UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE COM BASE EM DETERMINANTES; O CASO DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM, RS, BRASIL. UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DESCENTRALIZADOS.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ALUNO: Martín M. León González

LINHA DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CANOAS / 2006

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001

Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I, 25/02/2002)

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE COM BASE EM DETERMINANTES; O CASO DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM, RS, BRASIL. UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DESCENTRALIZADOS

ALUNO: Martín M. León González

ORIENTADOR: Jorge Umberto Béria

LINHA DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CANOAS / 2006

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO ACADÊMICO

Credenciado pela CAPES, Parecer CNE/CES n.º 1.334/2001 aprovado em 12 de dezembro de 2001

Homologado pela portaria MEC 467 de 22 de fevereiro de 2002 (D.O.U. Seção I, 25/02/2002)

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE COM BASE EM DETERMINANTES; O CASO DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM, RS, BRASIL. UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DESCENTRALIZADOS

Dissertação de Mestrado apresentada no Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil – RS, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

ALUNO: Martín M. León González

ORIENTADOR: Jorge Umberto Béria

CANOAS / 2006

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE COM BASE EM DETERMINANTES; O CASO DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM, RS, BRASIL. UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DESCENTRALIZADOS

ALUNO: Martín M. León González

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela banca examinadora:

Prof. Dr. Jorge Umberto Béria (ULBRA-Orientador)
Prof. Dr. Janice Dornelles Castro (UNISINOS)
Prof. Dr. Andréia Leal Figuereido (ULBRA)
Prof. Dr. Celso Gutfreind (ULBRA)

A minha esposa e filhas, Cleide, Isabel e Mónica, que, junto comigo, lutam, como equipe, pelas nossas realizações, que em grande medida, orientaram-se à construção de um mundo melhor.

Aos meus pais e aos bons mestres, autoridades e colegas, que com seu ensino e partilha, apoiaram uma sólida formação, humana e profissional, vertida à busca de melhores horizontes.

Ao município de Campo Bom, ao Prefeito, às Secretárias da Saúde, aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde e ao meu Orientador, Jorge Béria, por incentivar-me a sonhar, apoiando a construção de propostas ousadas, em bem da comunidade.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado graças ao entusiasmo, vontade política e participação das autoridades municipais de Campo Bom, do Sr Prefeito Giovanni Feltes e das Secretárias de Saúde, Helena Valadão Thiesen e Suzana Ambros Pereira. Contou-se, também, com a colaboração dos colegas, tanto do nível central como das unidades operativas, que acolheram a proposta, participaram da formulação dos planos e da coleta e análise das informações para sua avaliação. Valoriza-se a atinada e paciente atuação do orientador do Programa do mestrado, Jorge Béria, que motivou a concretização e melhores resultados em cada etapa do trabalho.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS V

SUMÁRIO VI

APRESENTAÇÃO VIII

PROJETO DE PESQUISA 9

1. TEMA DA PESQUISA 11
2. PROBLEMA DE PESQUISA 11
3. JUSTIFICATIVA 12
4. HIPÓTESES 13
5. OBJETIVOS 13
6. REFERENCIAL TEÓRICO 14
7. METODOLOGIA 39
   - 7.1. Objeto de Estudo 39
   - 7.2. Unidades de Observação 42
   - 7.3. Delineamento do Estudo 43
   - 7.4. Definição de Variáveis 43
   - 7.5. Coleta e Processamento de Dados 44
   - 7.6. Análise e Apresentação de Resultados 45
8. CRONOGRAMA 45
9. RECURSOS E APOIOS TÉCNICOS E INSTITUCIONAIS 46
10. DIFUSÃO DE RESULTADOS 46
11. ASPECTOS ÉTICOS 46

REFERÊNCIAS 47

ANEXO E APÊNDICES 56

Anexo 1 Proposta de Formato para Avaliação de Planos 56

Apêndice 1 Proposta de Matrizes Contendo Informação Contemplada para a Análise de Situação em Saúde 58

Apêndice 2 Proposta de Formulário/ Ficha Familiar do Usuário 66

Apêndice 3 Plano Municipal da Saúde 68

RELATÓRIO DE CAMPO 80

1. INTRODUÇÃO 81
2. COLETA DAS INFORMAÇÕES 81
3. PROCESSAMENTO DE DADOS 82
4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS 83

ARTIGO 85

1. RESUMO 87
2. ABSTRACT 88
3. INTRODUÇÃO 89
4. REFERENCIAL TEÓRICO 90
5. MÉTODO 95
6. RESULTADOS 98
7. DISCUSSÃO 100
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 102
9. ILUSTRAÇÕES (TABELAS E FIGURAS) 107

APRESENTAÇÃO

O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil, nos últimos anos, vem estimulando mestrandos e professores orientadores a projetar suas inquietações em matéria de pesquisa, colaborando à produção no campo de atuação correspondente, a partir da instrumentalização de projetos e difusão de estas experiências, integradas durante sua formação. Esta dissertação, que forma parte da iniciativa referida, enquadra-se no tema do planejamento e a avaliação em saúde, orientando-se à revisão metodológica, aplicativa e de avaliação dos planos derivados, no caso Campo Bom de planejamento estratégico em saúde, estando integrada de três partes principais:

1) **PROJETO DE PESQUISA: "PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE COM BASE EM DETERMINANTES; O CASO DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM, RS, BRASIL"**, aprovado por banca examinadora.

2) **RELATÓRIO DE CAMPO:** Inclui relato da pesquisa realizada pelo mestrando.

3) **ARTIGO: "PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE COM BASE EM DETERMINANTES; O CASO DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM, RS, BRASIL. UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA A GESTÃO DESCENTRALIZADA"**, para ser encaminhado à revista Ciência e Saúde Coletiva, da ABRASO, com a prévia aprovação e incorporação de sugestões da banca.

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE COM BASE EM DETERMINANTES: O CASO DO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM, RS, BRASIL

ALUNO: *MARTÍN MAXIMINO LEÓN GONZÁLEZ*

Anteprojeto de Dissertação para a obtenção do título de
MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

ORIENTADOR: PROF. DR. *JORGE UMBERTO BÉRIA*

CANOAS, RS. DEZEMBRO DE 2004

1 TEMA DE PESQUISA

Planejamento e avaliação em saúde; sua aplicação no nível municipal.

1.1 Delimitação do Tema

Análise e avaliação da experiência de planejamento em saúde de Campo Bom, município de porte intermediário da Área Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, baseada na aplicação de um modelo estratégico e sua conseqüente instrumentação tática e operacional. O modelo contém elementos de diferentes escolas da evolução da teoria administrativa e dos métodos utilizados no planejamento da saúde, acrescido da orientação a determinantes, desenvolvida da nova concepção da promoção da saúde.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

O panorama epidemiológico que, na sua acelerada transição, viu-se afetado pela polarização das desigualdades sociais, fez necessário mudar o significado do conceito da saúde e a resposta dos governos e sistemas de saúde frente às necessidades decorrentes, orientando estes ao estudo dos determinantes e ao cuidado dos estilos de vida e espaços do desenvolvimento humano (BUSS, 1999). No entanto, em algumas realidades, o conceito de saúde ainda está focado na doença, com respostas assistencialistas.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde, que visa a fazer realidade o direito à saúde através da descentralização, do atendimento integral e da participação social, tem requerido de uma série de mecanismos, instrumentos e regulações, que garantam o alcance dos objetivos e o respeito dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária (BRASIL, 2003 e 1991).

Nesse contexto, a elaboração dos planos municipais e relatórios de gestão para facilitar o controle social foram considerados requisitos legais obrigatórios (BRASIL, 1991). Não obstante, estes planos municipais são, às vezes, exercícios de programação, baseados em metas pactuadas, propostas por outros níveis de governo, com pouca participação da sociedade e das equipes que operam os serviços. Carências de definição, acerca de fins, estratégias e mecanismos de monitoria e avaliação, podem ser observadas (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 1990; FUNDAÇÃO ITAÚ SOCIAL, Ministério da Saúde, Instituto de Desenvolvimento da Saúde, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001).

Por outro lado, a difusão metodológica em planejamento, para a gestão e operação descentralizada dos serviços, é dificultada pela apresentação de uma visão aparentemente contraditória, com caminhos e resultados supostamente opostos. A teoria e prática do planejamento têm se dividido entre os denominados estratégicos e os normativos, sem elos de complementaridade entre as contribuições contidas em ambos enfoques, nem de linearidade na sua evolução teórica. No primeiro dos casos, as metodologias propostas são, em parte, de difícil compreensão e aplicação e no segundo, ainda que pragmáticas, às vezes, muito técnicas, mecânicas e pouco participativas (BARRANCOS E MENDES, 1992; RIVERA, 1989).

3 JUSTIFICATIVA

A reforma sanitária nacional e a gradual implantação do SUS, fazem necessária a revisão conceitual, metodológica e instrumental da teoria e prática do planejamento em saúde, objetivando-se a estruturação de propostas mais integrais, viáveis, participativas, apropriadas e adaptáveis às situações locais, levando em conta:

- a existência de uma legislação obrigatória para a elaboração de planos municipais e relatórios de gestão;

- a persistência de concepções de saúde e modelos de atendimento baseados na doença e assistencialistas, frente a um perfil epidemiológico em acelerada transição polarizada;
- a incipiente participação social e das estruturas organizacionais dos prestadores no planejamento; e
- a difusão metodológica fracionária e antagônica.

Neste trabalho, através da análise do caso Campo Bom de Planejamento Estratégico com Base em Determinantes, retomam-se os compromissos da Reforma Sanitária no Brasil, que já implicam a transição epidemiológica polarizada e incluem uma visão de determinantes, mostrando que é possível cumprir com os seus preceitos.

Articulam-se, no modelo proposto, elementos do planejamento em saúde das diversas correntes de pensamento, para definir fins e meios no nível municipal, em prol do bem-estar, melhores políticas públicas de saúde e maior envolvimento social para o auto-cuidado geral, dos entornos físico e social e do próprio indivíduo.

4 HIPÓTESES

A partir destes pressupostos, o estudo pretende testar as seguintes hipóteses:

1. É viável integrar e aplicar, no nível local, modelos de planejamento estratégico em saúde, com elementos metodológicos e instrumentais de diferentes desenvolvimentos teóricos, que respondam às necessidades e situações prevalentes; e
2. É fatível realizar avaliação para o monitoramento estratégico dos planos e programas municipais e locais, visando sua adaptação situacional.

5 OBJETIVOS

1. Analisar o caso Campo Bom de planejamento estratégico em saúde com base em determinantes, em relação ao modelo proposto neste estudo e seu referencial teórico; e

2. Apresentar instrumento de avaliação, em construção, para o monitoramento de planos estratégicos e programas municipais e locais, e resultados preliminares da sua aplicação piloto em Campo Bom.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

O Século XX veio a traduzir-se, para o mundo, num espaço de transformação, onde tiveram lugar mudanças radicais das formas de vida, produção e consumo humano. Passou-se de formas predominantes de vida e produção agropecuárias à expansão das formas industriais, que acarretaram a migração às cidades, onde atualmente mora a maioria da população, com seus conseqüentes benefícios e necessidades.

Ditas transformações socioeconômicas, que favoreceram a exclusão, entre regiões e classes sociais, refletem-se em saúde, com a denominada transição epidemiológica polarizada, segundo a qual segmentos socioeconômico e/ou regiões, apresentam perfis epidemiológicos em etapas substancialmente diferentes, sendo, às vezes, contraditórios entre eles. Ao anterior, acrescentam-se processos contra-transicionais, como o ressurgimento do cólera (BUSS, 1999).

Em geral, registra-se, para o final do período, uma diminuição importante da mortalidade geral, infantil e materna, dos índices de natalidade e fertilidade, com um aumento decidido da esperança de vida. As causas do adoecer e morrer correspondentes às enfermidades transmissíveis perderam importância relativa e ficaram subalternas às crônico-degenerativas e às denominadas externas.

O anterior, segundo MENDES (1996) e BUSS (1999), colocará importantes desafios para os sistemas de saúde, que deverão enfrentar nos próximos anos: uma população crescente de idosos e doentes crônicos, com patologias que até o momento são combatidas com tecnologias e recursos humanos especializados e custosos, presumindo se incrementem

padecimentos derivados de problemas ambientais e outros dependentes de estilos de vida, conseqüentes à modernidade e urbanização.

Considerações, como as anteriores, condicionaram ao reconhecimento de que sistemas de saúde, orientados à atenção médica, não são suficientes para superar os problemas e desafios para a melhoria do nível de saúde da população. Nasce disso a preocupação com a biologia humana, os estilos de vida e sua relação com o ambiente físico e socioeconômico, além de com a tradicional atenção médica (OPS - GOVERNMENT OF CANADA, 1974).

Tais enunciados, contidos no Relatório Lalonde, de 1974 (SPASOFF & HANCOCK, 1990) darão origem, junto com desenvolvimentos posteriores, aos postulados da Carta de Ottawa (OMS, SALUD Y BIENESTAR SOCIAL CANADÁ, ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA, 1986), tendentes à participação ativa da sociedade na elaboração de uma política pública sã, através da criação de ambientes favoráveis, o reforçamento da ação comunitária, o desenvolvimento de aptidões pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Nesta Conferência, se aceita o conceito de Promoção da Saúde, como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

A esta primeira conferência, lhe seguem as de: Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Santa Fé de Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; e Cidade de México, 2000. Nelas se dá ênfase a: decisões políticas, conjuntas de todos os setores, governamentais e sociais; aos ambientes físico, social, econômico, político e cultural; à conciliação de interesses econômicos e sociais para o bem-estar; ao “empoderamento”, como processo de capacitação da população para o controle de sua própria saúde; e à prioridade da promoção da saúde nas políticas e programas de saúde e o apoio à preparação de planos de ação de âmbito nacional com este enfoque.

Enquanto isto, diversos estudiosos vão desvendando e estruturando o campo da determinação em saúde, pesquisando o fenômeno da desigualdade e sua relação com a saúde (VICTORA et al., 1992; PAIM, 1997; CASTELLANOS, 1997).

O estudo pioneiro de VÍCTORA e col. (1992), define, entre outras coisas, alguns condicionantes por classe social e sua repercussão em termos da saúde nas crianças acompanhadas numa coorte, entre os anos de 1982 e 1986.

Para os anos 90, recolhem-se experiências relevantes sobre este particular no Seminário Latino-americano sobre Condições de Vida e Situação de Saúde, auspiciado pela Abrasco e a Fundação Memorial da América Latina e no III Congresso Brasileiro, II Congresso Ibero-americano e I Congresso Latino-americano de Epidemiologia, reunidos sob o lema: A Epidemiologia na Busca da Eqüidade em Saúde, realizados ambos em 1995.

Os documentos de ambos os eventos (BARATA, 1997) contêm contribuições conceituais, metodológicas e técnicas sobre o fenômeno da desigualdade e o estudo da sua repercussão em saúde. Neles se revisam origens, pesquisas e o desenvolvimento na França e Inglaterra do século passado, bem como usos recentes na América Latina, mostrando a utilidade das categorias espaço e classe social na epidemiologia. Os estudos, sua aplicação, utilidade e avanços até esses anos (Paim, Akerman, Borrell, Castellanos, Breilh, Laurell, da Cunha e Monteiro) limitam-se à relação de uma ou mais variáveis com a classe ou com o agravo. Em relação à população, analisam-se dados gerais de países ou regiões, sob grandes médias ou estudam-se sociedades fechadas, em estudos ecológicos.

Recentemente, Canadá, através do Instituto Canadense para Pesquisa Avançada, criou o enfoque “Saúde da População”, definindo determinantes, como: “cadeia de variáveis que podem, numa orientação positiva, atuar como fatores de proteção e a partir de sua interação negativa com o homem, converter-se em fatores de risco” (HEALTH CANADA, 2000a e 2000b). Neste enfoque, identificaram-se como determinantes, os seguintes: renda e posição

social; redes de apoio social; educação; emprego e condições de trabalho; entorno físico; características biológicas e dotação genética; hábitos pessoais e aptidões de adaptação; gênero; e serviços de saúde.

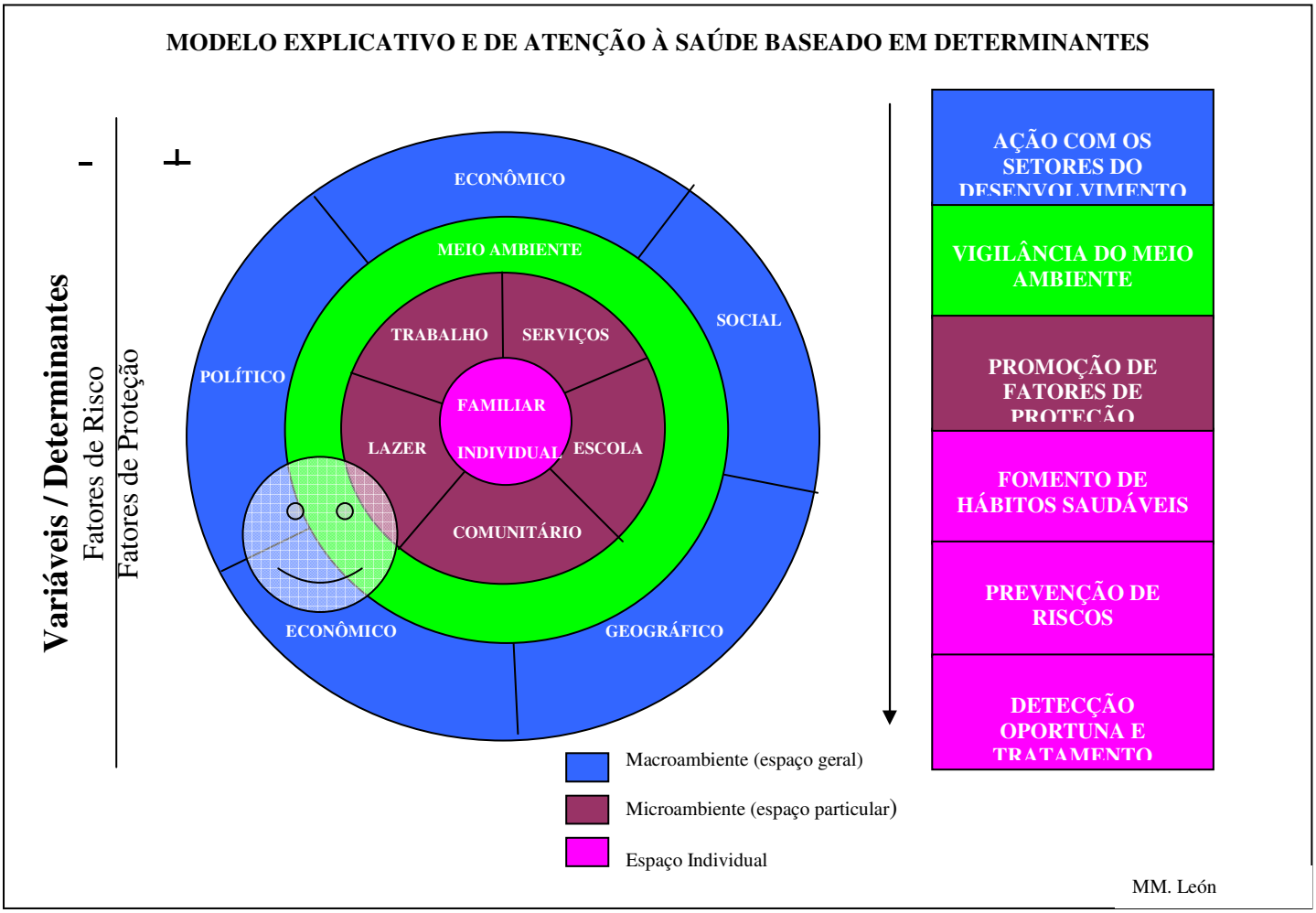
Num entendimento de participação social e colaboração intersetorial, com supostos de política pública, pesquisa e acompanhamento permanente, agrupam-se esses determinantes em cinco categorias: ambiente socioeconômico, entorno físico, hábitos pessoais de saúde, capacidade individual e aptidão de adaptação e serviços de saúde (Figura 1).

