímos todos os problemas relativos ao processo de envelhecimento da população de trabalhadores em saúde, identificando, com a antecedência possível, os estrangulamentos na disponibilidade desses recursos (no serviço, na unidade, no sistema) e os mecanismos empregados para sua substituição, avaliando sua eficácia e, quando necessário, desenvolvendo mecanismos alternativos, mais rápidos e eficazes.

Financiamento

O diagnóstico do financiamento de recursos refere-se à análise das suas fontes e formas de utilização. Nesse campo, busca-se informação não apenas de como é gasto o recurso, mas em que elementos de despesa se distribuem: pessoal, material de consumo – em suas diversas categorias – e serviços de terceiros, aqui incluídos todos os contratos de serviços.

Além das fontes de financiamento e da composição do gasto, é também fundamental conhecer os fluxos dos recursos financeiros, assim como a análise de tendências em relação ao financiamento – como tem se comportado o financiamento e a estrutura do gasto ao longo de determinado período.

Diagnóstico da função de condução/gestão

A gestão de sistemas e de serviços engloba uma gama muito ampla de funções, que vão desde a formulação de políticas e a formulação do plano, passando pela gestão de redes de serviços até a gestão de funções ao nível das unidades.

Nesse tópico, no âmbito do diagnóstico da função de gestão numa área/sistema local, estamos nos referindo à análise da capacidade de o gestor local exercer as funções de condução do sistema, entre as quais, as capacidades de:

- formulação de políticas;
- planejamento;
- financiamento com recursos próprios desse nível de governo;
- regulação do sistema;
- avaliação da implementação de políticas, planos e ações propostos;
- acompanhamento e controle das ações de saúde e dos contratos estabelecidos;
- capacidade de resposta aos problemas encontrados, por meio de novas soluções e modificação de rumos, se necessário;
- garantia de funcionamento efetivo dos fóruns de participação social;
- responsabilização pelo sistema de saúde local e seus resultados.

A avaliação da capacidade de condução pode ser feita a partir de uma série de abordagens. Algumas das funções relacionadas podem ser consideradas pela existência de processos e mecanismos de gestão institucionalizados como, por exemplo, a existência de um serviço ou área de planejamento que, efetivamente, planeje e esteja integrada ao funcionamento e à gestão. Ou a existência de sistemas de regulação que realmente exerçam essa função. Ou ainda, de sistemas de informação e sua utilização rotineira para avaliação e controle das políticas, ações e serviços.

Outras funções, como a capacidade de responder aos problemas, assumir a responsabilidade pela atenção à saúde da população (de seu território, região ou município) ou a capacidade de garantir o funcionamento de fóruns que possibilitem efetiva participação social só podem ser avaliadas por meio de abordagens qualitativas, especialmente desenhadas.

Identificando problemas e definindo estratégias de intervenção

Identificando problemas e elegendo prioridades

O processo de planejamento se inicia com a identificação das condições que devem ser mudadas, ou seja, com o diagnóstico da situação. No entanto, para que o diagnóstico possa resultar num plano que cumpra efetivamente os objetivos propostos, não é suficiente que se trabalhe apenas a partir da descrição de determinada situação ou da identificação de problemas. Na realidade, o que pode informar a eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou fatores que condicionam a realidade observada.

A análise dos condicionantes da situação permite identificar em que âmbito é possível intervir de forma mais eficaz sobre as causas de um determinado problema, e não sobre suas manifestações superficiais. Para que isso seja possível, é necessário, inicialmente, que o problema seja bem delimitado e que sejam identificados alguns dos grupos de fatores que poderiam constituir-se nas causas mais imediatas.

A análise aprofundada desses fatores orientará a eleição das prioridades e a elaboração de estratégias de intervenção.

No que concerne à identificação e delimitação de problemas, tomemos o exemplo dos problemas de saúde, centrais ao processo de planejamento – afinal, o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde.

Ao trabalharmos com a mortalidade, por exemplo, muitas vezes não fica claro qual o problema identificado. É frequente que os diagnósticos elaborados apresentem as causas de morte, em especial a mortalidade proporcional, mas não é possível compreender em que medida o processo identifica esses óbitos como problemáticos.

O reconhecimento das doenças cardiovasculares e das neoplasias como as principais causas de óbito, por exemplo – como ocorre em boa parte dos territórios brasileiros e para o país como um todo, também não é um problema em si. Esse é o padrão observado para os países que têm melhores condições de vida e saúde – ao contrário da mortalidade por doenças infecciosas ligadas à pobreza – já que, quanto mais as pessoas vivem, maior a prevalência de doenças crônicas.

Assim, é preciso definir com clareza o problema. No caso das doenças crônicas, por exemplo, o problema pode ser expresso por taxas de mortalidade cardiovascular mais elevadas e/ou óbito por doenças cérebro-vasculares em idade muito mais precoce do que as observadas em países desenvolvidos (como é o caso brasileiro). Ou, no caso das neoplasias, pode ser expresso por um percentual elevado de pessoas que têm a doença detectada apenas em estágio avançado, o que também acontece no Brasil.

Uma forma de identificar problemas nesse campo é a utilização de indicadores para análise da mortalidade evitável, que pode ser avaliada para agravos ou grupos etários. Assim, além de ajudar na delimitação do problema, a análise da mortalidade evitável permite identificar as estratégias de intervenção a serem utilizadas.

Outra abordagem que auxilia a eleição de prioridades em saúde são os estudos de carga da doença, que utilizam como indicador o DALY (Disability Adjusted Life of Years – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), que procura medir, simultaneamente, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida. O DALY mede os anos de vida perdidos, seja por morte prematura, seja por incapacidade.

Com relação a problemas identificados no campo da gestão, um elemento a ser considerado na seleção e definição de um problema é que nem sempre o incremento de recursos (financeiros, humanos, equipamentos etc.) representa a única ou a melhor solução, já que, se assim fosse, a busca de problemas passaria obrigatoriamente pela ótica distorcida de que quanto mais melhor.

Ao estudarmos a questão de como pensar os investimentos em saúde, você aprendeu que, antes de definir em que investir, é fundamental considerar o que existe e como está funcionando.

Assim, é necessário aprofundar o diagnóstico para que fique claro se as causas de problemas identificados na oferta e/ou no acesso a serviços de saúde são efetivamente derivados da carência de recursos ou de questões relacionadas à gestão dos recursos existentes. Uma política de investimentos proposta sem a identificação desses problemas será uma proposta de intervenção que não guarda coerência com os problemas reais no caso considerado e não será capaz de alcançar objetivos de mudança – se estes forem os objetivos, naturalmente.



No site do Sisap-Idoso, você encontra indicadores de mortalidade em idosos de 60 a 74 anos por causas consideradas evitáveis. Acesse: <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/matriz-de-dimensoes>

A partir desses dois exemplos fica claro que o aprofundamento do diagnóstico e a busca das causas é que orientarão a eleição de prioridades e as estratégias de intervenção.

No entanto, é bom lembrar que não há diagnóstico neutro; há tantos diagnósticos quantos forem os observadores. Um mesmo problema não é visto da mesma forma por todos os atores envolvidos. Às vezes, o que é problema para uns pode ser solução para outros – como, por exemplo, a falta de mecanismos de controle e avaliação de gastos.

A percepção de um problema é influenciada por diferentes fatores, entre os quais se incluem a inserção do observador no processo, suas expectativas e a maior ou menor proximidade do espaço das decisões.

Mesmo o tempo, por exemplo, pode ser percebido de diversas formas. Uma coisa é o tempo para quem espera ser atendido em um serviço de emergência, e outra, bem diferente, é a percepção desse mesmo tempo pela equipe de atendimento. Para quem espera, há a urgência para resolver a situação, dada pela avaliação da gravidade/sofrimento/desconforto. Já para a equipe, o que determina se o tempo de espera é adequado ou não é a avaliação por critérios técnicos da gravidade/urgência da situação, o conhecimento dos recursos disponíveis e a pressão exercida pela demanda total.

Assim, para estabelecer as prioridades, deve-se levar em consideração a capacidade de intervenção de quem planeja, a partir da qual é possível a definição ou delimitação do campo de intervenção em cada caso.

Ainda que num plano proposto para um serviço de saúde, por exemplo, se possa apontar que as condições de vida da população atendida são causa de problemas de saúde, não haveria possibilidade de implementar ações apenas no âmbito em que obtivessem impacto sobre esses determinantes. No entanto, o diagnóstico aprofundado permitiria propor intervenções focais que poderiam atuar sobre causas mais imediatas.

Finalmente, cabe considerar que a eleição de prioridades sempre será feita com base na relevância dada, desde a ótica de quem planeja à resolução dos transtornos gerados pelo problema, aí incluídas as prioridades definidas politicamente pelas diversas instâncias de governo.