Se bem este enfoque tem motivado pesquisadores a estudar o fenômeno da determinação da saúde de maneira mais holística e a alguns níveis de governo, a adotar políticas e planos de saúde com base nele, em outras realidades a visão, ainda continua sendo fragmentada, mas quase em todas as latitudes observam-se inquietações tendentes à articulação das diferentes forças e respostas sociais em benefício de concepções mais abrangentes da saúde e do bem-estar.

No Brasil, a política do Ministério de Saúde, que incorpora esses elementos, encontra-se orientada a consolidar a Reforma Sanitária, iniciada nos anos oitenta, a partir da conformação do Sistema Único de Saúde. Com isto, veio a integrar-se uma rede de serviços, gradualmente descentralizados nos níveis estadual e municipal, perseguindo sua universalização e eqüidade.

Junto com o anterior, implementa-se uma política decidida para ampliar a rede básica de atendimento, através do PSF, desenvolvendo, além da infra-estrutura, a capacidade da gestão, nos diferentes níveis técnicos e administrativos.

FIGURA 1



Nota: adaptação do modelo de determinantes para seu uso no Planejamento Embasado em Perfis de Risco.

Planejamento na evolução da teoria administrativa

Ao mesmo tempo em que se sucediam esses acontecimentos na saúde, surgiu e se desenvolveu a Teoria Administrativa e junto com esta, o Planejamento, conseqüente à preocupação de racionalizar a produção. Ambos os conceitos seriam enriquecidos com os aportes das suas escolas, surgidas das necessidades do seu tempo.

Dois engenheiros, um francês e outro americano, no final do século XIX e inícios do XX, começam a estruturar a Teoria da Administração (TAYLOR e FAYOL, 1981).

Fayol, em 1908, deu a conhecer seus princípios e elementos da administração, que se incluiriam no livro *"Administração Industrial e Geral",* onde apresentou e caracterizou os seguintes cinco elementos: previsão, organização, direção, coordenação e controle. Lembrou que "governar é prever". Definiu o programa de ação, identificando-o como flexível e qualificou previsão, como: calcular o porvir e prepará-lo.

Taylor, pela sua parte, veio a centrar suas contribuições na melhora da eficiência do operário e as linhas de montagem, iniciada a produção em série, através dos estudos de tempos e movimentos, conhecidos através da obra: *"Princípios da Administração Científica"*, publicada em 1911. Enunciou, nessa, o princípio do planejamento, junto com os do preparo, do controle e da execução.

Ambos tiveram numerosos e importantes seguidores, como Urwick, Dale, Mooney, no primeiro dos casos e Gantt, Gilbreth e Ford, no segundo. Posteriormente, a escola neoclássica, que inclui os aportes das escolas enunciadas abaixo, se baseará na estrutura proposta por Fayol, que virá a constituir-se num já complexo corpo de conhecimentos (CHIAVENATO, 1995).

A Teoria da Burocracia, do alemão Max Weber, padronizou o desempenho, através do estabelecimento de manuais, regras, procedimentos, rotinas e descrições de cargos, fixando como elementos essenciais: a impessoalidade e a competência técnica.

As Escolas de Relações Humanas, Teoria dos Sistemas Sociotécnicos e do Comportamento e Desenvolvimento Organizacional estudaram, entre os anos 30 e 60, as necessidades humanas, as motivações sociais, a dinâmica social no trabalho, a organização informal, o trabalho em grupo, a participação nos processos decisórios e satisfação do trabalhador, apoiando, com estes elementos, à Administração por Objetivos e/ou Resultados, que outorgava preeminência ao planejamento, para a melhoria da gestão.

Neste tempo, os neoclássicos tinham conseguido agrupar os ensinos da Teoria Administrativa nas funções ou etapas do processo administrativo, enunciadas por Fayol como elementos da administração.

A partir destes aportes e os resultados obtidos do movimento da qualidade, concretizado das experiências japonesas, no pós-guerra, com o suporte americano da reconstrução e as contribuições de Deming e Juran, abriu-se passo ao pensamento estratégico.

O movimento da qualidade teve como fundamentos: o modelo de inspeção da companhia Ford; a criação do departamento de qualidade na Western Electric; a classificação dos defeitos de fabricação, de acordo ao princípio de Pareto; e a estatística e os métodos de amostragem, desenvolvidos durante a segunda grande guerra.

O artigo *"A Qualidade como Gestão"*, publicado em 1945, de A. V. Feigenbaum, que resumia as experiências nesse período da General Electric, ensinamentos que aparecem no *livro "Total Quality Control"* , de 1951, foi apresentado no congresso da EOQC (Organização Européia para o Controle da Qualidade, criada a partir do Plano Marshall), em 1961. Foi publicado também o *"Quality Control Handbook", de Juran* (LABOUCHEIX, 1988).

Entre os anos sessenta e os oitenta, o interesse pela análise do meio ambiente empresarial trará como conseqüência a estruturação e desenvolvimento da escola contingencial da Administração e, em particular, do planejamento estratégico.

Com as contribuições principais de William R. Dill, Richard Hall e Kenneth Andrews, H. Igor Ansoff, George Steiner, Peter Drucker e Michel Porter, além de outras relevantes, como as de Levine, Perrow, Simon, Laurence e Lorsch, vão se identificar e definir os elementos do ambiente de tarefa (próximo à empresa) e do ambiente geral (contextual), estruturando-se: o modelo básico para a formação da estratégia (SWOT em inglês, para: Strengths, forças; Weaknesses, fraquezas; Opportunities, oportunidades; e Threats, ameaças) e o modelo inicial de planejamento estratégico. (CHIAVENATO, 1995; MINTZBERG, 2004).

Identificaram-se como componentes do ambiente de tarefa: os consumidores, os fornecedores, os concorrentes e os regulamentadores. No caso do ambiente geral, foram definidas: as variáveis tecnológicas, as políticas, as econômicas, as legais, as sociais, as demográficas e as ecológicas. O conceito de Estratégia seria compreendido como o conjunto de formulações que vão compatibilizar os objetivos, potencialidades e limitações da empresa com as condições ambientais.

Ansoff, no seu livro *"Corporate Strategy",* lançado em 1965 (ANSOFF, 1965), dava a conhecer um complexo modelo de tomada de decisões para a formação da estratégia e a definição de planos estratégicos para o crescimento e expansão dos negócios. A partir dele e do modelo de Stein, que surge na época, estruturam-se os elementos básicos do modelo estratégico de planejamento. A definição de uma hierarquia de objetivos, encabeçados pela missão institucional, a confrontação com a análise SWOT, a formação da estratégia, a formulação dos planos estratégicos, táticos e operacionais e o estabelecimento dos mecanismos de controle, formam parte dele.

Esta concepção, ainda mecânica, formal e estática de planejar em longo prazo, propriedade das altas cúpulas empresariais e dos planejadores, viria a se converter, nesses vinte anos, num modelo mais flexível e participativo, graças aos avanços do desenvolvimento organizacional e às experiências da aplicação dos modelos iniciais.

As drásticas mudanças ambientais, a crescente complexidade dos seus processos, a diversidade de situações e atores envolvidos condicionariam o nascimento de conceitos, tais como: incerteza, conjuntura, descentralização e negociação. Desta maneira, se faria necessário o delineamento de uma visão, o cálculo de cenários, a construção de opções estratégicas, o reforçamento do conceito de conjuntura e o de monitoramento, além de fazer partícipes do processo aos envolvidos, dentro e fora da estrutura, redefinindo os papéis do diretivo e do

planejador no processo e aprofundando no estudo da relação entre poder e governo, a fim de outorgar viabilidade às propostas estratégicas.

Ansoff, ao reeditar sua obra, como *"The New Corporate Strategy",* vai incluir alguns destes ensinamentos, e ele e seus seguidores, continuarão, até a atualidade, evoluindo ditos conceitos e modelos, no intuito de outorgar maior congruência aos desafios organizacionais com um ambiente em vertiginosa evolução (ANSOFF, 1998).

Esta evolução, que vai sofrendo modificações e dificuldades em sua aplicação, chega à saúde de maneira descontínua e às vezes tardia ou distorcida, dando origem a metodologias desencontradas, que perdem sua continuidade no tempo.

Planejamento em Saúde

Nas Américas, ao inaugurar-se a década dos sessenta, decidiu-se que incorporar aos setores sociais, incluindo à saúde, no planejamento do desenvolvimento, ajudaria à solução dos problemas da região (OPS, 1973b).

A problemática vinha se originando como conseqüência dos modelos econômicos prevalecentes durante os últimos quarenta anos, de divisão internacional do trabalho e subseqüentemente de substituição de importações, que se bem levaram a um crescimento acelerado do PIB e a um rápido processo de industrialização, na sua segunda etapa, também acarretaram estancamento econômico, desequilíbrio na balança de pagamentos, e uma rápida e desordenada urbanização, que para aquele então abarcava a 52% da população (OPS, 1974), com problemas crescentes de pobreza, marginalização, subemprego e desemprego, não obstante a promoção da programação do desenvolvimento econômico, impulsionada pela CEPAL desde 1953 (OPS, 1973b).

Assim, para 1961, na reunião de presidentes de Punta del Este, Uruguai, 19 chefes de Estado assinaram uma declaração conjunta, a carta de Punta del Este, na qual se

comprometiam a integrar nos seus planos de desenvolvimento a política social, que incluía, entre outros aspectos, a redistribuição da renda, a reforma tributária, a reforma agrária, a reforma institucional e, principalmente o impulso à saúde e à educação. Isto possibilitava aos países latino-americanos a ter acesso ao financiamento da denominada "Aliança para o Progresso".

Desta maneira, os economistas, políticos e intelectuais da época foram aceitando este novo enfoque e os países latino-americanos, até este momento denominando-se a si mesmos de mercado aberto, foram compreendendo gradualmente o fato de que eram economias mistas, onde a planificação jogava um papel regulador do funcionamento do mercado e onde o gasto social convertia-se, a partir deste momento, num investimento.

A quantificação foi a característica dominante nesta época do planejamento e desenvolveram-se esforços que tendiam a formular um enfoque metodológico no trabalho de predição e estimativa, detectando-se diferenças importantes dos sistemas de informação, que talvez impediram uma integração completa dos setores reconhecidos como sociais.

Ao longo destes anos, integraram-se escritórios de planejamento às estruturas de governo para dar continuidade e permanência ao processo e, sobre a base das experiências existentes no planejamento econômico, amplia-se esta tarefa ao âmbito do planejamento global, a partir do delineamento de planos a longo e médio prazos que, às vezes, tiveram obstáculos na sua aplicação no curto prazo.

Surgido da nova concepção do desenvolvimento nacional, na carta de Punta del Este, emanada da reunião de presidentes, reconheceram-se "as recíprocas relações que existem entre saúde, desenvolvimento econômico, nível de vida e bem- estar", além de que: "os programas de saúde pública são essenciais e complementares aos econômicos" (OPS, 1973b).

Em conseqüência, encomendou-se à Organização Pan-americana da Saúde a função de assessorar os países membros na preparação dos seus planos e na elaboração e promoção de

procedimentos de planejamento da saúde. Esta recomendação foi ampliada e ratificada na Primeira Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, em 1963, que aprovou o Primeiro Plano Decenal de Saúde, que se aplicou durante o decênio de 1960 e serviu como marco de referência para os programas nacionais elaborados nessa época (OPS, 1973a).

Nesse mesmo ano, iniciou-se a capacitação de funcionários nacionais em um método próprio, que teve sua origem no centro de estudos do desenvolvimento da Universidade Central de Venezuela (CENDES), com a solicitação e os auspícios da OPS/OMS.

Método OPS/CENDES

O método, denominado OPS/CENDES, preconizava que: "programar é uma atitude mais que um método" e fundamentava-se no critério de eficiência, explicado este, como que: "um recurso está sendo bem utilizado se o benefício que se obtém do seu uso é superior ao que será obtido com o mesmo recurso, empregado em qualquer outro uso" (AHUMADA et al., 1965).

Na classificação de métodos daquele tempo, pragmáticos e sistemáticos (HILLEBOE, 1973), o OPS/CENDES estava localizado na segunda categoria. Era um conjunto complexo de conceitos, etapas logicamente seqüenciais e técnicas instrumentais, através do qual se pretendia formular uma proposta às autoridades políticas, com base no estabelecimento de prioridades, incluída a determinação da magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos danos na população, seguida de uma análise de custos na prevenção dos mesmos (em óbitos evitados), e uma combinação ótima de recursos, que permitisse obter os resultados mais satisfatórios num futuro previsível, prognosticado com o cálculo de tendências.

O processo de planejamento incluía três etapas principais: 1) o diagnóstico, 2) a determinação de alternativas factíveis na área local programática, e 3) a formulação dos planos regionais e do plano nacional. Este processo obrigava a um exame pormenorizado e ao estabelecimento de normas operativas de cobertura, composição de instrumentos,

concentração, rendimento e utilização dos recursos, através da instrumentalização (AHUMADA et al., 1973).

Com o tempo, foram detectando-se algumas falhas na aplicação do método, entre as quais se destacaram: o conceito de cura, segundo o qual o caso de uma pessoa curada de uma doença "redutível" contava-se como um óbito evitado; o método só enfocava a análise da mortalidade (magnitude) e à prevenção da morte (custos), deixando de lado a morbidade, "redutível ou não" e a invalidez; a causalidade das mortes atribuía-se a uma única identidade nosológica, desconhecendo-se as demais.

A reunião e a ordenação de uma quantidade enorme de dados requerida, nem sempre era factível nos países e níveis locais, para os que estava delineado; não era indicada a maneira de se analisarem os fatores políticos e outros sociais, que incidiam na saúde e na toma de decisões, e mesmo que o método tivesse como premissa o planejamento descentralizado, resultava muito difícil sua integração por causa da extensão e heterogeneidade encontradas em alguns dos países da região (OPS, 1973b).

Enquanto isto acontecia, devido à crescente necessidade de investigação e de uma demanda maior do ensino na matéria, foi criado em 1968 o Centro Pan-americano de Planejamento em Saúde (OPS, 1973b). A partir desse, desenvolveu-se o marco teórico da formulação de políticas (OPS, 1975), o qual pôde vincular os deveres técnicos à dinâmica do poder, a fim de definir os macro objetivos das organizações de saúde e suas estratégias. A partir dele, foi criado o conceito de imagem objetivo, como o cálculo prospectivo da situação desejada no longo prazo e foi analisado o jogo de forças, entre os poderes formais e informais, nos níveis nacional e extranacional.

Na terceira Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, realizada em Santiago de Chile, em outubro de 1972, foi aprovado o Segundo Plano Decenal de Saúde das Américas, enriquecido com todas as experiências dos anos sessenta (OPS, 1973a), num

contexto de regimes autoritários, em países com crescimento econômico a expensas do endividamento externo e a industrialização tardia, com rápida urbanização e alterações nos indicadores de natalidade e mortalidade, que geraram a exclusão de grandes camadas da crescente população urbana.

Nele apresentaram-se recomendações sobre áreas definidas como programáticas e fixaram-se metas para o período 1971-1980, visando a começar com a instalação de mecanismos que fizeram viável o alcance da cobertura total da população pelos sistemas de serviços de saúde em todos os países da região.

Como resultado destas recomendações, estabeleceram-se, em alguns países da região, projetos de extensão de cobertura, que tinham como eixo diretor o componente de atenção primária, que valorizavam a participação ativa da comunidade, a utilização de pessoal auxiliar e a colaboração de outros setores do desenvolvimento, em beneficio da população desatendida.

Provadas essas alternativas em diversas realidades, a partir de projetos que não tiveram repercussões nas organizações nacionais, foram definidas como estratégias fundamentais, na Quarta Reunião Especial de Ministros, em setembro de 1977, a Atenção Primária e a Participação Comunitária, dando-se categoria ao instrumento, ao desenvolvimento administrativo, que a partir desse momento se convertera num fator determinante (OPS, 1977 e 1978).

Este é retomado como componente essencial na Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde, celebrada em Alma-Ata, URSS em 1978 (OMS/UNICEF, 1978; OMS, 1978), assim como nas Estratégias Regionais de Saúde para Todos (OPS, 1980) e no Plano de Ação (OPS, 1982), adotados pelos governos membros da Organização Pan-americana da Saúde, em 1980 e 1981.

A partir destas ações, a Atenção Primária da Saúde implantou-se como estratégia mundial que permitisse o alcance da saúde para todos no ano 2000. Esta foi definida como estratégia principal para os países da região, assinalando-se como componentes essenciais nesse plano: o desenvolvimento do programa em áreas prioritárias e o desenvolvimento da infra-estrutura, destacando-se este último por sua importância fundamental.

O componente de desenvolvimento da infra-estrutura tinha por objeto definir as transformações necessárias a efetuar-se nas organizações de saúde, a efeito de implantar como estratégia principal a Atenção Primária, de tal maneira que através de uma estrutura apropriada pudessem-se fortalecer os laços com os diferentes setores do desenvolvimento, favorecessem a participação de toda a sociedade na toma de decisões e maximizassem um processo permanente de assistência sanitária, que assegurasse o acesso do total da população a serviços eficazes e organizados segundo níveis de complexidade.

Neste componente contemplaram-se ações no incremento da capacidade operacional dos sistemas, incluindo: o fortalecimento dos processos de planejamento, programação e avaliação; a reestruturação do setor saúde; o desenvolvimento e descentralização administrativa; a organização da comunidade para assegurar a sua participação no melhoramento do seu bem-estar; a programação, desenvolvimento e melhor utilização dos recursos humanos, incluindo a redefinição de funções e responsabilidades; a incorporação efetiva do setor saúde nos processos nacionais de desenvolvimento; o fortalecimento da articulação intersetorial e o desenvolvimento da investigação e tecnologias apropriadas.

Também incluía a programação da extensão da capacidade instalada, particularmente da rede primária de atenção e o fortalecimento da rede secundária e terciária, como apoio à rede primária; e a provisão de materiais e equipes críticas e a conservação e manutenção dos recursos físicos. Consideravam-se, do mesmo modo, a revisão, o delineamento e programação dos sistemas de financiamento dos serviços de saúde.

Planejamento Estratégico em Saúde e a Meta de Saúde para Todos no Ano 2000

Por outro lado, a fim de alcançar a meta social estabelecida de Saúde para Todos no Ano 2000, a OMS preparou, após a realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde, em 1978, com base em experiências de diversas regiões, um processo de programação sanitária por países, PSP (OMS, 1979b e 1979c).

Este ofereceu, em seu momento, um método bem fundamentado e pragmático, aplicável as realidades nacionais sendo, como seus autores referem, um instrumento de reflexão para decidir entre várias possibilidades em matéria de políticas, de prioridades, de estratégias, de tecnologias apropriadas e de recursos. Ao mesmo tempo, se converte num processo permanente de planejamento e programação nacional, acompanhado da gestão dos planos e programas derivados, assim como da vigilância e avaliação dos panos operacionais e seus efeitos.

O processo teve como princípios básicos: a ampla participação da base; a administração por objetivos; o alcance de programas com base em prioridades definidas; o reajuste constante do programa; a permanência do processo e a viabilidade do programa.

Mais tarde, já nos anos 80, se formalizou essa orientação metodológica da Organização Mundial da Saúde a partir das denominadas Normas Fundamentais do Processo de Gestão para o Desenvolvimento Nacional da Saúde, no qual se identificam as seguintes etapas: a) a formulação das políticas nacionais de saúde, adequadas as condições econômicas do país e dentro das políticas nacionais de desenvolvimento econômico e social; b) a programação geral, onde se definem as prioridades sem uma metodologia específica, os objetivos, as estratégias e os objetivos esperados; c) a preparação do orçamento por programas; d) o plano geral de ação, que indique as estratégias gerais e linhas de ação; e) a programação detalhada, que inclua os objetivos por programa, suas metas, a tecnologia, o pessoal, a infra-estrutura, os recursos e os tempos contemplados; f) a execução, na qual se

delimitam as instâncias e compromissos e os mecanismos de vigilância necessários; g) a avaliação, que contém um rico leque de indicadores e cujos componentes se orientam a verificar a pertinência, a suficiência, os progressos, a eficácia e os efeitos dos programas operativos; h) a reprogramação, com o objetivo de melhorar o plano de ação, ou algum dos seus elementos, como parte de um processo permanente, e i) a informação, que alimenta todo o processo (OMS, 1979a,1979b, 1981a e 1981b).

Neste tempo, TESTA, autor intelectual do método OPS/CENDES, volta ao cenário do planejamento, com uma proposta de planejamento estratégico, em 1981, no qual o autor apresenta três tipos de diagnósticos, voltados à análise do poder: o administrativo, orientado a analisar os recursos, o acesso da população aos serviços e à estrutura da população e à enfermidade; o estratégico, dirigido às relações do poder político; e o ideológico, que busca legitimar o poder através da identificação dos aspectos técnico-ideológicos. Penetra no estudo, do que mais tarde se denominaria, construção da viabilidade, com o fim da consecução de uma imagem objetivo possível. Mais tarde, em 1986, em trabalhos mais recentes, analisa formas de poder e acumulação do mesmo, junto com o problema dos tempos técnicos e políticos (TESTA, 1989).

Por outro lado, nestes anos, se encontra trabalhando um economista chileno, Carlos Matus, num novo enfoque, orientado à Planificação de Situações (MATUS, 1983 e 1987), que vem proporcionar elementos substantivos ao paradigma estratégico, podendo-se referir, entre outros, os seguintes: uma concepção que aceita a interação do poder político e técnico, a flexibilidade dos cursos de ação, a existência de trajetórias alternativas e o caráter interativo da planificação.

O autor analisa também o fenômeno de acumulação do poder e da governabilidade; classifica os problemas detectados em estruturados, semi e quase estruturados; formula o conceito de “momento” para superar a idéia de seqüência das etapas e inclui dentro de seu

modelo os seguintes momentos: o explicativo, onde se analisam os problemas da situação estudada; o normativo, que define o que fazer; o estratégico, que corresponde à análise e construção da viabilidade do plano; e o momento tático-operacional, com a programação em curto prazo, sua execução estratégica, a identificação de conjunturas e a reorientação dos planos.

Na América Latina, para inícios dos oitenta, numa época de crise de financiamento pelas enormes dívidas acumuladas pelos países, de recessão e de empobrecimento, com um aumento desmesurado da brecha que separa as populações pobres e ricas, emerge um aporte relevante enquadrado na meta de saúde para todos no ano 2000, foi o Enfoque Estratégico da Organização Pan-americana da Saúde, que tem sua origem em 1982, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Antioquia, Colômbia, onde se explorou a possibilidade de modificar os conteúdos tradicionais dos cursos, que nos 70 descentralizou aos países o Centro Pan-americano de Planejamento em Saúde, fechado em 1978 (BARRENECHEA e TRUJILLO 1981-1984; BARRENECHEA, TRUJILLO E CHORNI, 1990).

A nova orientação baseia-se na utilização da "proposta" de Saúde para Todos como a hipótese central. Retoma elementos do planejamento de situações (MATUS, 1983 e 1987) e do enfoque de risco em saúde (OPS, 1986).

Assim, dentro deste enfoque a priorização obedece à identificação de grupos humanos em estado de postergação (marginalizarão) e ao interior dos mesmos, à definição de grupos em risco. A chamada análise de situação, depois de estudar a população, segundo estrato socioeconômico, analisa riscos nos mesmos, grupos vulneráveis e danos, para posteriormente, fazer uma análise de coerência da rede de oferta e sua utilização.

Este tipo de priorização, como modelo de definição de necessidades em saúde, não chegou a instrumentar-se, deixando um vazio interessante a ser preenchido para penetrar na análise de congruência entre população e serviços.

Nesta orientação, tende-se a um modelo de planejamento mais dinâmico, que parte de uma análise inicial da situação em saúde (avaliação ex-ante), que tem, entre outras características: a análise prospectiva e a formulação de hipóteses, com o concurso dos atores sociais, a partir do que se define uma direcionalidade, à qual se enfocarão os esforços do planejamento.

Estão presentes a avaliação da factibilidade e a construção da viabilidade. Os projetos e trajetórias são flexíveis e adaptativas; a preocupação pela conjuntura é característica fundamental, a qual se estuda por meio da monitoria estratégica e de rotinas, para conciliá-la com a direcionalidade.

Existe uma avaliação final (ex-post), por meio da qual se avaliam, não só os resultados, como também a vigência e atinência de objetivos e estratégias; incorpora-se a investigação avaliativa ao processo.

É requerido para sua utilização o concurso, em todas as etapas do processo, dos atores dos diferentes níveis institucionais e da sociedade em geral. Esta orientação, como os métodos já descritos, inclui momentos, não necessariamente seqüenciais, que se enunciam em seguida: formulação da política de saúde, análise da situação inicial, proposição de uma situação objetivo, formulação da opção estratégica preliminar, análise da factibilidade e viabilidade (construção), negociação por níveis, construção da opção estratégica selecionada, elaboração dos planos (longo, médio e curto prazo), programação local, execução, monitoria estratégica e de rotinas e avaliação ex-post.

Outras Contribuições

Outras contribuições ao campo, são: o modelo de espaços de definição epidemiológica em grupos de população (CASTELLANOS, 1997), os modelos de planejamento de recursos humanos (PURCALLAS, 1992; ROBERE, 1993), assim como o Método Altadir de

Planejamento Popular, derivado da Planificação de Situações de Matus, MAPP, que junto com a análise de pontos fortes e fracos da instituição e oportunidades e ameaças do contexto (SWOT), aplicado à saúde, o Marco Lógico para a Gerência de Projetos (COMIT, 1995; OPS, 1993) e outras ferramentas, apoiariam o Planejamento Local Participativo, sugerido para o enfoque de Municípios Saudáveis (OPS, 1999b).

O primeiro ajudaria à definição e explicação dos problemas de saúde em grupos populacionais, a partir do fluxograma situacional, incluído na obra de Matus, a partir da definição dos espaços singular, particular e geral. Nos segundos, são retomados os elementos da metodologia estratégica, principalmente dos modelos de Matus e Barrenechea, com importantes componentes prospectivo e de definição de problemas. O método Altadir seria uma concepção de Matus para operacionalizar o PES, através da fundação do mesmo nome, que serve de base para a programação local.

Estas propostas são enquadradas num contexto de democratização dos governos latino-americanos, de internacionalização do capital e o comércio e de abertura econômica nos países da Região, suportado isto em políticas neoliberais, que ainda que tendem à retomada do crescimento, diminuíram as oportunidades de emprego, a capacidade de consumo e aumentaram as desigualdades sociais, enquanto que os perfis demográfico e epidemiológico mudaram radicalmente.

Mais de 75% da população mora em áreas urbanas, o crescimento populacional descendeu substantivamente, a expectativa de vida supera os setenta anos nas nossas realidades e a estrutura etária mudou, com crescimento relativo dos grupos em idade produtiva e idosos.

Ao mesmo tempo, têm surgido propostas de avaliação e novos indicadores, simples ou múltiplos, que tenderiam a caracterizar, de maneira mais simples, a problemática de saúde de uma área programática (DONABEDIAN, 1984; OMS, 1981c; BANCO MUNDIAL, 1991;

BANCO MUNDIAL E ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993; PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, 1993; AKERMAN, 1997).

Vindo do movimento de qualidade da atenção médica, surge com Donabedian, um modelo integral de avaliação, que inclui o estudo da estrutura, dos processos e dos resultados. Consideram-se, na estrutura, não só os recursos humanos, físicos e financeiros, como também a organização dos serviços; no processo, o conteúdo, configuração e ponto final dos procedimentos; e no resultado, o impacto em matéria de saúde e desenvolvimento.

A partir das Normas Fundamentais para o Processo de Gestão para o Desenvolvimento da Saúde, a OMS apresentou uma série de orientações sobre a formulação de indicadores, classificando e sugerindo um rico leque destes, referentes à política sanitária, ao marco social e econômico, à prestação dos serviços de saúde, à cobertura do atendimento primário e ao estado de saúde. Em *"Investir em Saúde"*, o Banco Mundial analisou a saúde nos países em desenvolvimento e ditou recomendações, fazendo uso de um arsenal de indicadores, desenvolvendo outros novos, como a Carga Global da Morbidade, o de Anos de Vida Ajustados em Função de Discapacidade, trabalhado com a OMS, ou a Idade Média de Morrer. Nos últimos relatórios, a partir de 1993, a PNUD vem manejando um conjunto interessante de indicadores de desenvolvimento humano, que tratam de ser resumidos num Índice de Desenvolvimento Humano, que tem por objetivo medir qualidade de vida, através de agregar a longevidade, o nível educativo e o acesso a serviços.

Por outro lado, não seria pertinente deixar de lembrar que a tática operativa de Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde e a política de Municípios Saudáveis, desenvolvidas nas duas últimas décadas, estimularam um novo foro de discussão e reflexão sobre planejamento e programação nestes níveis (OPS, 1988, 1990a, 1990b, 1990c, 1991, 1994 e 1999b; PAGANINI e CAPOTE, 1990), retomando propostas anteriores e fazendo ênfase na importância de vincular o planejamento estratégico ao estilo de administrar.

Para os últimos anos, tomando como ponto focal a Reforma do Setor, de novo vem se fomentando apoio aos processos nacionais de formulação de políticas e planejamento, baseados em sistemas de informação adequados e na análise setorial, assim como no investimento em capital humano.

Estes esforços objetivam orientar as transformações necessárias nos níveis locais e nacionais, que reordenem questões, tais como financiamento, organização e prestação dos serviços de saúde, perseguindo princípios de acessibilidade, eqüidade, qualidade e eficiência, em cenários descentralizados, pluralistas, participativos e de alta competitividade (Bryant, 1988). Para isto se requer novas formas de estudar o fenômeno da saúde, nos diversos grupos de populações e delinear intervenções, principalmente promocionais e preventivas, que possam responder aos desafios de um mundo em transição (OPS, 1999a).

Aplicação dos Modelos nas Realidades Nacionais

Ao longo destes anos, pouco se conseguiu, na realidade dos países, como resultado do desenvolvimento teórico tido no campo da planificação. A planificação denominada normativa, representada pelo método OPS/CENDES, chegou de maneira antecipada, quando alguns países talvez nem requeressem de um método e os que necessitavam dele, careciam dos insumos necessários, principalmente de informação, ou não respondiam às características do método.

Ao conceber-se o enfoque estratégico de planificação em saúde, este se situava fora de contexto, pelo que foi censurado em algumas realidades e pouco compreendido, difundido e utilizado na maioria. No entanto, a metodologia, referida como normativa, tinha conseguido se consolidar, até o grau de chegar a formar parte consistente da cultura institucional, técnico-administrativa, nos países.

O diagnóstico, a avaliação de unidades de nível local, o cálculo de tendências, e a priorização dos problemas ao estilo OPS/CENDES, somado à construção dos planos e

programas, a normalização e a avaliação ao estilo cendesiano, eram praticados nos serviços e escritórios de planejamento, programação e orçamento dos paises.

Estas instâncias, além de desenvolver novas tarefas na administração pública, legitimavam o poder formalmente constituído.

Só nos noventa, com o aparecimento de estilos mais democráticos de governo, a situação começa a mudar, incluindo-se gradualmente alguns conteúdos da metodologia denominada estratégica, a qual chega, tanto à área do ensino como à área prática, de maneira fracionada e conflitiva. No entanto, em alguns âmbitos começa-se a trabalhar participativamente, com uma visão de fatores sociais determinantes; em outros, inclui-se a noção de análise de situação e se constroem cenários, com o estudo de opções estratégicas, sujeitas a negociação; e em alguns mais, aplicam-se conceitos tais, como os de conjuntura, monitoria ou direcionalidade (SECRETARÍA DE SALUD, 1985; PANNENBORG, 1985).

É importante esclarecer que a ascensão do planejamento estratégico não invalida a utilidade de múltiplos elementos e ferramentas, da denominada programação ou planificação normativa. Muito pelo contrário, ela vem a preencher um vazio e a complementar essa parte instrumental e puramente técnica com: o estudo da formulação das políticas; uma forma situacional de fazer diagnóstico; uma maneira mais aproximada e participativa de diminuir a incerteza, com o cálculo de cenários; uma nova conceição de estratégia e elaboração de planos, flexíveis e adaptáveis. Permeiam estas últimas características, à programação e planejamento local, níveis tático e operacional, onde existem provados instrumentos metodológicos, aplicando-se neles, os princípios da administração e avaliação estratégico-situacional.

Na América Latina, pode-se observar, no planejamento em médio prazo, tanto no nível nacional como no estadual, algumas incursões no desenvolvimento de alguns elementos da metodologia estratégica. Assim, nos planos de desenvolvimento de alguns países, são fixadas

metas e estratégias baseadas no cálculo de cenários, com a participação, em diferentes graus, da sociedade em geral e de grupos técnicos e científicos envolvidos (OPS, 1998).

Esses mesmos planos são traduzidos, em ocasiões, em planos nacionais de saúde, que delineiam políticas para implementação de planos regionais e locais, com características mais operativas. Inclusive o setor privado, principalmente nos planos de seguro de saúde, tende a definir condutas de intervenção, com base numa pretendida construção estratégica.

No Brasil, o documento Ações e Metas Prioritárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE. REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1997) estabeleceu as diretrizes de política para o plano de governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, visando à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento social do país. Nele se definiam, como estratégias: a descentralização e reestruturação do sistema; a fiscalização dos gastos; a prevenção com ênfase no atendimento básico; a melhoria da qualidade dos serviços; e o mutirão social pela saúde.

Chama a atenção a atenção dada ao núcleo familiar; à mulher e à criança; à participação cidadã e aos aspectos de modernização da gestão.

No nível estadual, vale à pena resgatar o esforço desenvolvido na Bahia para projetar suas ações no âmbito, a partir do Plano Estadual de Saúde, 1996-1999 (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 1996). Nele pode-se observar: a participação social, gerada a partir de foros gestores da comunidade e dos serviços; a identificação de necessidades a partir de uma análise, com a finalidade de alcançar os princípios básicos do SUS; a detecção de problemas, tendo em conta uma situação objetivo, fixada na política nacional e estadual; metas, recursos e aplicação dos mesmos em prioridades, segundo risco e vulnerabilidade; e as perspectivas do plano.

Nos últimos anos, limitam-se as contribuições no Brasil a revisar o PES e documentam-se experiências, no nível municipal, de aplicação do método PES e o MAPP

(Método Altadir de Planejamento Popular), os dois da escola Matusiana, além de ter-se publicado diretrizes para os gestores municipais, que difundem estas metodologias (ARTMANN et al., 1997; CAMPOS, 2000a e b; FUNDAÇÃO ITAÚ SOCIAL, 2001).

No nível internacional, resulta de interesse para este trabalho citar os exemplos do Reino Unido e do Canadá (JACOBSON et al., 1994; GOUVERNEMENT DU QUEBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1997), onde em ambos os países realizaram importantes esforços de planejamento em saúde, com base em uma significativa participação social, pesquisa de problemas e determinantes segundo grupos populacionais. Estratégias abrangentes de promoção e elementos de direcionalidade, construção de viabilidade e seguimento e avaliação estratégicos foram incluídos. São importantes em ambas as iniciativas as ações programadas no campo da promoção e prevenção, visando a princípios de eqüidade e qualidade.

É relevante referir que em ambas as experiências se encontram definidos, em geral, grupos de população em situações de risco e que os sistemas de atendimento são universais.

Os países da Europa formularam, em combinação com OMS-Europa, o documento *"Social Determinants of Health. The Solid Facts",* definindo a situação e identificando determinantes e políticas de ação para o longo prazo, que orientam os planos nacionais (WHO-Europe 1998).

No caso do Sistema Canadense, tem-se desenvolvido e publicado uma Guia para o Atendimento Clínico Preventivo (MINISTER OF SUPPLY AND SERVICES, 1994), a qual contém lineamentos para as ações promocionais e preventivas das prioridades de saúde daquele país.

No nível privado, no terreno dos planos de seguro de saúde, na orientação do “Managed Care”, estes se dirigem, prioritariamente, ao atendimento ambulatorial, mais que ao hospitalar, definindo uma porta de entrada ao sistema, a partir do médico geral ou familiar,

concentrando-se em ações promocionais e preventivas, que têm que ver com estudos de mercado, onde riscos e prioridades são definidos, a partir de pacotes de atendimento, com restrição de opções para o cliente e provedor, diminuindo custos (DAVID 1999).

O caso Campo Bom de Planejamento Estratégico com Base em Determinantes

A Prefeitura de Campo Bom, a fim de responder às mudanças do contexto e às necessidades da população, tem-se empenhado, desde sempre, no aprimoramento das suas estruturas e funções.

Assim, em saúde, nos últimos anos, realizou toda uma empreitada focada a pôr ao alcance de toda a sociedade as conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, cuidando de instrumentar seus princípios de acordo às condições do Município.

Com essa finalidade, na Secretaria Municipal de Saúde, formularam-se, a partir de um modelo proposto pelo autor deste trabalho, baseado na revisão do referencial teórico exposto acima e identificado como Modelo Estratégico de Planejamento em Saúde Embasado em Perfis de Risco, a análise da situação do Município e o Plano Estratégico Municipal de Saúde 2002-2004, realizando-se a Segunda Conferência Municipal de Saúde, onde foram discutidos alguns dos seus principais fundamentos.

Na análise, identificaram-se aceleradas transições nas esferas demográfica, social e econômica, com alguns resquícios de desenvolvimento e limitantes na estrutura e modelo de atenção à saúde.