Aprofundando o diagnóstico: formulando hipóteses e identificando as causas

O passo seguinte é identificar os fatores causais que geram o estado de coisas que se deseja mudar. Para que essas causas sejam conhecidas, é necessário, para cada problema selecionado, o aprofundamento do diagnóstico realizado, formulando hipóteses que explicariam as causas subjacentes e buscando respostas a novas perguntas acerca da situação.

Para que as propostas de solução tenham coerência e consistência em sua formulação, é preciso aprofundar o estudo iniciado no diagnóstico, a fim de identificar os fatores que dão origem aos problemas selecionados e de estabelecer uma ordem entre eles.

Essa **hierarquização** entre os fatores causais se dá a partir de critérios, ou seja, em função da sua relevância como causa do problema principal e das possibilidades de se intervir sobre eles. De pouco adianta, do ponto de vista da intervenção destinada a resolver um problema, saber que a causa prioritária está longe da gestão do sistema, unidade ou serviço e, portanto, independe da vontade daqueles que têm que conviver com a situação problemática.

Todo problema tem uma ou mais causas que devem ser identificadas para poder minorar ou eliminar o seu impacto. Vamos entender, por “causa”, os fatores necessários e suficientes para que o fato, transformado em nosso problema, se produza.

As causas podem ser **diretas** ou **indiretas**.

Causas diretas são as que estão no primeiro plano e são suficientes para a aparição do problema. As indiretas são aquelas que condicionam a existência do problema e a sua abrangência.

As causas podem relacionar-se com o problema de maneira conhecida ou desconhecida, simples ou complexa. Em geral, a existência de estudos anteriores permite identificar aqueles fatores que já se revelaram como importantes e, portanto, são merecedores de atenção especial.

Na identificação das causas prováveis do problema, é conveniente levar em consideração a existência de uma **teoria** prévia que permita identificar os elementos que conformam o problema e a relação causal entre eles.

Acompanhe o exemplo descrito a seguir, em que o problema identificado foi a falta de leitos de UTI num determinado território. Para

Teoria é um conjunto de proposições que pretendem explicar uma determinada situação, ainda que não tenham sido submetidas à verificação lógica ou experimental.

facilitar sua compreensão, vamos descrever passo a passo o procedimento seguido.

Começaremos por identificar os conjuntos de dimensões selecionados como contendo as variáveis causais do problema. O procedimento escolhido, quadros de efeito-causa, nos permitirá a aproximação às causas mais básicas até onde alcança nosso poder de intervenção.

Basicamente, o procedimento é uma interação (repetição) que parte do efeito para listar as possíveis causas. Uma vez feito isso, as causas são consideradas efeitos e passa-se a identificar suas possíveis causas, até que essa especificação chegue a um ponto em que não se tem mais poder de intervenção.

Vejamos, então, como seria esse processo.

Problema: falta de leitos

1º passo

Quadro 1 – Grandes categorias ou dimensões causais do problema

Efeito a ser alterado	Grandes grupos ou dimensões causais
Falta de leitos	Populacionais
	Recursos humanos
	Recursos tecnológicos
	Recursos financeiros

2º passo

Verificação da pertinência das grandes dimensões escolhidas

Esse passo consiste em detalhar as causas que foram englobadas em cada uma dessas categorias e definir uma cadeia de causalidade. Como exemplo, vamos desenvolver a dimensão populacional.

Em primeira aproximação, pode-se considerar o aumento da incidência do agravo, gerando o aumento da demanda por leitos e superando a oferta existente. Nesse momento, listamos as causas mais imediatas que poderiam estar causando o problema, tal como se mostra no Quadro 2.

Quadro 2 – Primeira causa populacional e causas que a determinam de forma mais imediata

Efeito	Causas imediatas mais prováveis
Demanda maior que a oferta de leitos	Aumento do número de pacientes com patologias que demandam internação

Agora, o processo segue tal como foi descrito acima. Nesse passo busca-se identificar as hipóteses que podem justificar a falta de leitos; para tanto, no nosso exemplo, começamos a enumerar as causas mais prováveis, desde a população, para essa carência.

A listagem de causas pode surgir da nossa experiência, da assessoria de especialistas, de procedimentos de consulta à bibliografia, de entrevistas com informantes-chave, ou por outros procedimentos que permitam uma aproximação às possíveis causas.