No plano municipal, estabelece-se a necessidade de reordenar os esforços da SMS e do SUS Municipal, reorganizando seu nível central e desenvolvendo sua infra-estrutura local, a partir de um modelo que favorecera uma melhor compreensão da determinação local em saúde e a uma mais coerente, apropriada e participativa intervenção, para garantir o acesso

dos diferentes grupos sociais aos benefícios da proteção e melhoria dos níveis de saúde e bem-estar.

Elaboraram-se, da mesma maneira, os programas do nível central e planos operativos de cada uma das 12 unidades da rede, sendo seis unidades básicas de saúde com modelo PSF, três com modelo tradicional e três centros especializados, derivados do Plano Municipal.

Também foram concebidos, coerente e participativamente, protocolos nas áreas prioritárias de atendimento, iniciando a definição de normas de procedimentos administrativos uniformes e de estrutura e composição de recursos, segundo tipo de unidade, estando em construção mecanismos de articulação entre estas e com o hospital do Município, com o qual se trabalham instrumentos de coordenação.

Ao final do período de governo e com dois anos de vigência do Plano Municipal e um dos planos operativos, torna-se necessária a avaliação desta experiência e a construção de mecanismos de monitoramento que possibilitem a reorientação dos planos e a formulação de propostas para situações especiais ou novas gestões. Para estes fins vem se trabalhando na construção de um instrumento que permita sua adaptação situacional.

7 METODOLOGIA

7.1 Objeto de Estudo

Modelo de planejamento estratégico que integra conceitos, elementos metodológicos, instrumentos e critérios, desenvolvidos na evolução das diferentes correntes do pensamento administrativo e do planejamento sanitário, além de aportes teóricos do campo da determinação em saúde, com a intenção de responder a necessidades sociais e da implantação do SUS, estabelecendo uma orientação permanente para o planejamento, programação, ação e avaliação em saúde.

O Modelo Estratégico de Planejamento em Saúde Embasado em Perfis de Risco, proposto pelo autor para o trabalho em Campo Bom, retoma o conceito de "momento" e numa

visão interativa, sustenta-se em princípios de permanência, participação, flexibilidade, adaptabilidade, agilidade e integralidade. Integra os seguintes quatro momentos: analítico, assertivo, transacional e tático operacional, como segue:

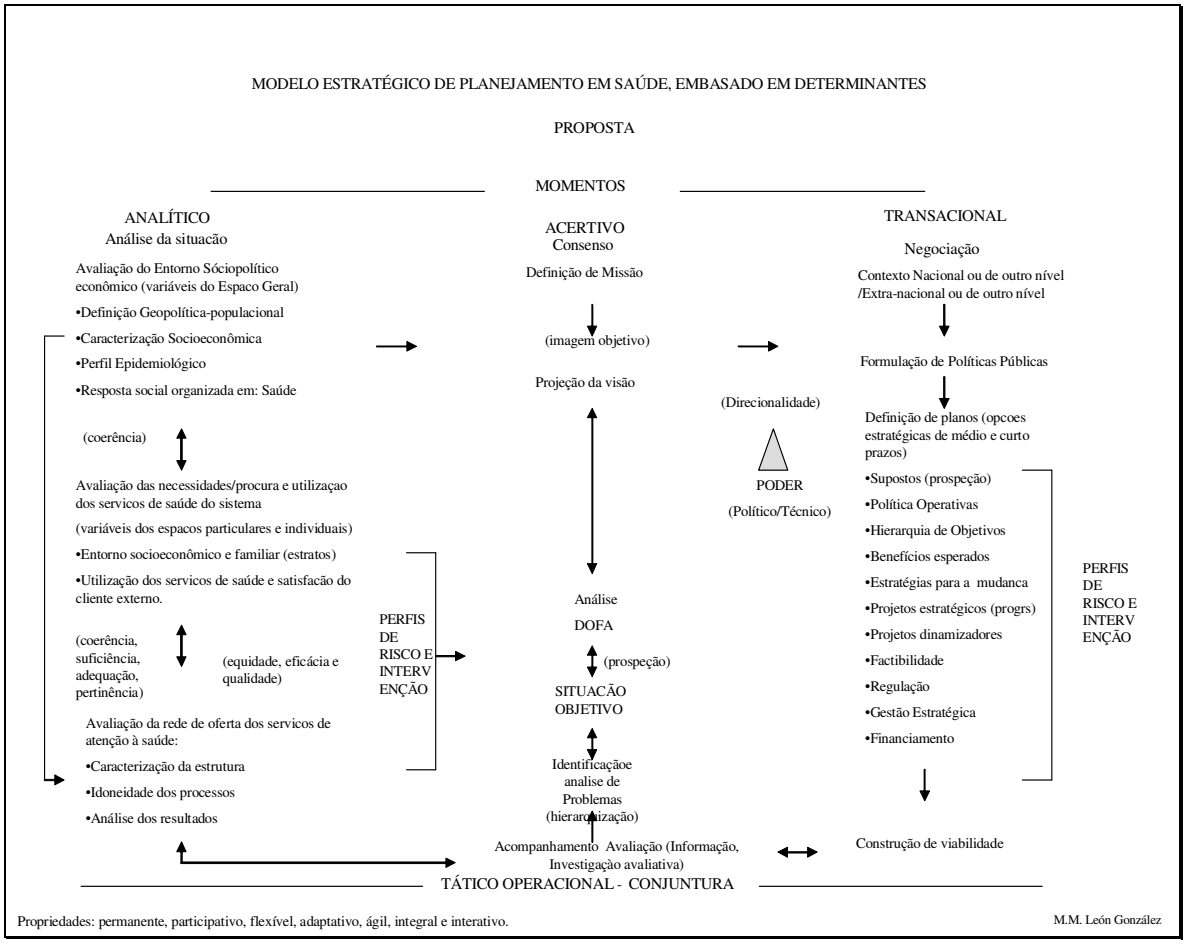
- O primeiro, responsabilidade dos atores institucionais, prioritariamente técnicos. Caracterizam-se nele determinantes do espaço geral, identificam-se extratos econômicos, definem-se perfis de risco, fatores de risco e proteção, especificando áreas e grupos expostos e vulneráveis, podendo observar especificidades no terreno particular e individual. Baseado no anterior, avaliam-se a organização da resposta social em saúde. Confronta-se com uma análise de utilização de serviços e satisfação da população em relação às necessidades específicas, como também de coerência, suficiência, adequação e pertinência, além de eficiência e qualidade. Transita-se nele, do espaço geral ou contextual aos espaços particular (familiar e comunitário) e individual, para analisar a resposta em saúde.
- Num segundo momento, assertivo, se prevê a participação ampla dos atores sociais, tendo como objetivo a definição da missão e visão institucionais. Com esse objetivo, realiza-se análise de pontos fortes e fraquezas do sistema, assim como das oportunidades e ameaças do entorno. Com base no anterior, projeta-se uma situação objetivo, em médio prazo, com a participação dos envolvidos, podendo identificar e hierarquizar problemas referentes aos obstáculos detectados para transitar da situação atual à situação objetivo. A partir deste momento, o grupo participa da avaliação e construção de alternativas estratégicas, a fim de manter retroalimentado o sistema, com decisões de consenso e as que se derivarão da negociação com outros atores.
- O terceiro momento, transacional, também é de plena participação, matizado por uma constante negociação, a partir da qual se fixam e desenvolvem os planos, contemplados como opções estratégicas, que ainda sendo concebidas em médio e curto prazos, são

redefinidas no diário devir, de acordo às conjunturas que aparecem na execução. Neste momento, são definidos as políticas, os objetivos, as metas, os benefícios esperados, as estratégias para a mudança, os projetos estratégicos e os projetos dinamizadores. Estabelece-se a regulamentação de projetos, programas substantivos e de apoio administrativo, moldando-se a gestão ao estilo de planejamento. Mede-se factibilidade e constrói-se, permanentemente, viabilidade, para estabelecer e reorientar situações objetivo e planos.

- Por último, o momento operacional/ conjuntural favorece a instrumentalização dos planos, segundo áreas e locais de atuação e sua permanente adaptação a novas situações. Disponibiliza dados para a tomada de decisões para qualquer um dos momentos do processo e avalia e redireciona planos, processos de trabalho e condutas gerenciais, em todo tempo e circunstância.

Com a finalidade de facilitar a instrumentação do modelo, foram construídas matrizes, segundo espaço a ser analisado, para orientar a realização da análise de situação e um formulário para o entorno familiar, não aplicado ainda, que define estrato social, estuda determinantes, dos âmbitos particular e individual, riscos, uso e qualidade do atendimento (apêndices 1 e 2) .

FIGURA 2



7.2 Unidades de Observação

Serão considerados como unidades de observação para este estudo os documentos correspondentes ao Plano Municipal de Saúde e aos planos das unidades que formam parte da rede de serviços municipais, classificadas abaixo, segundo proposta de enfoque de programação (RIVERA, 1989):

- Plano Municipal de Saúde Campo Bom, 2002 - 2004, baseado em necessidades;
- Planos de seis Unidades Básicas de Saúde, com modelo PSF, baseado em necessidades;
- Planos de três Unidades Básicas de Saúde com modelo tradicional, baseado na oferta; e
- Planos de três Centros de Saúde Especializados, Saúde Mental, Materno Infantil e de Especialidades, orientados pela demanda.

7.3 Delineamento do Estudo

Estudo observacional, analítico e quali-quantitativo; de análise documental e avaliação de novas tecnologias de processo, na gestão da saúde local e especificamente na área do planejamento em saúde.

7.4 Definição de Variáveis

Relativo ao Objetivo 1, a análise será feita com base nos seguintes indicadores:

- Congruência: convergência harmônica entre os elementos metodológicos e instrumentais resgatados da evolução teórica e o modelo de base; e
- Aplicabilidade: possibilidade de utilização dos diferentes elementos do Modelo Estratégico de Planejamento Embasado em Perfis de Risco nos planos elaborados no contexto municipal de Campo Bom (Unidades de observação).

Relativo ao Objetivo 2: a avaliação contemplará os seguintes indicadores, inspirados no trabalho da OMS sobre avaliação de programas de saúde (1981), através dos quais se objetiva fazer o monitoramento dos elementos definidos nos planos, aqui contemplados para a análise (missão, visão, objetivos...):

- Progressos: grau de avanço das propostas de um plano de saúde, em relação às previsões projetadas para o período de vigência;
- Integração da equipe: grau de envolvimento dos membros da equipe na constituição do plano e monitoramento;
- Coerência: convergência entre os problemas identificados na análise de situação e os fins, meios e intervenções contidas nos planos;
- Suficiência: satisfação em quanto ao número e qualidade de elementos incluídos numa proposta integral;

- Adequação: concordância dos elementos dos planos de saúde com os padrões sociais e culturais do lugar e situação;
- Apropriação: disponibilidade de processos e coerência tecnológica, segundo nível de complexidade e exigências resolutivas;
- Viabilidade: grau de aceitação e operacionalidade das propostas contidas nos planos de saúde; e
- Factibilidade: possibilidade de alocação de recursos para aplicar as propostas previstas nos planos de saúde.

7.5 Coleta e Processamento de Dados

Relativo ao Objetivo 1: para a análise de coerência, a coleta será realizada com base na revisão bibliográfica aprofundada e para a aplicabilidade, será feita a revisão dos documentos dos planos, referidos como unidades de observação, tomando em conta também opiniões, posturas e consensos emanados dos trabalhos com os grupos e da mesma dinâmica estabelecida para sua consecução. Esta informação qualitativa será sistematizada, segundo momentos e componentes do modelo, posterior à inter-relação, também qualitativa, das variáveis contempladas.

Relativo ao Objetivo 2: A avaliação usará o instrumento desenhado para os efeitos do estudo (Anexo 1), elaborado no intuito de acompanhar o Plano Municipal e os planos locais, a fim de propor ajustes para a construção de propostas estratégicas para o período 2005-2008.

Contempla-se uma matriz de preenchimento, com os elementos do plano e os indicadores de avaliação definidos, os que concluem numa de quatro opções de proposta: permanece, reorienta-se, exclui-se ou novo elemento. Prevê-se solicitar, às equipes envolvidas, revisão anterior do plano, informações atualizadas e ações executadas durante o período.

A somatória dos dados qualitativos dos planos será o resultado do processamento.

7.6 Análise e Apresentação de resultados

Relativo ao Objetivo 1: A informação qualitativa será inter-relacionada, entre as variáveis que possam ter relação, segundo momentos e componentes do modelo. Projeta-se apresentar como narrativa, com auxílio gráfico.

Relativo ao Objetivo 2: O processamento ver-se-á enriquecido da inter-relação dos resultados, com as variáveis próprias do contexto municipal. A apresentação será feita no geral e por cada um dos elementos incluídos nos planos, sendo desejável a estruturação de tabelas, que favoreçam a visualização dos resultados e conclusões.

8 CRONOGRAMA:

OUTUBRO DE 2004 A ABRIL DE 2005, SEGUINDO AS SEGUINTES ETAPAS:

- PRIMEIRA ETAPA: Revisão bibliográfica aprofundada dos elementos extraídos da evolução teórica do planejamento, incluídos no modelo e sistematização e análise do modelo. Análise de aplicabilidade (Segunda quinzena de outubro e mês de novembro de 2004).

- SEGUNDA ETAPA: Aplicação do instrumento de avaliação e assessoria sobre sua aplicação (Meses de novembro e dezembro de 2004).

- TERCEIRA ETAPA: Processamento e análise de informação. Trabalho em equipe e busca de consenso (Mês de fevereiro de 2005).

- QUARTA ETAPA: Trabalho de apresentação. Elaboração do Relatório de pesquisa (Mês de março de 2005).

- QUINTA ETAPA: Revisão e entrega do documento da Dissertação, para a defesa da tese (Mês de abril de 2005).

9 RECURSOS E APOIOS TÉCNICOS E INSTITUCIONAIS

Prevê-se tempo de Orientação para o acompanhamento da realização do estudo, assim como a colaboração das autoridades e membros das equipes de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Campo Bom, no nível central e nas unidades da rede, para a participação na continuação do processo, incluindo a aplicação do instrumento de seguimento e o trabalho de grupos.

10 DIFUSÃO DE RESULTADOS

Posterior à aprovação da dissertação de mestrado, pretende-se sua publicação em órgãos de divulgação em saúde pública ou administração de serviços de saúde, em nível nacional e pan-americano, indexados, de circulação internacional, pelo que se tem adotado as Normas do Grupo de Vancouver (USP, 1998). A elaboração dos artigos e sua publicação prevêem-se para o segundo semestre de 2005.

11 ASPECTOS ÉTICOS

Sendo o estudo dirigido à avaliação de um objeto abstrato (Modelo Estratégico de Planejamento Embasado em Perfis de Risco), com unidades de observação documentais (Planos), no qual não estão contemplados seres humanos, o presente projeto não contém implicações éticas para sua consecução.

REFERÊNCIAS

1. Ahumada J, Testa M, Pizzi M, Sarué E, Guzmán AA, Durán H. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud.** Washington(DC): Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela / Organización Panamericana de La Salud; 1965 (OPS - Publicación Científica, 111).

2. Akerman M. Metodologia de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersetorial. In: Barata RB.**Condições de vida e situação de saúde**). Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. (Capítulo IV) p. 95-113.

3. Ansoff IJ. **Corporate Strategy**. EUA: Mc Graw-Hill; 1965.

4. Ansoff IJ. **The New Corporate Strategy**. EUA: Wiley & Sars; 1998.

5. Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde. Análise comparada de duas experiências. **Cad Saúde Publ** 1997; 13 (4): 723-740.

6. Banco Mundial / Oraganización Mundial de la Salud. **Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud**. **Indicadores del desarrollo mundial**. Washington (DC); 1993.

7. Banco Mundial. **Informe sobre el desarrollo mundial. La tarea acuciante del desarrollo. Indicadores del desarrollo mundial**. Washington (DC); 1991.

8. Barata RB (org). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. (Série Saúde e movimento, 4).

9. Barrancos D, Mendes EV. **Memória de planificadores: otra história de la planificación de la salud en América Latina y el Caribe.** Washington (DC): Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, OPS / OMS; 1992. (Serie de Informes Técnicos, 9).

10. Barrenechea JJ, Trujillo EU. **Notas sobre las implicaciones de la meta spt/2000, la estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados, para la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud.** Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud: 1981-1984. (Documento Borrador).

11. Barrenechea JJ, Trujillo, UE, Chorni A. **Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud**. Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública Hector Abad Gómez; 1990.

12. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** 8ª ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2003. Titulo VIII, Seção II, p. 118.

13. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. **Lei Federal No 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2ª ed. Brasília: Ministério de Saúde, Assessoria de Comunicação Social, 1991.

14. Brasil. Lei Federal No. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único da Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Legislação Federal e Estadual.** Governo do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual da Saúde, Porto Alegre, out., 2000. p. 42.

15. Bryant JH. **A los diez años de Alma-Ata**. Ver. Salud Mundial, Agosto-Septiembre, 1988.

16. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad Saúde Publ** 1999; 15 (sup 2): 177-185.

17. Campos RO. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em estudo de caso. **Cad Saúde Publ** 2000a; 16 (4): 1021-1030.

18. Campos RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. **Cad Saúde Publ** 2000b; 16 (3): 723-731.

19. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RB (org). **Condições de vida e situação de saúde.** São Paulo: Abrasco; 1997.

20. Chiavenato I. **Administração de empresas. Uma abordagem contingencial.** 3ª ed. São Paulo: Makron Books; 1995.

21. COMIT (Sociedade Alemã pa a Coooperação Técnica). **ZOPP: An Introduction to The Method.** Berlin; 1995.

22. David DS. Views of managed care. **N Engl J Med**. Aug 1999;341 (8):617-8.

23. Donabedian A**. La Calidad de la Atención Médica. Definición e Métodos de Evaluación.** México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

24. Fundação ITAÚ Social, Ministério da Saúde, Instituto de Desenvolvimento da Saúde, Faculdade de Saúde Pública da USP. **Saúde e cidadania. Para gestores municipais de serviços de saúde.** São Paulo: Sonopress; 2001.

25. Health Canada**. Estratégias para la salud de la población: invirtiendo en la salud de los canadienses.** Preparado por el Comité Consultivo Federal y Territorial sobre la Salud de la Población para el Minister of Supply and Services Canada, Ottawa, 1994. Trad. por la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Washington (DC): OPS; 2000a.

26. Health Canada. **Hacia un futuro sano: segundo informe sobre la salud de la población canadiense.** Preparado con la colaboración de el ACPH, Estadísticas Canada, Instituto Canadiense de Información Sanitária y un equipo para el proyecto del Centro para la Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, Charlottetown, PEI, 1999. Trad. por la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Washington (DC): OPS; 2000b.

27. Hilleboe HE, Barkhuus A e Thomas WC. **Métodos de planificación sanitaria nacional.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1973. (Cuadernos de Salud Pública, 46).

28. Jacobson B, Smith A. and Whitehead M. **The nation's health. A strategy for the 1990s. A report from an independent multidisciplinary committee.** London: King's Fund Centre; 1994.

29. Laboucheix V. **Tratado de la Calidad Total.** México: Limusa-Noriega Eds; 1994.

30. León GM **Manual jurisdiccional de programación local**. México: Secretaría de Salud. Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitárias Tipo - OPS/OMS; 1991. (Documentos Mimeografiado).

31. Matus C. **Planificación de Situaciones.** México: Fondo de Cultura Económica; 1983

32. Matus C. **Política, planificación y gobierno.** Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud: 1987. (2do.. Borrador).

33. Mendes EV. **Uma agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996.

34. Minister of Supply and Services. **The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination**. Ottawa; 1994.

35. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Gouvernement du Québec. **Priorités nacionales de santé publique 1997-2002**. Québec; 1997.

36. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil. **Ações e Metas Prioritárias.** Brasília (DF); 1997.

37. Minttzberg H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico.** São Paulo: Artmed; 2004.

38. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS**, 6-12 De Septiembre de 1978. Ginebra-Nueva York; 1978. (Informe conjunto del director general de la OMS y del director ejecutivo del UNICEF).

39. Organización Mundial de la Salud / Salud y Bienestar Social de Canadá / Asociación Canadiense de Salud Pública. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** Ottawa, Canadá: CPHA; 1986.

40. Organización Mundial de la Salud. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS**, 6-12 de Septiembre de 1978. Ginebra; 1978.

41. Organización Mundial de la Salud. **Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000.** Ginebra; 1979a.

42. Organización Mundial de la Salud. **Orientaciones de trabajo para la programación sanitaria por países. Seminario interregional.** Drubrovnik (Yugoslavia); 11-17 de noviembre de 1979b.

43. Organización Mundial de la Salud. **Aplicación de la programación sanitaria por países. Informe del seminario interregional.** Drubrovnik (Yugoslavia); 11-17 de noviembre de 1979c.

44. Organización Mundial de la Salud. **Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales**. Ginebra; 1981a.

45. Organización Mundial de la Salud. **Evaluación de los Programas de Salud. Normas Fundamentales**. Ginebra; 1981b.

46. Organización Mundial de la Salud. **Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000.** Ginebra; 1981c.

47. Organización Panamericana de la Salud. **La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud.** Washington (DC); 1994. (Serie HSS/SILOS, 32).

48. Organización Panamericana de la Salud. **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington (DC); 1974. (Publicación Científica, 287).

49. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. **Orientaciones estratégicas y programáticas, 1999 – 2002**. Washington (DC); 1999a.

50. Organización Panamericana de la Salud. **Paraguay. La programación local como eje del desarrollo de los SILOS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud**. Washington (DC); 1991. (Serie HSD/SILOS,15).

51. Organización Panamericana de la Salud. **Plan decenal de salud para las Américas. Informe final de la III Reunión de ministros de salud de las Américas.** Santiago de Chile, 2-9 de octubre de 1972. Washington (DC); 1973a.

52. Organización Panamericana de la Salud. **Planificación de la salud en la América Latina**. Washington (DC); 1973b. (Publicación Científica, 272).

53. Organización Panamericana de la Salud. **Planificación local participativa. Metodologias para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe**. Washington (DC); 1999b. (Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud, 41).

54. Organización Panamericana de la Salud**. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe final y documentos de referencia.** Washington (DC); 1977. (Documento Oficial, 155).

55. Organización Panamericana de la Salud. **Extensión de cobertura de los servicios de salud com estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.** Washington (DC); 1978. (Documento Oficial, 156).

56. Organización Panamericana de la Salud. **Salud para todos en el año 2000. Estrategias.** Washington (DC); 1980. Documento Oficial Nº 173.

57. Organización Panamericana de la Salud. **Salud para todos en el Año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales.** Washington (DC); 1982. (Documento Oficial, 179).

58. Organización Panamericana de la Salud. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil.** Washington (DC); 1986. (Serie Paltex, para ejecutores de programas de salud, 7).

59. Organización Panamericana de la Salud. **El Sistema de información en los sistemas locales de salud (SILOS). Propuesta para su desarrollo.** Washington (DC); 5-27 De Julio, 1988. (Documento Mimeografiado).

60. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. **Guia para identificar el grado de desarrollo de la resolución XV del XXXIII Consejo Directivo.** Washington (DC); 1990a. (Serie Desarrollo de Servicios de Salud, 77).

61. Organización Panamericana de la Salud. **Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. El proceso de autoevaluación. Resolución XV del XXXIII Consejo Directivo**. Washington (DC); 1990b. (Serie Desarrollo de Servicios de Salud, 79).

62. Organización Panamericana de la Salud. **Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el cuadrienio 1991-1994**. Washington (DC); 1990c.

63. Organización Panamericana de la Salud. **La salud en las Américas**. Edición De 1998. Vol. I. Washington. (DC); 1998. (Publicación Científica, 569).

64. Organización Panamericana de la Salud / Centro Panamericano de Planificación de la Salud. **Formulación de Políticas de Salud.** Santiago, Chile; 1975.

65. OPS/OMS - Government of Canada. **Primera Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud**; 1973. Sept 10-14; Ottawa, Canada. Washington (DC); 1974. (Publicación Científica, 279).

66. Paganini JM y Capote M R, Eds. **Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos-Métodos-Experiencias**. Washington (DC):OPS; 1990. (Publicación Científica, 519).

67. Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RB (org). **Condições de vida e situação de saúde.** São Paulo: Abrasco; 1997.

68. Pannenborg Ch O. **Scenarios as method of probing and planning the future of health care.** The hague, special technical-scientific seminar of PAHO. Washington (DC): PAHO/WHO; february, 1985.

69. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Informe sobre el desarrollo humano**, **1993**. Madrid:Centro de comunicación, investigación y documentación entre Europa, España y América Latina (CIDEAL); 1993.

70. Purcallas D. **Transformación estratégica en recursos humanos en salud**. San José, Costa Rica: Programa de Adiestramiento en Salud en Centro América y Panamá (PASCAP) de la OPS/OMS; 1992.

71. Rivera JU. **Planejamento e Programação em Saúde. Um Enfoque Estratégico**. Trad. de Elizabeth Artmann. São Paulo (SP): Cortez Editora / ABRASCO; 1989.

72. Rovere MR. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Washington (DC): OPS/OMS; 1993. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, 96).

73. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano Estadual de Saúde, 1996-1999**. Salvador; 1996.

74. Spasoff RA, Hancock T. Canada: maintaining progress through health promotion. In: Tarimo E, Creese A. **Achiving health for all by the year 2000. Midway reports of country experiences.** Geneve: Division of Strengthening of Health Services, World Health Organization; 1990.

75. Taylor FW, Fayol H. **Principios de la administración científica / Administración Industrial y general.** México (DF): Herrero Hermanos, Sucs., S.A.; 1981.

76. Testa M. **Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud.** Washington (DC): OPS/OMS; 1989.

77. Victora CG. **Epidemiologia de la desigualdade. Un estudio de 6.000 niños brasileños.** Washington (DC): 0rganización Panamericana de la Salud; 1992. (Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, 27).

78. World Health Organization. Regional office for Europe.**Social determinants of health. The solid factors**. Copenhagen, Denmark; 1998.

ANEXO 1

PREFEITURA DE CAMPO BOM. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PLANOS

Dependência: _____ **Coordenador: _____**

Período: de_____a_____de 20___ **Supervisor: _____**

ELEMENTOS	Progressos	Int. Equipe	Coerência	Suficiência	Adequação	Apropriação	Viabilidade	Factibilidade	PROPOSTAS
Missão:									
1									
2									
3									
Visão:									
1									
2									
3									
Objetivos:									
1									
2									
3									
Metas:									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Benefícios:									
1									
2									
3									
4									

5									
6									
7									
8									
9									
10									
Estratégias:									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Organização/Recursos:									
1									
2									
3									
4									
5									

Posterior a uma revisão cuidadosa do seu plano, informações atualizadas e ações executadas durante o período preencha os espaços em branco, de acordo com as seguintes categorias:

- **Conceitos para os indicadores de avaliação: A - Ótimo; B - Bom; C - Satisfatório; e D - Ruim.**
- **Propostas: P - Permanece; Reorienta-se; E - Exclui-se; N - Novo (especificar).**

APÊNDICE 1

MATRIZES CONTENDO INFORMAÇÃO CONTEMPLADA PARA A ANÁLISE DE SITUAÇÃO

DEFINIÇÃO GEOPOLÍTICA E POPULACIONAL GERAL. Situação política, geográfica, demográfica (fonte: documental, documentos oficiais)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Identificação geopolítica	Situação na geográfica política.	Município, situação, Estado
Tipo geoclimático	Microambiente	Temperatura, umidade, outra.
Vias e meios de transporte	Acesso	Terrestre, marítimo, aéreo
População geral	Magnitude da população	Quantidade
Densidade demográfica	Concentração/dispersão	Habitantes por Km2
Distribuição da população	População por grupos de idade e Sexo	% da população segundo grupos qüinqüenais por sexo
Incremento da população	Natalidade	Nº de nascimentos por 1000 hab.
Decremento da população	Mortalidade geral	Nº de mortes por 1000 hab.
Incremento da demanda potencial	Crescimento populacional	% de crescimento populacional
Migração	Taxa de migração	% de crescimento por migração
Proporção de população em zonas urbanas	Grau de urbanização	% de população urbana
Participação social	Organização política e social	Grupos políticos, sociais, clubes de serviço, tradições e costumes
Modelo de desenvolvimento	Estilo de desenvolvimento	Planific. Central. Mercado regulado. Livre mercado. Política social e econômica
Política de desenvolvimento	Prioridades da política de desenvolvimento	Crescimento econômico: industrialização, setor primário, desenvolvimento social: saúde, educação, bem-estar, reforma agrária

CARATERIZAÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA GERAL(Fonte: documental, documentos oficiais)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Inserção no processo produtivo	Atividade econômica	Ocupação no setor primário, secundário e terciário (%)
Situação econômica local	Produção bruta e per capita	Quantidade
Disponibilidade de recursos	Ingresso per capita	Quantidade
Estratificação econômica	Distribuição do ingresso	% segundo faixa de ingresso
Desemprego	Desemprego aberto	% de pessoas buscando emprego
Densidade por vivenda	Habitantes por moradia	nº de pessoas por moradia
Condições da moradia	Tipos e materiais de construção	Normais e subnormais (%)
Acesso a serviços básicos	Cobertura de serviços básicos	% água potável, esgoto e lixo
Infra-estrutura urbana	Disponibilidade de serviços	Escola, serviços de saúde, parques, transporte, recreação no local
Nível educacional	Grau de instrução, segundo idade	Analfabetismo, % de população com 1º grau (série), 2º grau (série), 3º grau (completo/ incompleto), pós-graduação, segundo g. etário

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO GERAL (Fonte: documentos oficiais)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Distribuição do risco à saúde	Mortalidade por grupos de idade	Nº de mortes por 10 000 ou por 1000 N V
Freqüência de mortes, segundo entidade nosológica	Mortalidade por causas	Nº por 1000 ou %, segundo causa
Mortalidade por grupo de idade	Mortalidade proporcional	% de mortes, segundo grupo etário
Morbidade ambulatorial	Motivos de consulta	Freqüência de atend. Ambulatório por entidade nosológica
Morbidade hospitalar	Motivos de hospitalização	Freqüência de atend. Hospitalar por entidade nosológica

RESPOSTA SOCIAL GERAL ORGANIZADA EM SAÚDE (Fonte: documentos oficiais)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Estrutura e composição setorial	Organização Sectorial	Base legal, composição, entidades órgãos e funções
Antecedente institucional	Órgão primário (ano)	Primeira inclusão da função, data, dependência
Origem institucional	Lei de criação. Constituição	Publicação Oficial, fim e estrutura
Situação atual	Base legal. Constituição	Publicação Oficial, fim e estrutura
Missão original e atual daSMS	Fim principal coerente	Coerência política e social
Formas de organização social vigentes em saúde	Participação social em saúde	Comitê, assembléia. Estatal. Municipal, local. Formas próprias
Políticas públicas coerentes	Prioridade da política da Saúde	Idoneidade (Necessidades)
PIB em saúde	Prioridade financeira	% do PIB em Saúde
Fontes	Natureza do financiamento	% da participação por tipo
Prioridade no orçamento público e/ou privado para a saúde e distribuição para o serviço		% da despesa pública e privada para saúde
Fontes	Natureza do financiamento	% da participação por tipo
Tipo e número de unidades	Rede de serviços. Congruência, suficiência e pertinência	Número, segundo tipo, produtos ofertados, coberturas potenciais
Infra- estrutura física e humana	Recursos suficientes, pertinentes e apropriados	Número e avaliação qualitativa, segundo tipo e funções
Sistema de Informação	Sistema de informação operando, suficiente, pertinente e adequado	Dados de entrada, processos (tecnologia) e resultados congruentes com missão
Planejamento vigente	Planos, programas e projetos congruentes com macro e micro ambiente, políticas e necessidades	Grau de coerência com a hierarquia das necessidades e políticas (análise de situação e DOFA. Missão, visão, planos, programas, projetos)
Modelo de atenção e regulação vigentes.	Modelo coerente estabelecido, com normas de atendimento, referência e contra-referência, serviços de apoio técnico e administrativo	Elaboração, desenvolvimento, controle e avaliação de regulamentações de atenção, técnicas e administrativas
Gerência, estrutura e desenvolvimento organizacional	Definição coerente de estrutura, autoridade e responsabilidade e canais de comunicação. Instrumentos para a detecção de necessidades e solução de conflitos, avaliação de rendimento, motivação de funcionários	Existência e utilização de manuais, regulamentações, normas ou similares de desempenho, desenvolvimento e satisfação dos clientes internos para o melhor alcance dos fins institucionais
Organização participativa para tomada de decisões	Corpos colegiados	Instâncias de controle social, técnico e administrativo
Instrumentalização	Análise de coerência, suficiência,	Volume, coberturas, grau de

	pertinência, adequação e eficiência dos instrumentos disponíveis	utilização, composição e custo de instrumentos por população
Entrega de serviços à população	Análise de coerência, suficiência, pertinência, adequação e eficiência das atividades realizadas	Volume, composição, custo total e unitário, concentração, duração e cobertura de cada atividade
Benefícios alcançados	Coerência política e social da evolução da saúde da população	Repercussão nos perfis de saúde e desenvolvimento relacionados
Desafios atuais	Perspetiva da política pública em saúde	Prospeção dos perfis de saúde e desenvolvimento relacionados

ENTORNO SOCIOECONÔMICO PARTICULAR E FAMILIAR. Determinantes fatores de proteção, risco e vulnerabilidade (Fonte: formulário de usuário)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Estratificação social, fatores de risco	Casa própria	Sim, não
	Água potável	Sim, não
	Esgoto adequado	Sim, não
	Número de cômodos	Sim, não
	Eletrodomésticos	Sim, não
	Internet	Sim, não
	Outras propriedades	Sim, não
Membros da família (idade)	Estrutura familiar, grupos em risco, vulneráveis	- de 1, de 1 a 4, de5 a 14, de15 a 65 + de 65
Parentesco	Estrutura familiar	Mãe, pai, filho, avós, tio, outros
Gênero	Sexo	Masculino, feminino
Lê e escreve	Alfabetização	Sim, não
Escolaridade	Grau de instrução	Primeiro grau completo Segundo grau/Técnico Terceiro grau ou mais
Trabalho	Emprego, desemprego	Sim, não
Emprego formal	Carteira assinada	Sim, não
Tipo da atividade	Atividade econômica	Primaria, secundária, terciária, informal
Mercado de trabalho	Profissão	Definição
Cargo	estrato trabalhista	Empresário, profissional independente, gerente, mando intermediário, funcionário, administrativo, professor universitário, professor, operário, camponês
Renda individual (sals. Mins.)	Ingresso per capita	Número de salários mínimos
Incapacidade	Vulnerabilidade por problema de saúde	Física, mental
Falecimento no último ano	Mortalidade familiar	Sim, não
Renda familiar (sals. Mins.)	Nível econômico familiar	Número de salários mínimos
Acesso a serviços de saúde e bem-estar: unidades próprias, clube, parques, cinema ou similar, restaurantes, outros	Qualidade de vida do entorno (meio)	Bom, regular, mau
Problemas de saúde ou morte no último ano:	Morbidade e mortalidade por causas	
doença circulatória		Doença ou morte
Câncer		Doença ou morte
Respiratória crônica		Doença ou morte
Acidente de veículo		Doença ou morte
Acidente no lar		Doença ou morte
Outro tipo de acidente		Doença ou morte
Violência física e mental		Doença ou morte
Mal definida		Doença ou morte
Aparelho digestivo		Doença ou morte

Infecções e parasitoses		Doença ou morte
Problemas metabólicos		Doença ou morte
Problemas nutricionais		Doença ou morte
Pré/Parto/Puerpério		Doença ou morte
Doença genito-urinária		Doença ou morte
Doença neurológica		Doença ou morte
Doença psiquiátrica		Doença ou morte
Malformação congênita		Doença ou morte
Outras		Doença ou morte

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PARTICULAR E INDIVIDUAL E SATISFAÇÃO DO CLIENTE EXTERNO (Fonte: formulário do usuário)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Utilização dos serviços, segundo membro da família	Concentração das atividades	Número de vezes que utilizou os serviços, segundo familiar
Grau de satisfação:	Qualidade de atendimento	
Consulta eletiva		Bom, regular, mau
Pronto atendimento		Bom, regular, mau
Hospitalização		Bom, regular, mau
Internação UTI		Bom, regular, mau
Cirurgia		Bom, regular, mau
Parto (aborto)		Bom, regular, mau
Lab. E outros exames		Bom, regular, mau
Radioimagem		Bom, regular, mau
Motivos de atendimento:	Morbidade da demanda/ risco	
Doença circulatória		Número de casos por idade
Câncer		Número de casos por idade
Doença respiratória		Número de casos por idade
Acidente de veículo		Número de casos por idade
Acidente no lar		Número de casos por idade
Outro tipo de acidente		Número de casos por idade
Violência física e mental		Número de casos por idade
Mal definida		Número de casos por idade
Doença digestiva		Número de casos por idade
Infecções e parasitoses		Número de casos por idade
Problemas metabólicos		Número de casos por idade
Problemas nutricionais		Número de casos por idade
Pré/Parto/Puerpério		Número de casos por idade
Doença genito-urinária		Número de casos por idade
Doença neurológica		Número de casos por idade
Doença psiquiátrica		Número de casos por idade
Malformação congênita		Número de casos por idade
Atividades promocionais e preventivas:	Prioridade das atividades de fomento à saúde	
Palestras		Número, segundo idade
Vídeos sobre saúde		Número, segundo idade
Material informativo		Número, segundo idade
Check up		Número, segundo idade
Consulta ao sadio		Número, segundo idade
Vacinação		Número, segundo idade
Detecção do câncer		Número, segundo idade
Detecção de hipertensão		Número, segundo idade
Detecção de Diabetes mellitus		Número, segundo idade
Planificação familiar		Número, segundo idade
Participação em grupos de risco		Número, segundo idade
Comunidade Terapêutica		Número, segundo idade
Outro		Número, segundo idade
Qualificação sobre a infra-estrutura e processos:	Qualidade de estrutura e processos	
Recepção		Bom, regular , mau

Pessoal de enfermagem		Bom, regular , mau
Corpo médico		Bom, regular , mau
Pessoal de laboratório		Bom, regular , mau
Pessoal de radioimagem		Bom, regular , mau
Comunicação social		Bom, regular , mau
Assistente social		Bom, regular , mau
Atendimento pessoal		Bom, regular , mau
Comodidades		Bom, regular , mau
Equipamento		Bom, regular , mau
Materiais, medicamentos		Bom, regular , mau
Capelania		Bom, regular , mau
Financeiro		Bom, regular , mau
Manutenção		Bom, regular , mau
Limpeza		Bom, regular , mau