Quadro 3 – Segundo nível de causas

Efeito	Causas mais prováveis
Aumento do número de pacientes com patologias que demandam internação	Aumento da população mantendo a taxa com patologia estável
	Aumento da taxa de pacientes com patologia, com população estável ou com lento crescimento
	Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do serviço em estudo
	Alteração nas normas de internação de pacientes com patologia, aumentando a taxa de internação desse tipo de clientela

3º passo

Antes de avançar, é aconselhável verificar qual ou quais hipóteses causais são mais aproximadas ao caso em estudo. É oportuno lembrar que várias causas podem determinar o efeito observado e, também, que o trabalho de aprofundamento diagnóstico que estamos desenvolvendo deve ser reiterado com todas as dimensões.

Neste exemplo, a verificação da hipótese do aumento da população na área de cobertura poderia ser feita usando fontes secundárias (IBGE, alguns estudos populacionais que possam ter sido realizados recentemente na área de cobertura do serviço etc.).

A verificação da hipótese relacionada ao aumento da demanda por diminuição da oferta de leitos em outros serviços, gerando maior demanda para as unidades em estudo, pode ser feita, por exemplo, a partir da análise do local de residência dos pacientes internados.

Pode-se analisar o local de residência em três momentos: o atual, três anos e seis anos anteriores (para o mesmo mês do ano), e analisar se aparece alguma mudança perceptível no padrão de local de residência.

Ainda que esse procedimento possa não ser muito preciso, neste momento estamos procurando indicações, ainda que não muito refinadas, de possíveis mudanças. Também poderia ser colhida informação acerca do volume e local de residência daqueles que foram rejeitados para a internação, caso essa informação esteja disponível.

Para seguir desenvolvendo o exemplo, vamos supor que, da nossa investigação preliminar, surge como principal causa a que aparece no Quadro 4.

Quadro 4 – Níveis de causas que provocam os efeitos mencionados

Efeito	Causas de segundo nível	Causas de terceiro nível
Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do território ou serviços em estudo	Política de manutenção de equipamentos inadequada	Falta de profissionais com preparação adequada
		Inadequada política de licitações
		Falta de um planejamento para o reparo preventivo e a substituição de equipamentos por obsolescência
	Saída de pessoal especializado sem possibilidade de incorporação de novos profissionais	-----
	Leitos desabilitados por falta de recursos financeiros para sua manutenção e/ou recuperação	-----

Como você pode ver, o Quadro 4 registra as causas que estão por trás dos eventos observados, segundo uma hierarquia que vai das mais próximas (causas de segundo nível) até as mais longínquas (causas de terceiro nível). Esse processo pode ser continuado até a identificação de outros níveis de causas, considerando para a eleição de estratégias de intervenção apenas aquelas sobre as quais quem planeja tem poder de intervenção.

A partir desse processo, é possível formular hipóteses e identificar causas subjacentes, subsidiando o processo de elaboração de estratégias de intervenção.

Elaborando estratégias de intervenção

As estratégias de intervenção são os caminhos pelos quais se propõe o enfrentamento dos problemas identificados, de modo a alcançar os objetivos definidos.

O aprofundamento do diagnóstico, em busca das causas que condicionam a existência dos problemas, é o que permite que as estratégias de intervenção elaboradas tenham coerência com os condicionantes da situação a ser mudada e que possuam consistência em sua formulação.

As estratégias de intervenção podem – e devem – ser múltiplas, dirigidas às várias causas imediatas e/ou subjacentes dos vários problemas identificados, de acordo com o âmbito de intervenção de quem planeja.

Como já referido, uma questão fundamental é que as estratégias definidas só têm possibilidade de ser realmente eficazes se guardarem coerência com os problemas identificados. Quanto maior o aprofundamento da análise das causas subjacentes, mais bem definidos serão os caminhos para o enfrentamento dos problemas identificados.

Utilizando novamente o exemplo da mortalidade infantil, deve ter ficado claro para você, pela leitura do artigo acerca das causas evitáveis de mortalidade perinatal, que, se a mortalidade infantil alta foi definida como um problema, é necessário aprofundar o diagnóstico e analisar em profundidade as suas causas.

Se boa parte dos óbitos for devida a causas relacionadas à assistência ao parto, a proposta de aumentar o número de consultas de pré-natal – quase sempre a primeira estratégia a ser sugerida – não será capaz de obter o impacto desejado.

É sempre bom lembrar que, assim como os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, também as estratégias de intervenção devem ser factíveis e viáveis.