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DAS UNIDADES DA REDE DE OFERTA EM SAÚDE (Fonte: entrevista diretivos, documental)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Data de criação	Antigüidade da Unidade	Data
Missão original	Natureza nas origens	Definição
Resultados alcançados	Evolução da Unidade	Coerência com o atual
Missão atual	Fim principal	Coerência com necessidades da população
Visão	Intencionalidade a médio prazo	Coerência com prospectiva de necessidades em saúde
Políticas institucionais	Idoneidade dos fins e macro regulações	Adequação com a missão institucional e necessidades
Estrutura organizacional	Coerência interna e externa	Coerente com as necessidades de saúde da sociedade. Coerente com a missão. Definição de funções e cargos, com relação a outras unidades institucionais
Planta física	Capacidade física instalada (suficiente, pertinente e adequada)	Leitos por serviço Leitos de UTI Leitos de observação de PA Consultórios (C. Eletiva) Consultórios de PA Salas cirúrgicas Salas de parto Auxiliares de diagnóstico e tratamento Outros serviços
Instrumentos disponíveis	Capacidade disponível em departamentos de atendimento direto (finais)	Dias leito disponíveis (em unidade de internamento e em UTI), horas de sala cirúrgica e sala de partos e horas de médico, enfermeira e outro em consultório ou com comunidade
Equipamento disponível	Suficiência e adequação tecnológica	De acordo às necessidades de saúde
Folha de trabalhadores da Unidade (suficiente, pertinente e adequada)	Idoneidade dos recursos humanos	Número de diretivos, médicos, pessoal de enfermagem, cargos administrativos, técnicos e auxiliares (carga horária, salário, despesa anual e alocação)
Gasto total e desagregado	Despesa da Unidade	Custo total de operação e desagregado da Unidade (%) por meses do ano, total e por departamentos (gerais, intermediários e finais)

Ingresso econômico	Disponibilidade de recursos financeiros	Total de ingressos por venda de bens e serviços

AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DAS UNIDADES DA REDE DE OFERTA EM SAÚDE (Fonte: observação direta, documental)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Idoneidade do sistema de informação	Suficiência, pertinência e adequação do sistema de informação	Dados do sistema: Do entorno social, político e econômico (incluindo resposta em saúde e educação), do entorno familiar da demanda potencial, da demanda efetiva, da oferta e utilização dos serviços Tecnologia apropriada (de processo e insumo. Organização. Instrumentos) Recursos Humanos disponíveis Equipamento disponível Processos realizados Resultados congruentes com a gestão (avaliação para t. decisões)
Conhecimento das necessidades	Idoneidade dos processos de planejamento e avaliação	Análise de situação (mesma informação), completa e atualizada permanentemente; análise de coerência, suficiência, pertinência, adequação, eficácia, eficiência e qualidade dos serviços
Análise DOFA e definição de problemas e prioridades		Identificação de pontos fortes e fracos dos serviços e oportunidades e ameaças do entorno social e econômico. Definição de problemas, prioridades substantivas e adjetivas
Definição de planos, programas e projetos coerentes		Planos e programas flexíveis e adaptáveis, com coerência interna e externa, de promoção, prevenção, detecção oportuna, atenção curativa e reabilitação, assim como programas ou projetos de apoio administrativo
Organização participativa para a tomada de decisões		Existência de instâncias permanentes, no nível técnico, administrativo e social para a definição, monitoramento e avaliação de planos e programas
Normas de atendimento internas da unidade	Idoneidade da regulação dos processos de atendimento e dos serviços de apoio técnico e administrativo	Existência, congruência, adaptabilidade e obediência.
Normas de referência e contra-referência		Existência, congruência, adaptabilidade e obediência
Normas de órgãos de apoio técnico		Existência, congruência, adaptabilidade e obediência
Normas de órgãos de apoio administrativo		Existência, congruência, adaptabilidade e obediência
Definição de autoridade e responsabilidade por níveis	Idoneidade do processo de gerencia estratégica	Explicitação da autoridade delegada e responsabilidade compartida por níveis
Canais de comunicação adequados		Agilidade na expressão de idéias e resposta a necessidades e conflitos
Conhecimento das necessidades		Existência de instâncias de

dos clientes internos		identificação de necessidades e definição de estratégias de intervenção
Avaliação de rendimento		Existência de instrumentos e mecanismos de avaliação do rendimento e superação de problemas
Técnicas de Motivação		Existência de motivadores para a superação de necessidades do cliente interno
Participação dos funcionários		Participação do pessoal dos diferentes níveis em corpos colegiados para t. de decisões e acompanhamento

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS UNIDADES DA REDE DE OFERTA EM SAÚDE
(Fonte: registros, instrumentalização)

VARIÁVEL	INDICADOR	CATEGORIAS
Produtos Outorgados	Produção em departamentos finais	Número de consultas, internamentos (dias paciente), partos, intervenções cirúrgicas
	Produção em departamentos intermediários	Número de intervenções em auxiliares de diagnóstico e tratamento e outros serviços de apoio técnico, segundo o departamento final ao qual foi entregue
	Produção em departamentos gerais	Número de atividades realizadas, segundo o departamento intermediário final ao qual foram entregues
Composição de recursos humanos e materiais por departamento, em unidades reais (horas) e monetárias.	Alocação de recursos	Tipo e número de recursos humanos e materiais segundo o departamento, carga horária e custo, desagregado e total
Volume de instrumentos em departamentos finais	Disponibilidade real de recursos	Número de unidades de trabalho disponíveis por departamento final
Composição de recursos humanos por tipo de instrumento	Integração do processo de trabalho	Média de horas/ recurso humano disponível por unidade de trabalho (incluindo deptos. Gerais e intermediários)
Custo unitário por instrumento	Gasto da unidade de trabalho	Média de gasto por unidade de trabalho (inclui deptos. Gerais e Intermediários)
Grau de utilização do instrumento	Uso do recurso disponível	% do tempo utilizado da unidade de trabalho
Cobertura do instrumento	Cobertura real do recurso disponível	População potencialmente coberta pelo instrumento (u. de trabalho)
Volume de cada tipo de atividade	Produção por tipo de atividade	Número de atividades por tipo
Composição de cada atividade	Integração do recurso humano por atividade	Média de horas/ recurso humano utilizadas por tipo de atividade (inclui deptos. Gerais e Intermediários)

Custo total por tipo de atividade	Gasto total por tipo de atividade	Gasto, em moeda local, pelos recursos humanos, materiais e outros, utilizados numa atividade (incluindo deptos. Gerais e intermediários)
Custo unitário de cada atividade	Gasto médio por atividade	Gasto médio, em moeda local, da composição de recursos para a realização de uma atividade
Concentração da atividade	Uso do serviço	Vezes que se realiza um tipo de atividade num sujeito por uma causa
Duração de cada tipo de atividade e rendimento	Produtividade	Tempo médio de realização por tipo de atividade e número das mesmas por unidade cronológica
Impacto das ações em saúde	Evolução dos indicadores de saúde e desenvolvimento	Morbidade, mortalidade, esperança de vida, qualidade de vida

M.M. León González

APÊNDICE 2. ANÁLISE DE ESPAÇOS PARTICULAR, INDIVIDUAL

FORMULÁRIO/FICHA FAMILIAR DO USUÁRIO DO SUS/SMS

No. de ficha:_____

Dados de identificação: **No. de formulário**_____

1. Nome do chefe de família_____
2. Endereço:_____ Bairro:_____
3. Telefone:_____
4. Plano de Saúde: **sim/não (S/N)** ☐ **empresa:** ☐ **antigüidade:** ☐☐
5. Tipo de plano, se tem: **individual (I)** ☐ **familiar (F)** ☐

Informação sócioeconômica e familiar. risco e vulnerabilidade (S/N ou Número) :

6. Casa própria: ☐
7. De alvenaria: ☐
8. Com água potável: ☐
9. Com esgoto adequado: ☐
10. Com banheiro e 1, 2 pessoas/ dormitório: ☐
11. Lavadora de roupa: ☐
12. Carro próprio: ☐
13. Secadora de roupa: ☐
14. Lavadora de louça: ☐
15. Internet: ☐
16. **Classificação:** ☐

	- de 1		1 a 4			5 a 14				15 a 65				+ 65	
17. Membros da família **(anos)**:															
18. Parentesco **(M/P/F/C/A/T/O)**:															
19. Sexo. Masculino ou feminino. **(M/F)**:															
20. Lê e escreve **(S/N)**:															
21. Estuda **(S/N)**:															
22. Primeiro grau completo **(S/N)**:															
23. Segundo grau/técnico **(S/N)**:															
24. Terceiro grau ou mais **(S/N)**:															
25. Com trabalho **(S/N)**:															
26. Com carteira assinada **(S/N)**:															
27. Tipo da atividade **(P/S/C/I)**:															
28. Ocupação **(E, PE, PI, G, PU, P, F, V, A, O, C)**:															
29. Renda individual **(salários mínimos)**:															
30. Incapacitado físico:															
31. Incapacitado mental:															
32. Hábitos pessoais de risco **(F, B, S, O, D)**:															

33. Renda familiar **(salários mínimos)**: ☐☐☐

Acesso a serviços de saúde e bem-estar (B, R, M):

34. Saúde, qual?: _____ ☐
35. Clube (esporte): ☐
36. Parque ou praça: ☐
37. Cinema, passeio: ☐
38. Restaurantes: ☐
39. Outros (lazer): ☐

Problemas de saúde ou mortes (D, M), no último ano, nos membros da família:

	- de 1		1 a 4			5 a 14				15 a 65				+ 65	
40. Doença circulatória:															
41. Câncer:															
42. Respiratória:															
43. Acidente, envenenamento ou violência:															
44. Malformação congênita:															
45. Aparelho digestivo:															
46. Infeções e parasitoses:															
47. Problemas metabólicos:															
48. Problemas nutricionais:															
49. Gravidez/parto/puerpério:															
50. Doença genito-urinária:															
51. Doença neurológica:															
52. Transtornos mentais ou comportamentais:															
53. Mal definido:															
54. Outras:															

Utilização dos serviços e satisfação do cliente do Sistema (B, R, M):

	- de 1		1 a 4			5 a 14				15 a 65				+ 65	
55. Vezes que utilizou **(Número)**:															
56. Consulta eletiva:															

57. Pronto atendimento:															
58. Hospitalização:															
59. Internação:															
60. Cirurgia:															
61. Parto (aborto):															
62. Laboratório e outros exames:															
63. Rádioimagem:															

Motivo dos atendimentos (X) :

	- de 1		1 a 4			5 a 14				15 a 65				+ 65	
64. Doença circulatória:															
65. Câncer:															
66. Doença respiratória:															
67. Acidente em veículo:															
68. Acidente de trabalho:															
69. Outro tipo acidente, como do lar:															
70. Violência física e mental:															
71. Malformação congênita:															
72. Doença digestiva:															
73. Infeções e parasitoses:															
74. Problemas metabólicos:															
75. Problemas nutricionais:															
76. Pré-natal/parto/puerpério:															
77. Doença genito-urinária:															
78. Doença neurológica:															
79. Transtornos mentais ou comportamentais:															
80. Mal definida:															

Diagnósticos principais (segundo sexo e idade):

81._____

82._____

83._____

84._____

85._____

Atividades promocionais e preventivas recebidas nos serviços de saúde, durante o ano (X):

	- de 1		1 a 4			5 a 14				15 a 65				+ 65	
86. Palestras:															
87. Vídeos sobre saúde:															
88. Material informativo:															
89. Check up:															
90. Consulta ao sadio:															
91. Vacinação:															
92. Detecção de câncer:															
93. Detecção e controle de hipertensão:															
94. Detecção e controle de diabetes mellitus:															
95. Planejamento familiar:															
96. Participação grupos de risco:															
97. Comunidade terapêutica:															
98._____:															
99._____:															

Apreciações sobre a infra-estrutura e processos (B, R, M):

100. Recepção:	
101. Pessoal de enfermagem:	
102. Corpo médico:	
103. Pessoal de laboratório:	
104. Pessoal de Rádioimagem:	
106. Assistente social:	
107. Atendimento pessoal:	
108. Comodidades, manutenção e limpeza:	
109. Equipamento:	
110. Materiais, medicamentos:	

M.M. León González

APÉNDICE 3. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

MUNICÍPIO DE CAMPO BOM. SECRETARIA DE SAÚDE
PLANO ESTRATÉGICO 2002 - 2004:
"JUNTOS, MELHORANDO A SAÚDE ”

INTRODUÇÃO

As transições demográfica e epidemiológica, acontecidas como conseqüência de processos de industrialização e urbanização tardios, acarretaram mudanças nas diferentes esferas, as que condicionaram novos desafios para os sistemas de saúde, tais como: uma população crescente de idosos e doentes crônicos, presumindo se incrementem padecimentos derivados de problemas ambientais e outros de estilos de vida, conseqüentes à modernidade e urbanização

Esta proposta pretende a instrumentação, no nível municipal, das conquistas da Reforma Sanitária no Brasil, tendo como base a análise da situação local e elementos conceptuais e metodológicos de novos desenvolvimentos acerca da compreensão e atuação em saúde. Objetiva-se, a partir dela, colaborar, de maneira qualificada, a dar resposta aos atuais desafios das políticas públicas em saúde da população campobonense.

Nela, pretende-se reordenar os esforços do SUS, no Município de Campo Bom e sua relação com outros prestadores, setores, níveis de governo e a sociedade em geral, sob uma orientação comum, que favoreça um melhor entendimento da determinação local em saúde e uma intervenção mais coerente e apropriada. A partir dela, é visada a melhoria dos níveis de saúde e bem-estar, num marco do desenvolvimento sustentável.

A proposta enquadra-se num modelo de intervenção integral, que participativamente e estrategicamente, realize sistematicamente o estudo das necessidades sociais em saúde, para estabelecer políticas saudáveis e vigiar sua permanente aplicação sobre cada um dos determinantes e âmbitos de aplicação -individual, familiar, social e comunitário, meio ambiental, contextual (social e econômico) e dos serviços de atendimento à saúde-, prevendo a aplicação de mecanismos que favoreçam a ativação de fatores de proteção, evitando o aparecimento dos conhecidos como "de risco", contando com o apoio dos vários níveis do sistema de atenção à saúde e a colaboração dos diferentes setores, níveis de governo e os representantes da sociedade.

Partindo do anterior, reconhece-se que as necessidades em saúde são originadas, em grande parte, no comportamento de determinantes, situados nas diferentes esferas do desenvolvimento humano, para cada situação particular. Como conseqüência, estas ultrapassam, às vezes, os limites de atuação do setor saúde e muitas delas são reflexo das desigualdades sociais, pelo qual os padrões de atuação conjunta de indivíduos, comunidades, grupos sociais e outros setores são definitivos.

Estão contidos no plano: a análise de situação de saúde do município, com a análise de pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades e a projeção de uma situação objetivo; a missão e visão atualizadas da SMS; as diretrizes de gestão; os objetivos e metas de gestão por projeto, as de resultados, as estratégias e as etapas do plano; a programação físico-financeira e o financiamento . Este trabalho não é o resultado ainda de uma Conferência Municipal, por estarem em construção as instâncias e mecanismos de participação social e o marco metodológico.

RESUMO DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO

Campo Bom é um jovem e rico município de imigrantes, predominantemente de origem alemã, de porte intermediário, com 54.027 habitantes (900, 45 por Km²), pertencente ainda à Grande Porto Alegre, a 50 Km da capital. Basicamente urbano e industrial, importante produtor e exportador de calçados e outros elaborados, com PIB de 500 milhões, com renda per capita de 8,6 mil dólares, enfrenta ainda problemas de estrutura social e familiar. Com uma transição demográfica acelerada, experimenta resquícios, como: baixa renda e capacidade aquisitiva (pouco mais de 50 e 30% da população com renda de até 2 e 5 salários mínimos respectivamente, além de 2,5% de chefes de domicílio sem renda), moradia inadequada em 50% dos casos (incluindo 8 barracos), baixo grau de instrução (analfabetismo de 5, 1% mais 5% da população com menos de um ano de estudo, média de instrução de 5, 1 anos de estudo e só 10% da população com 10 anos ou mais de estudo), no entanto continuam os incentivos e investimentos na área industrial e comercial, com reforçamento da capacitação, a cobertura com serviços de saneamento básico é quase total, melhora-se a infra-estrutura urbana e a matrícula de primeiro e segundo grau começam a ser suficientes para as novas gerações.

Neste marco, as transições demográfica, social e microeconômica, num contexto de urbanização e industrialização tardia, favoreceram-se, em saúde, à diminuição da natalidade, da fertilidade e das mortalidades geral, infantil e pré-escolar, concentrando-se 66% dos óbitos em maiores de 50 anos, sendo que perto do quase 70% das mortes correspondem a doenças crônico-degenerativas e causas externas, onde as cardiovasculares e neoplasias têm lugar de destaque. Entretanto, continua existindo uma alta prevalência na comunidade de doenças infecciosas, principalmente respiratórias agudas, lesões, queixas osteomusculares, relativas aos aspectos ergonômicos do trabalho, acidentes, transtornos de conduta e doenças urinárias, digestivas e da pele, além das gineco-obstétricas, que em nível hospitalar representam o maior motivo de atendimento, junto com as respiratórias. Doenças como tuberculose e AIDS incrementaram-se.

Acompanhando este desenvolvimento, o município iniciou atividades próprias em saúde a partir da criação, em 1986, da Divisão de Saúde. Aproveitando dois postos de procedência estadual, descentraliza-se e cria-se a Secretaria de Saúde Municipal, que se estrutura inicialmente com três divisões, dirigidas a atenção médica e odontológica, nutrição e pesquisa, programas e supervisão da aplicação, evoluindo depois para vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária), planejamento e assistência (farmácia, planejamento, enfermagem e supervisão) e administração.

Neste devir, a SSM passou a ser prioridade da política municipal (10% da despesa pública), centralizando ações de saúde coletiva e disponibilizando serviços hospitalares e de atenção básica, acessíveis geograficamente, no marco do SUS, de acordo ao sistema microrregional, pretendendo atualmente garantir o acesso dos diferentes grupos (de acordo a risco e vulnerabilidade), a partir dum sistema hierárquico, integral, eficaz, eqüitativo, participativo e com controle social, promovendo o direito à vida e o vínculo da equipe com a comunidade e o paciente.

Estes serviços e ações privilegiaram a mulher e a criança (coberturas completas em vacinas), à prevenção e controle de doenças transmissíveis e a saúde mental, ainda com heterogeneidade e divergências em modelos de atendimento, problemas de cobertura e integralidade, falta de planejamento, regulação e controle participativo, assim como de sistemas de informação e administrativo apropriados. Ao mesmo tempo, deu-se início ao atendimento especializado de alguns riscos freqüentes (odontologia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, dermatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e controle de TB, DST e SIDA), e ações de saúde coletiva, ainda restringidas, em áreas, tais como a vigilância sanitária, epidemiológica e nutrição. Ainda que isoladamente, a promoção da saúde apoiou a compreensão pela sociedade de alguns determinantes, fatores de proteção e riscos para a saúde. Colaborou-se, desta forma, à transição demográfica e também à epidemiológica polarizada, citada anteriormente, apoiando o combate alguns problemas sociais (falta de instrução, serviços básicos, acesso à informação, alimentos e hábitos adequados).