Nesse sentido, de acordo com a abordagem estratégica, existem basicamente três tipos de restrições a se considerar. Elas se referem:

- ao poder político,
- aos recursos econômicos, e
- à capacidade organizativa e institucional.

A identificação do espaço de restrição é importante para que se possa construir a factibilidade e a viabilidade do plano, ajustando as propostas de acordo.

Traduzindo as estratégias de intervenção em planos de ação

Para desenvolver esse momento adequadamente, é necessário cumprir alguns passos. As estratégias de intervenção, destinadas a atingir os objetivos propostos, devem ser traduzidas em metas (objetivos quantificados) e atividades/ações a serem implementadas.

O processo de definição de objetivos a partir dos problemas selecionados e a tradução das estratégias em planos de ação podem ser detalhados da maneira que segue.

1º) Definir os objetivos de saúde a atingir

É preciso definir com precisão o(s) objetivo(s) de saúde que se pretende atingir.

Porque planejamento em saúde trata de saúde, os problemas relacionados à gestão de recursos – inclusive os financeiros – são apenas meios (ainda que enormemente relevantes, é verdade) para atingir aqueles objetivos.

Isso não quer dizer que não serão estabelecidas estratégias de intervenção e definidos objetivos e metas direcionados à gestão de recursos, à organização de serviços e/ou ao aumento da eficiência ao nível de sistemas, redes e serviços.

O que se quer enfatizar é que essas estratégias, objetivos e metas dirigidas à gestão não podem perder de vista os objetivos finais em saúde,

sejam eles a alteração nas condições de saúde, aumento do acesso a ações e serviços, garantia da integralidade do cuidado ou melhoria da qualidade da atenção.

2º) Estabelecer as metas necessárias para atingir aqueles objetivos

É preciso traduzir os objetivos definidos, quantificando-os por meio de metas que possam ser atingidas.

O que está em jogo é a capacidade de conduzir, orientar e alterar cada passo do dia a dia, a fim de nos aproximarmos do objetivo final; portanto, vale ressaltar que as metas ou objetivos quantificados devem ser exequíveis.

Isso implica que, para defini-las, temos de avaliar a real disponibilidade de recursos críticos para a implementação do plano. O objetivo dessa análise é o de garantir a factibilidade daquelas metas estabelecidas.

3º) Definir as ações necessárias ao cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos

Nesse momento do processo, busca-se estabelecer a melhor articulação entre meios para atingir os fins definidos. Para a abordagem dos problemas de saúde, é preciso identificar os processos de cuidado pertinentes e sua organização em linha(s) de cuidado mais custo-efetiva(s) em cada caso, para posteriormente ordenar as atividades segundo os níveis de complexidade/densidade tecnológica da rede de serviços.

Esse é, por excelência, o espaço de discussão dos protocolos clínicos, da medicina baseada em evidências e dos comitês de *experts*.

4º) Aplicar normas para o cálculo de necessidade dos recursos críticos que compõem a linha de cuidado definida para cumprir as metas e objetivos estabelecidos

Como vimos anteriormente, não há possibilidade de se calcular a necessidade de recursos sem utilizar normas ou parâmetros de referência. O problema é que, muitas vezes, os consolidados de normas técnicas decorrem apenas de estudos da oferta de serviços, desconsiderando a necessidade e/ou demanda dos usuários por serviços de saúde.

Portanto, para atingir os objetivos de saúde, identificando as linhas de cuidado mais custo-efetivas em relação aos problemas de saúde prioritários, será necessário um tratamento criterioso quanto à aplicação dos parâmetros de referência.

5º) Fazer o balanço entre o rol de recursos críticos necessários e o que se dispõe (capacidade instalada)

Para a realização desse balanço, consideram-se as estratégias que foram desenhadas com base no diagnóstico administrativo realizado e que têm por objetivo adequar os recursos existentes – seja por meio de investimentos em sua capacidade de operação ou de propostas que busquem incrementar o rendimento dos recursos humanos. Como vimos, apenas após considerar essa adequação é possível avaliar a necessidade de novos investimentos.

O resultado dessa análise (superávit ou déficit de recursos) permite que se (re)oriente as estratégias de ação necessárias ao cumprimento dos objetivos e metas propostos.

A pergunta-chave é: **como construir viabilidade para meu desenho normativo?**

Como referimos, é preciso contemplar três tipos de restrições:

- de poder,
- de recurso econômico, e
- de capacidade organizativa e institucional.

A ideia é a de trabalhar com o binômio “construção de viabilidade *versus* ajuste/restrrição do desenho normativo”, de modo a torná-lo viável.

6º) Estabelecer a(s) forma(s) de acompanhar/monitorar as ações e definir os responsáveis por sua implementação

Planejamento e avaliação são processos inter-relacionados. Quando se fala em planejamento, necessariamente está-se falando de avaliação.

Na prática, o que se vê frequentemente é a avaliação ser tratada como **última etapa** do planejamento. O problema é que, após um insucesso, o que menos nos interessa é identificar falhas e, nesse caso, a avaliação perde sua finalidade teórica e passa a se caracterizar como um “tratado” de justificativas para explicar erros que não se pode mais corrigir.

A avaliação deve servir como subsídio à gestão e englobar uma série de aspectos/dimensões para que possa apoiar a tomada de decisão.

Matus (1978) resume esta questão com a seguinte imagem:

Quem dirige um automóvel precisa estar atento, simultaneamente, ao que existe a quinze metros de distância (futuro), ao que está imediatamente à sua frente (presente), aos espelhos retrovisores (passado); assim como precisa monitorar permanentemente os sinalizadores de desempenho do veículo.

Portanto, a seleção das variáveis para avaliação das ações deve atender a objetivos precisos em relação ao bom andamento do plano de ação, porque tudo pode mudar se quem avalia tem claro o que precisa saber.

Referências

- BARRENECHEA, J. J.; TRUJILLO URBE, E. *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín: Organización Panamericana de la Salud, 1987.
- CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; GOULART, E. M. A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 77, n. 6, 2001.
- CAMPOS, G. W. S.; MEHRY, E. E.; NUNES, E. (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, 1975.
- CHORNY, A. H. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Revista Educación Médica y Salud*, v. 24, n. 1, p. 27-51, ene./mar. 1990.
- CHORNY, A. H. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Medico Sociales*, v. 73, p. 23-44, 1993.
- DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*, v. 1: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, jun. 1990.
- HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
- HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.
- HARTZ, Z. M. A. et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, ago. 1996.

INSTITUTO DE LA SALUD JUAN LAZARTE. *Gerencia estratégica de servicios de salud*. Rosario, 1996.

IPEA. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF, 1993.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765-776, maio/jun. 2007.

MATTOS, R. A. de. *A teoria da programação de saúde no método CENDES/OPAS*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Rio de Janeiro: UERJ, 1988.

MATUS, C. *Estrategia y plan*. 2. ed. México: Siglo XXI, 1978.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, DC, 1965. (Publicaciones Científicas, 111).

PROADESS: metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, [2008]. Disponível em: <<http://www.proadess.ict.fiocruz.br>>. Acesso em: 18 fev. 2008.

RIVERA, F. J. U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

TAVEIRA, M. *A utilização de indicadores nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UNB, 1998. Versão revista e atualizada do cap. 9 do livro Planejamento da Atenção à Saúde.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BARRENECHEA, J. J.; TRUJILLO URBE, E. *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín: Organización Panamericana de la Salud, 1987.

CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; GOULART, E. M. A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 77, n. 6, 2001.

CAMPOS, G. W. S. (Org.); MEHRY, E. E. (Org.); NUNES, E. (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, 1975.

CHORNY, A. H. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Revista Educación Médica y Salud*, v. 24, n. 1, p. 27-51, ene./mar. 1990.

CHORNY, A. H. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Medico Sociales*, v. 73, p. 23-44, 1993.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*, v. 1: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, jun. 1990.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.

HARTZ, Z. M. A et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, ago. 1996.

INSTITUTO DE LA SALUD JUAN LAZARTE. *Gerencia estratégica de servicios de salud*. Rosario: 1996.

IPEA. *Política, planejamento e governo*. Brasília: 1993.

LANSKY, S.; FRANÇA, E. LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765-776, maio/jun. 2007.

MATTOS, R. A. de. *A teoria da programação de saúde no método CENDES/OPAS*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Rio de Janeiro: UERJ, 1988.

MATUS, C. *Estrategia y plan*. 2. ed. México: Siglo XXI, 1978.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programación de la Salud. *Problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, D.C., 1965. (Publicaciones Científicas, 111).

PROADESS: metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br>>. Acesso em: 18 fev. 2008.

RIVERA, F. J. U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

TAVEIRA, M. *A utilização de indicadores nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UNB, 1998. Versão revista e atualizada do cap. 9 do livro *Planejamento da Atenção à Saúde*.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.