No futuro visualiza-se o apoio para a consolidação de todo o fenômeno transicional e a proteção e melhoria dos níveis de vida e saúde da população de Campo Bom.

ANÁLISE DE PONTOS FORTES E FRACOS, AMEAÇAS E OPORTUNIDADES

No transcurso do período de três anos contemplado nesta proposta, terá que se considerar a evolução de aspectos relevantes ao interior da SMS, caraterizados como pontos fortes e fracos, assim como as ameaças e oportunidades do contexto, com a finalidade de conferir a viabilidade necessária aos empreendimentos contidos. A seguir enunciam-se os mais importantes:

PONTOS FORTES: saúde como prioridade da política municipal; alta participação do setor dentro da despesa pública e tendência ao crescimento; intencionalidade da SMS de garantir o acesso a um sistema hierárquico, regoionalizado, integral, eficaz, eqüitativo, participativo, com controle social e adequado suporte estratégico de informação, planejamento, regulamentação e administração; vontade política de apoiar a proteção da vida e o vínculo com a comunidade; diminuição da natalidade, fertilidade e das mortalidades geral, infantil e pré-escolar, com aumento da esperança de vida e concentração dos óbitos em maiores de 50 anos; fatores que favoreceriam o apoio decidido do aparelho produtivo.

PONTOS FRACOS: estrutura da SMS com funções básicas de saúde coletiva centralizadas e escassa regulamentação das funções e atividades locais; enfoque orientado à atenção médica; escassez e isolamento de ações de promoção da saúde e falta de regulamentação uniforme; inexistência de um processo de planejamento sistematizado, com existência de programas e projetos isolados; incipiente participação nos sistemas de informação do SUS e necessidade de um sistema de informação próprio; heterogeneidade e divergência de modelos de atendimento praticados nas unidade; heterogeneidade de planta física, recursos humanos, materiais e tecnológicos (insumo e processo); composição de recursos diversa segundo modelos de atendimento; problemas de cobertura, programação, regulamentação e controle participativo das atividades realizadas; carência de sistema de avaliação do desempenho e desenvolvimento do recuso humano; como conseqüência da transição epidemiológica, as doenças crônico-degenerativas, as relacionadas ao trabalho e as causas externas dominam a mortalidade, acarretando maiores gastos para os serviços de saúde; continua existindo uma alta prevalência na comunidade de doenças infecciosas, principalmente respiratórias agudas.

AMEAÇAS: problemas na estrutura social e familiar, difíceis de ser superados no mediano prazo contemplado; baixa renda e capacidade de consumo, com pouco mais de 50 e 30% da população com renda de até 2 e 5 salários mínimos respectivamente, mais 2, 5 % dos chefes de domicílio sem renda; moradia inadequada em 50% dos casos; baixo grau de instrução, com analfabetismo de 5,1%, 5% da população com um ano de estudo e média de instrução de 5, 1 anos de estudo, e somente 10% com 10 ou mais anos de estudo; transição demográfica acelerada, que muda riscos e potenciais processos e custos em saúde.

OPORTUNIDADES: município urbano e industrial, sustentado na produção e exportação de calçados e outros produtos elaborados; PIB e produção per capita altos; cidade jovem, de porte intermediário da grande Porto Alegre, que ainda pode regular seu desenvolvimento e potencialidades; população trabalhadora e empreendedora; tendência ao crescimento e consolidação industrial; política social municipal explícita, que favorece tendência à cobertura total em serviços de saneamento básico e suficiência na matrícula de primeiro e segundo graus; melhorias na infra-estrutura urbana.

SITUAÇÃO OBJETIVO

Tomando em conta uma análise prospectiva para o final dos próximos três anos, poder-se-ia prever que o município continuará com sua consolidação industrial, comercial e de serviço, reforçará e ampliará sua política para a superação dos problemas sociais e de infra-estrutura, diminuindo seu crescimento populacional e tendendo a estabilizar sua dinâmica e estrutura demográfica.
No entanto, será difícil superar problemas de renda, acesso ao consumo, posição social, moradia e grau de instrução, que afetam de maneira importante a 50% da população e relativamente a 30%, ainda que a profissionalização do trabalho, a partir da capacitação formal e a política social explícita do município poderiam melhorar o panorama.
No que toca ao desenvolvimento do meio ambiente físico e dos entornos social, escolar e do trabalho, parece haver um compromisso, que ainda não é plenamente sistemático, participativo e integral. Neste sentido, a SMS poderia promover mudanças importantes que favorecerão a inclusão de fatores de proteção nestes aspectos de determinação, através da ação coletiva da sociedade organizada, que apoia a criação ou consolidação de redes de apoio social, por sinal escassas. Esta ação poderia dar um retorno importante ao desenvolvimento do aparelho produtivo, educativo e dos serviços e superação social e familiar, além de apoiar a modificação de hábitos ou condutas de risco ou problemas de adaptação a novas circunstâncias, provenientes das grandes transições.
A respeito, a SMS poderia incorporar a sua missão o cuidado integral do ambiente, incluindo os alimentos, até agora compartilhado com outras instâncias municipais, podendo vincular a ação normativa e fiscalizadora às tarefas de promoção, referidas acima, nos diferentes âmbitos.
Por outro lado, as tendências dos riscos de adoecer e morrer, acarretariam a necessidade de incluir dentro das prioridades, grupos etários ou de risco ou vulneráveis específicos, antes não contemplados como tais nos programas de atendimento. Assim, para os próximos anos os grupos em idade produtiva, anciãos e adolescentes, além dos expostos e portadores de doenças transmissíveis endêmicas, já superadas ou emergentes, teriam de ser contemplados, num marco de integralidade de atenção, onde seria privilegiada a prevenção de riscos e danos secundários.
Outras duas grandes tarefas, que seria indispensável regular e permear à operação, nas unidades, de maneira similar aos casos anteriores, são: a análise e vigilância em saúde e o planejamento e desenvolvimento da infra-estrutura, com o suporte de informação apropriado. Através destas ações previstas, nos três eixos acima, poder-se-á partir do pleno conhecimento e projeção da problemática local e das suas necessidades ou conjunturas, assim como de um marco programático e regulamentar apropriado e participativo, para somar os esforços da equipe com os da sociedade, na área de influência e desta com outras, permitindo, ao mesmo tempo, o desenvolvimento equilibrado da infra-estrutura e os recursos, com plena satisfação dos clientes interno e externo.
Seria desejável que esta empresa fosse enquadrada na visão de sistema de saúde, no qual participarão, como partes do mesmo, as diferentes forças sociais envolvidas, tanto na prestação de serviços, como na proteção e melhoria dos níveis de saúde e bem-estar. Neste sentido, deveriam contemplar-se mecanismos que garantam a relação e coordenação com a sociedade, outros setores do desenvolvimento e governamentais e os outros prestadores de serviços similares.
Partindo da infra-estrutura atual, seria possível pensar em desenvolvê-la, para atuar, de maneira integrada, nos eixos e áreas técnicas referidos acima, reorganizando um nível central regulador que, através de cinco grandes projetos estratégicos, orientasse a ação das unidades aplicativas, com base num modelo único, baseado em necessidades, que defina determinantes, promova fatores de proteção e evite riscos previsíveis, assegurando ambientes e entornos saudáveis.
O modelo visaria à homogeneização de estrutura, processos e produtos, entre unidades similares e o deslinde de responsabilidades entre níveis de atendimento, com base nessa filosofia comum. Assim, se superariam seguramente, necessidades de infra-estrutura, física, humana e tecnológica, de acordo com os atributos dos instrumentos e atividades contempladas, com a finalidade de alcançar, para o final do período, uma atenção universal, eqüitativa, de qualidade e eficiente, com atributos de acolhimento, coerência, suficiência, pertinência e adequação.

MISSÃO

Proteger e melhorar a saúde dos todos os habitantes de Campo Bom, garantindo a participação e o acesso dos diferentes grupos de população, com perfis de saúde e vulnerabilidade específicos, a um modelo de atendimento, que parta do conhecimento da determinação, em cada um dos âmbitos do desenvolvimento humano e priorize a promoção e vigilância de fatores de proteção e a prevenção de riscos, enquadrado isto numa atenção com caraterísticas de integral, eqüitativa, universal, resolutiva e eficiente, de alta qualidade e acolhimento, coerente com as necessidades gerais e específicas, suficiente na sua infra-estrutura, humana, física e tecnológica e apropriada aos patrões sociais e culturais existentes.

VISÃO

Ser referência nacional em serviços de saúde, a partir da constituição e desenvolvimento apropriado do Sistema de Saúde Campo Bom, através do qual se consiga universalizar o acesso a serviços de qualidade e se congregue as forças sociais, para a proteção e melhoria da sua própria saúde, através do estabelecimento de vínculos permanentes com a sociedade, outros setores e prestadores de serviços de saúde, assim como a reorganização da SMS e o reordenamento da sua infra-estrutura, objetivando regular centralmente e instrumentar localmente um modelo de atendimento, que apoie participativamente a formulação das políticas públicas e planos de saúde, com profundo conhecimento de situações e conjunturas, assim como a intervenção ordenada, a partir de três eixos prioritários: promoção para a proteção da saúde, atendimento preventivo de riscos e fatores e vigilância dos determinantes, do meio ambiente e alimentos.

DIRETRIZES DE GESTÃO

Tomando em conta o estado atual das transições demográfica e epidemiológica polarizada experimentadas pela população de Campo Bom e as perspectivas econômicas, sociais e da política municipal, a SMS pretenderia reordenar os seus esforços, reorganizando seu nível central e desenvolvendo sua infra-estrutura local, a fim de chegar a uma melhor compreensão da determinação local em saúde e a uma mais coerente e apropriada intervenção, que garanta o acesso dos diferentes grupos sociais aos benefícios da proteção e melhoria dos níveis de saúde e bem-estar.

O anterior concebe-se na visão de um sistema de atenção com características de universal, eqüitativo, de qualidade e viável com atributos de acolhimento, coerência, suficiência, pertinência e adequação, com plena participação da sociedade.

A instrumentação destes anseios requer um esforço ordenado, que oriente a sua gradual implantação e desenvolvimento, num marco programático e regulamentar, que inclua um modelo de atuação apropriado, que normalizado, permita a intervenção nos diferentes espaços em que as determinantes do bem-estar estão presentes, para assim, fomentar a proteção e atuar sobre riscos e fatores, nos diferentes níveis de atenção, serviços e unidades do sistema.

Complementa-se esta ação com a instrumentação de mecanismos que assegurem a manutenção das relações com a sociedade, os outros setores, prestadores e níveis de governo, que estimulem o trabalho em equipe, a satisfação e o desenvolvimento do recurso humano, e à sociedade, como cliente externo.

OBJETIVO GERAL

Apoiar o desenvolvimento econômico e social de Campo Bom, através da proteção e melhoria dos níveis de saúde e bem-estar dos seus habitantes, incluindo seus hábitos e estilos de vida, assim como o cuidado de seus entornos, familiar, comunitário, de estudo, trabalho e lazer, o meio ambiente e ainda do seu contexto sócioeconômico, através de um sistema de atenção à saúde universal, eqüitativa, de qualidade e viável, com atributos de acolhimento, coerência, suficiência, pertinência e adequação, com plena participação da sociedade.

OBJETIVOS E METAS DE GESTÃO POR PROJETO ESTRATÉGICO

A fim de instrumentar as diretrizes de gestão e encaminhar-se ao alcance do objetivo geral, estrutura-se a proposta nos seguintes seis projetos estratégicos, nos que se incluem objetivos e metas.

1. ANÁLISE E VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE:

Conseguir aprofundar no conhecimento da determinação em saúde do município de Campo Bom, assim como de cada uma das situações particulares, individuais, conjunturais ou de grupos específicos, em risco ou vulneráveis, em nível geral e de cada delimitação geográfica, para normar a ação imediata e de curto e mediano prazos, através das seguintes metas:

- Formulação e manutenção da atualização da análise de situação do município e de cada uma das áreas de influência das equipes;
- Estabelecimento e operação permanente do sistema de vigilância epidemiológica das causas mais freqüentes de adoecer e morrer, no município e cada uma das áreas de influência das equipes e unidades de saúde;
- Realização de estudos de casos, surtos ou cercos epidemiológicos quando necessário;
- Manutenção da atualização da mortalidade municipal e sistema de nascidos vivos;
- Estabelecimento e manutenção da atualização do sistema de registro e processamento de motivos de atendimento no Sistema de Saúde Campo Bom;
- Estabelecimento e manutenção da atualização do sistema municipal de levantamentos em saúde, que mantenha atualizado o conhecimento e comportamento de determinantes, fatores de risco e proteção, assim como a morbidade prevalecente, no município e áreas de influência;
- Estabelecimento das bases e realização ou orientação de estudos ecológicos, de casos e controles e de coortes ou experimentais, que aprofundem o conhecimento epidemiológico da população do município.

2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE:

Fazer da avaliação e planejamento estratégico, que inclua o monitoramento das ações, um exercício permanente, no nível central e nas unidades e equipes, que diminua ao máximo incertezas, permita corrigir rumos oportunamente e regule a ação participativamente para o desenvolvimento harmônico de processos e estrutura e o melhor alcance dos resultados esperados, através das seguintes metas:

- Desenho das bases para o estabelecimento e desenvolvimento de uma estrutura, na SMS, que permita operar o Sistema de Saúde Campo Bom, o modelo de determinantes e a gerência estratégica dos cinco projetos contemplados;
- Estabelecimento e manutenção da atualização de um sistema de gerência e avaliação de projetos, por marco lógico, que permita conhecer avanços e resultados, periodicamente;
- Estabelecer e operar semestralmente o sistema municipal de avaliação de unidades de nível local;
- Testagem e generalização do modelo de atenção com base em determinantes, colaborando ao reodenamento da infra-estrutura;
- Coordenação do processo de regulamentação do modelo de determinantes, que gerenciará o nível central e operará em unidades e equipes;
- Estabelecimento e manutenção da atualização do sistema municipal de informações em

saúde, que poderá operar como centro especializado;
- Estabelecimento e colaboração na execução do sistema municipal de avaliação do rendimento das equipes de saúde e desenvolvimento do recurso humano;
- Estabelecimento das bases e execução ou orientação de estudos de pesquisa avaliativa de intervenções em serviços de saúde.

3. PROMOÇÃO PARA A PROTEÇÃO DA SAÚDE:

Alcançar, a partir de congregar os atores sociais envolvidos na determinação da saúde, a delimitação e cuidado permanente dos espaços sujeitos à ação da promoção da saúde (familiar, comunitário, escolar, de trabalho, meio ambiente e contexto), e suas variáveis, estabelecendo desta maneira, fatores de proteção, com os meios adequados, para cada uma delas, através das seguintes metas:

- Definição das bases de organização para uma participação efetiva da sociedade e outros setores do desenvolvimento na constituição e desenvolvimento do Sistema de Saúde Campo Bom;
- Estabelecimento de instâncias de construção de viabilidade dos projetos do Sistema, incluindo o relativo a promoção da saúde;
- Elaboração e manutenção da atualização, em combinação com as equipes de saúde ou unidades, do inventário de atores sociais envolvidos na determinação da saúde, nos espaços sujeitos à ação da promoção da saúde;
- Elaboração de normas para a detecção e monitoramento de espaços, determinantes, fatores de risco, riscos e fatores de proteção, e operação pelas equipes locais;
- Organização e desenvolvimento de comitês, nas áreas de influência das equipes e espaços trabalhados, para a definição e monitoramento participativo de determinantes, fatores e riscos e fatores de proteção a implantar;
- Estabelecimento e operação de padrões de avaliação, para o estabelecimento e operação das políticas de família saudável, comunidade saudável, escola saudável, trabalho saudável, e outros entornos saudáveis, dando ênfase aos aspetos referidos ao ambiente de trabalho;
- Estabelecimento das bases e orientação ou execução de estudos e pesquisas sobre determinantes e fatores de proteção.

4. MEIO AMBIENTE E SAÚDE:

Manter a qualidade da água para consumo humano e dos alimentos produzidos, comercializados e consumidos neste município, vigiando a suficiência e adequação das redes de esgoto e lixo e o controle dos vetores nocivos, estabelecendo os vínculos necessários entre o nível central e as equipes locais, através das seguintes metas:

- Atualização do código sanitário municipal, de acordo às novas necessidades do desenvolvimento sócioeconômico do município;
- Regulamentar a atuação das equipes de saúde nas ações de saneamento básico e vigilância sanitária dos alimentos
- Atualização, por áreas de influência e com a participação dos equipes de saúde, do inventário de estabelecimentos, de comércio e consumo de alimentos, assim como a vigilância e fiscalização, de acordo ao marco legal aplicável;
- Controle total das redes e tomas de água para o consumo humano, em combinação com as equipes locais de saúde, colaborando com a vigilância epidemiológica quando necessário, assegurando sua qualidade e atendendo as queixas correspondentes;
- Revisão total, com o apoio das equipes e da própria comunidade, das redes de esgoto e melhoria constante da qualidade, a partir de obras por cooperação, entre o governo municipal e a sociedade local;
- Apoio e supervisão de política e operação da coleta e tratamento do lixo do municipal, assim como da limpeza urbana e o controle estrito de vetores nocivos, auxiliando a população no encaminhamento de queixas e sugestões;
- Estabelecimento de bases e orientação ou execução de estudos sobre riscos ambientais para a saúde humana.

5. PREVENÇÃO DE RISCOS E ATENÇÃO À SAÚDE:

Prevenir a presença de fatores de risco e os riscos em saúde, assim como fazer a detecção e tratamento precoce de doenças, segundo complicação e níveis de complexidade apoiando esta ação com a regulamentação que defina a atuação frente a cada situação e deslinde responsabilidades entre as equipes e tipos de unidade e some os seus esforços com a complementação e continuidade do atendimento em saúde, através das seguintes metas:

- Realização de levantamento rápido acerca dos fatores de risco, riscos e danos mais freqüentemente encontrados nas populações do município e áreas de influência das equipes;
- Formulação e operação de normas de atendimento preventivo ambulatorial, pelas equipes de saúde, baseadas em consensos ou evidências científicas, delimitando protocolos de atendimento e motivos de encaminhamento a clínicas especializadas ou hospitais;
- Formulação e operação de normas de atendimento domiciliar, especificando circunstâncias que o justificaram, procedimentos e formas de encaminhamento;
- Formulação e operação de normas gerais para o de atendimento especializado e sua vinculação com as unidades locais e hospitalares;
- Elaboração e operação de normas e formatos de referência e contra-referência;
- Estabelecimento de bases e orientação ou execução de estudos de intervenção em saúde, prioritariamente de caráter preventivo;
- Manter atualizado o registro de motivos de atendimento;
- Implementação e manutenção do vínculo com os prestadores credenciados ou da saúde suplementar;
- Manter as coberturas do esquema básico vacinação e ampliar a disponibilidade dos outros biológicos;
- Vigilância das coberturas de ações de proteção de grupos em risco ou vulneráveis, segundo áreas de influência e circunstâncias específicas;
- Universalizar as ações de detecção oportuna de doenças e tratamento oportuno;

6. ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE:

Apoiar o reordenamento e desenvolvimento da infra-estrutura, humana, física e financeira, agilizando o exercício orçamental, para favorecer o oportuno andamento dos projetos, de forma flexível e adaptável, através das seguintes metas:

- Adaptação do sistema de exercício orçamental às necessidades do sistema de gerência estratégica de projetos por marco lógico;
- Adaptação dos processos de recrutamento, seleção, contratação, introdução e desenvolvimento de pessoal às necessidades do sistema, modelo e gerência estratégica de projetos;
- Adaptação dos processos de contratação, compra, distribuição e uso de bens e serviços às necessidades do sistema, modelo de atenção e gerência estratégica de projetos;
- Adaptação do plano de investimentos e projetos construtivos às necessidades do sistema, modelo de atenção e gerência estratégica de projetos.

OBJETIVO E METAS DE RESULTADOS

Apoiar a consolidação das transições demográfica e epidemiológica, mantendo as tendências da natalidade e das mortalidades, abatendo a incidência e mortalidade devidas a doenças previsíveis, através das seguintes metas:

- Diminuição da natalidade, a 17 nascimentos por mil habitantes;
- Diminuição da mortalidade geral, a menos de 5 por mil habitantes;
- Diminuição da mortalidade infantil, a 6 por mil nascidos vivos;
- Diminuição da mortalidade neo-natal, a 5 por mil nascidos vivos;
- Diminuição da mortalidade em menores de 5 anos, a 8 por mil nascidos vivos;
- Diminuição da mortalidade em menores de 1 ano por causas previsíveis, a 45%;

- Diminuição da taxa mortalidade por IRAS em menores de um ano, a 1;
- Diminuição do percentual de nascimentos com baixo peso, a 6 %;
- Diminuição do percentual de partos em mães adolescentes, a 18 %;
- Aumento o percentual de NV de mães com 4 consultas de pré-natal, a mais de 90 %;
- Manutenção das coberturas vacinais em crianças, grávidas e idosos, acima de 90 %;
- Investigação do 100% dos casos notificados;
- Manutenção da vigilância do acesso da população a serviços de saneamento básicos;
- Manutenção da vigilância do Aedes Aegypti e albopictus, através de 2000 inspeções/ano;
- Abatimento a incidência de Tuberculose a menos de 15 por 100.000 habitantes;
- Manutenção do controle da incidência da AIDS em ao redor de 10 por 100.000 habitantes;
- Diminuição da mortalidade por Cárdio-circulatórias, de 30 a 59 anos, a 40 por 100.000;
- Diminuição das taxas de internação por Diabetes e Hipertensão (AVC), a menos de 1;
- Aumento da cobertura de serviços odontológicos básicos;
- Aumento das coberturas vacinais em idosos, acima de 80 %;
- Aumento da população coberta pelo PSF, maior de 50%.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Transições demográfica e epidemiológica em consolidação;
- Profundo conhecimento situacional da determinação, riscos e fatores de proteção em saúde;
- Sistema de vigilância epidemiológica permanente e atualizado;
- Conhecimento atualizado de motivos de atendimento ambulatorial e hospitalar;
- Sistema de avaliação e planejamento estratégico em saúde em funcionamento;
- Sistema de Saúde Campo Bom, com modelo de atenção de determinantes, estabelecido;
- Reordenamento da infra-estrutura, com cobertura universal, realizada;
- Sistema municipal de informações em saúde operando;
- Sistema de avaliação de rendimento, capacitação e desenvolvimento de RH operando;
- Organização para a participação de atores sociais estabelecida e funcionando;
- Instâncias de construção de viabilidade estabelecidas e funcionando;
- Espaços e variáveis de determinação e fatores de proteção definidos e monitorados localmente;
- Políticas saudáveis instaladas e operando nos diferentes âmbitos de vida;
- Manutenção da qualidade da água e dos alimentos para consumo humano;
- Suficiência e adequação das redes de esgoto e lixo, assim controle de vetores nocivos;
- Prevenção de riscos e estratégias de proteção para a saúde humana com altas coberturas;
- Atenção à saúde, basicamente preventiva, hierarquizada, contínua, eqüitativa e de qualidade;
- Trabalho vinculado com os outros setores e prestadores de serviços de saúde em andamento;
- Pesquisa, capacitação e trabalho em equipe, com fundamento científico, implantados.

PROJETOS DINAMIZADORES

Com a finalidade de agilizar a implementação da proposta estratégica, contemplam-se os seguintes três projetos dinamizadores:

CAPACITAÇÃO/AÇÃO:
Este projeto tem por objetivo a preparação do pessoal da SMS na filosofia, marco conceptual, metodológico e instrumental do sistema municipal e modelo de atenção com base em determinantes, com a finalidade de facilitar sua compreensão, implantação e desenvolvimento, colaborando para o crescimento profissional dos interessados.
Contempla-se realizar, no nível central e áreas de atuação local, em três tempos: um, de introdução ao cargo, prevista na etapa de instrumentação e testagem, tendo um caráter informativo sobre organização, projetos e metas da SMS e da unidade e sobre integração da equipe e as funções, programas e atividades do cargo; um segundo, a realizar-se na etapa de implementação, com caráter formativo, que visa à revisão teórica e aplicativa, no nível que corresponda, do modelo e atendimento, enquadrado na visão de sistema de saúde pretendido; o terceiro, de capacitação continuada, a realizar-se na consolidação, com caráter permanente, se orienta à atualização constante das equipes e trabalhadores.

REORDENAMENTO DA INFRA-ESTRUTURA:
Este projeto, contemplado nas duas primeiras etapas da programação, orienta-se ao estudo e satisfação uniforme das necessidades de infra-estrutura física, planta, equipamento e material das unidades projetadas, para a universalização do atendimento em condições de qualidade e eqüidade, num marco de homogeneidade.
Projeta-se, com este fim, a adaptação da planta física atual, material e equipamento, de acordo à definição de normas mínimas uniformes, por tipo de unidades e equipes de trabalho em saúde.
Numa fase posterior, prevê-se expansão da planta existente, de acordo às necessidades detectadas para obter coberturas totais. Esta poderá contemplar a ampliação de unidades ou a construção de alguma, para satisfazer necessidades de fácil acesso.

CONSTRUÇÃO DE VIABILIDADE:
Para a implementação dos projetos e estratégias contemplados, se faz necessário a concepção e realização de um projeto que otimize a previsão e o uso dos recursos projetados, agilizando a gestão de outros potenciais, provenientes da União e do Estado, promovendo novas fontes e formas inovadoras de administração e gestão, de acordo às necessidades previstas, que incluam a criação de instâncias que facilitem a captação e exercício ágil de recursos não governamentais.
Contempla-se para isto, de início, a criação de uma fundação local de saúde, como organização não governamental, que apoie a viabilidade do Sistema de Saúde Campo Bom e flexibilize a administração dos recursos financeiros por ela captados.
Através desta última, poderiam canalizar-se, exercer-se e controlar-se recursos e apoios provenientes de atores sociais do aparato produtivo localizado no Município, com a plena participação deles e da sociedade em geral.

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA

PARTICIPAÇÃO PARA O BEM-ESTAR:
Através desta estratégia se congregam à sociedade em geral e aos grupos organizados para participar da grande cruzada pela saúde, fazendo-se indispensável sua intervenção em cada uma das etapas do processo, nos níveis de intervenção e espaços de atuação da promoção da saúde, desde a tomada de decisões até o controle das ações e resultados.

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO:
Os setores comprometidos no desenvolvimento municipal têm uma presença decisiva no andamento e fins do sistema, que pretende atingir melhores níveis de qualidade de vida, em todos e cada um dos âmbitos de vida, para modificar indicadores em saúde e outros relativos ao desenvolvimento municipal.

ENFOQUE DE NECESSIDADES:
A partir deste enfoque, se estudam e afetam determinantes, que traduzidos como fatores de proteção, definem perfis de necessidades a promover e vigiar.

VISÃO SISTEMÁTICA E HOLÍSTICA:
O fenômeno da saúde é multicausal, no qual se inter-relacionam uma série de variáveis que se encontram nos âmbitos onde o homem vive e se desenvolve. Um sistema, hierarquizado e continuo, que possa penetrar nestes espaços, afetando-os favorável e iterativamente, facilitará muito a transformação.

GESTÃO COMPARTILHADA:
Nas organizações atuais, para poder lidar com a complexidade, o conflito e a incerteza, se faz cada vez mais necessário o trabalho em equipe, com estruturas cada vez mais planas, com a finalidade de alcançar mais ágil, certeira e democraticamente os resultados, com adequada flexibilidade e adaptabilidade.

TRABALHO TRANSDISCIPLINAR:
O trabalho em equipe, na saúde, é nutrido com o concurso de profissionais diversos que, na visão holística, possam estudar os fenômenos e encontrar soluções generalizáveis, de maneira compartilhada, fazendo um boa mistura de conhecimentos e experiências, para o alcance de objetivos comuns.

MODELO BASEADO EM EVIDÊNCIAS:
A pesquisa, bibliográfica, descritiva, analítica ou experimental, vêm enriquecer o modelo de atuação, de fato complexo, em saúde, que não pode normar-se baseado no costume, nem carecer mínimos de qualidade uniformes, que se tentam definir para operar o modelo de determinantes.

SATISFAÇÃO DE CLIENTES INTERNO E EXTERNO:
Os novos esquemas de melhoria contínua da qualidade baseiam-se, entre outras coisas, no término da divisão entre quem outorga e recebe o bem ou serviço, favorecendo a fusão, numa só direção, de ambos antigos personagens, que hoje lutam juntos por definir problemas e soluções para o melhor alcance dos objetivos e superação dos benefícios esperados.

UNIVERSIDADE PROMOTORA DE SAÚDE:
O trabalho de saúde deve nutrir-se dos avanços técnicos e científicos da área do ensino e colaborar para a geração de novo conhecimento, sendo campo de práticas, estudo e experimentação ideal, pelo contato com as necessidades e problemas. A partir da estratégia, estimulam-se vínculos de trabalho permanente, com docentes e discentes, de instituições de ensino superior.

ETAPAS

A realização do plano contempla três etapas: uma de instrumentação e testagem, de março a setembro de 2003; uma segunda, de implantação, de agosto de 2003 a junho de 2004; e uma terceira, de consolidação, a partir de julho de 2004, segundo se descreve abaixo:

INSTRUMENTAÇÃO E TESTAGEM:
Nesta etapa, visa-se: a implantação da nova estrutura da SMS; a realização dos estudos iniciais de cada projeto estratégico; seu planejamento, de médio e curto prazo (anual), no marco lógico da gerência estratégica por projetos; a elaboração da regulação correspondente; e o estabelecimento de sistemas, processos, instrumentos ou bases de trabalho. Prevê-se que estes serão testados a partir de uma unidade na qual esteja implantado o PSF e seja fácil sua evolução ao modelo desejado . Assim também, se contemplam: a realização de inventários; a criação de instâncias para o consenso, construção de viabilidade e controle; e a implantação de vínculos com a sociedade, outros setores e prestadores e instituições de ensino superior.
Apoiam a estas ações substantivas, as seguintes de apoio administrativo: avaliação e reordenamento da infra-estrutura física atual e projeção da disponibilização futura de acordo ao modelo de atenção; adaptação de sistemas e processos às novas necessidades; estudo das necessidades de pessoal para o novo sistema e modelo; recrutamento, seleção, contratação e introdução ao cargo do novo pessoal; preparação, junto com os projetos, do evento formativo e previsão da educação continuada; estudo e satisfação de necessidades de material e equipamento para homogeneizar condições entre unidades e equipes.

IMPLANTAÇÃO:
Projeta-se, a partir desta etapa, a instalação das equipes nas unidades previstas para o novo modelo; os ajustes na planta física, os equipamentos e material, ainda necessários; a capacitação formativa, de tipo semipresencial, que permita satisfazer a necessidade de qualificação para o trabalho e fomente, também, o desenvolvimento profissional; o estudo e organização da população e área de responsabilidade, ou especialidade; a programação e início da avaliação das atividades e rendimentos das equipes e também da unidade; a adaptação e aplicação de regulamentações, processos e instrumentos; a operação dos programas e atividades contemplados no modelo de atenção; e a implantação dos sistemas contemplados, no âmbito correspondente;
No nível central, se coordenará este esforço, com base no planejamento e monitoramento previstos, colaborando na capacitação e corrigindo problemas detectados na implementação da base regulamentar, mantendo ativas as instâncias de comunicação e coordenação com todos os atores envolvidos, já referidos, que outorguem viabilidade ao processo.

CONSOLIDAÇÃO:
Para esta etapa, o planejamento, programação, avaliação e pesquisa avaliativa serão as bases da ação. O aperfeiçoamento de sistemas, processos, instrumentos, bases de trabalho, normas, instâncias de participação e outras particularidades contempladas neste plano, com base na experiência operativa, será o objetivo central. Assim também, o desenvolvimento harmônico do sistema e o modelo poderão projetar-se com uma base qualificada.

RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1. INTRODUÇÃO

Com o objetivo de obter o grau de Mestre em Saúde Coletiva, através da execução de projeto de dissertação, aprovado por banca examinadora, o aluno Martín Maximino León González, mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil, realizou estudo observacional, analítico e quali-quantitativo, de análise documental e avaliação de novas tecnologias de processo, na gestão local de saúde.

A pesquisa orientou-se a analisar, coerência metodológica e aplicabilidade, do Modelo de Planejamento Embasado em Determinantes, desenvolvido pelo autor, utilizado na experiência de planejamento realizada no Município de Campo Bom, RS. Para fins deste estudo confeccionou-se um instrumento de avaliação para o monitoramento dos planos emanados, a partir do qual podem observar-se resultados preliminares.

A fim de poder apresentar neste trabalho essas duas propostas inéditas, executaram-se as etapas do estudo previstas, como se descreve a continuação, sendo que a estruturação do modelo de planejamento a ser analisado e do instrumento de avaliação, foram concebidos durante a realização dos estudos escolarizados do Programa do Mestrado.

2. COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta, no caso da coerência metodológica e da aplicabilidade do modelo, foi feita da revisão dos documentos bibliográficos originais e dos planos, municipal e das unidades locais, tomando em conta consensos emanados dos trabalhos dos grupos estabelecidos para este último fim. Foi

sistematizada de acordo aos componentes do modelo nos tempos previstos.

Para a aplicação do instrumento de avaliação, foram realizadas, em novembro de 2004, duas oficinas, com três grupos de trabalho, em cada um dos quais participaram equipes das unidades básicas e um das unidades especializadas. A primeira oficina encaminhou-se a familiarizar às equipes na compreensão das variáveis e elementos objeto da avaliação, orientando-os no preenchimento do formulário.

A segunda, revisou os resultados do trabalho realizado pelas equipes nas suas sedes, identificando pontos fracos e fortes dos seus planos e estabelecendo prazos de entrega, que se prolongaram até fins de março de 2005. Observaram-se problemas de escassa participação nas unidades básicas com modelo tradicional que, a diferença das que atuam com modelo PSF, não respondem ao conceito de equipe. Atuam com base na oferta de serviços e desconhecem universos, necessidades, adequação ou viabilidade social dos programas e atividades, itens estes avaliados.

Ao serem considerados todos os elementos dos planos (enunciados, objetivos, metas, etc.) dos componentes dos planos, observou-se cansaço dos membros das equipes envolvidas, sugerindo isto a compactação do formulário.

3. PROCESSAMENTO DE DADOS

Para a análise de coerência e aplicabilidade, foram confeccionadas matrizes, segundo componentes do modelo, identificando procedência metodológica e justificativa, no primeiro dos casos e graus de aplicabilidade do

modelo, por tipo de unidade, no segundo, ilustrando-se este último com enunciados do Plano Municipal. A realização destas atividades estendeu-se até maio.

O processamento da informação contida nos formulários de avaliação prolongou-se até a segunda metade do ano, tendo que selecionar elementos representativos de cada um dos componentes dos planos avaliados para facilitar o processamento e fazer mais confiável a informação resultante.

Foram eliminados, nesta etapa, as unidades básicas com modelo tradicional e as especializadas, por problemas de consistência nas respostas. No primeiro dos casos, devido a sua natureza, referindo que uma delas não entregou o produto por problemas de integração da equipe, sendo que a rotatividade ainda é problema nas unidades operativas. No caso das segundas, conjunturas de mudança criavam um clima de ambivalência entre estas e seus planos, elaborados com anterioridade.

4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A análise da coerência metodológica foi centrada na comparação entre componentes utilizados e os procedentes de outras metodologias. No caso da aplicabilidade, na natureza das unidades e variáveis contextuais.

A apresentação das matrizes, como parte dos resultados, facilita a discussão teórico prática e busca de novas opções, complementado as figuras sobre Modelo Explicativo e de Atenção Baseado em Determinantes e Modelo Estratégico de Planejamento com Base em Determinantes, contidas na introdução e metodologia

Para a avaliação dos planos, o instrumento proposto permite ilustrar como variáveis contextuais, que vem a dar significado aos resultados obtidos em termos de avanços e identificação de pontos fortes e fracos da rede, podem apoiar a reorientação das políticas municipais. A apresentação em forma de Mapa Avaliativo permite uma melhor análise de pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades, favorecendo também a construção da viabilidade.

Ao final, é incluída a discussão, como a parte do trabalho que se enfoca a abrir o debate para a construção de novas opções para o futuro do planejamento local em saúde, com base nos resultados.

ARTIGO

"Planejamento Estratégico em Saúde com Base em Determinantes; o caso do Município de Campo Bom, RS, Brasil. Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada"

Planejamento Estratégico em Saúde com Base em Determinantes; o caso do Município de Campo Bom, RS, Brasil. Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada

Strategic Health Planning based in Determinants; case of the county of Campo Bom, RS, Brasil. A methodological proposal for the decentralized management

Autor: Martín M. León González

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas/RS

Correspondência:

Martín M. León González

Av. Encantado, 313. Bairro Petrópolis

Porto Alegre/RS- 90470-420

Brasil

Email: maximinoleon@hotmail.com

RESUMO

Com o objetivo de analisar o Modelo de Planejamento Estratégico em Saúde com Base em Determinantes, utilizado na experiência do Município de Campo Bom, realizou-se estudo observacional, qualitativo, de análise documental e avaliação de novas tecnologias de processo na gestão local de saúde. O estudo contém uma análise de coerência metodológica e de aplicabilidade do modelo, a partir da revisão dos planos municipal e locais elaborados. Nele prova-se que é possível integrar e aplicar, em nível local, modelos estratégicos de planejamento em saúde orientados às novas conceituações da saúde, considerando elementos dos diferentes desenvolvimentos teóricos, sendo viável responder a necessidades e situações locais prevalentes. Identificam-se etapas evolutivas do planejamento em saúde e analisam-se elementos integradores do modelo e limitações na sua aplicação, salientando-se a necessidade de apoiar o aprofundamento do estudo e desenvolvimento do campo.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde, Determinantes em Saúde, Gestão em Saúde, Sistemas Municipais de Saúde, Planos Municipais de Saúde

ABSTRACT

With the purpose to analyze the Health Strategic Planning Model based in Determinants, experienced in the Campo Bom county, it was made an observational, qualitative study, of documental analysis and evaluation of new process technologies, in local health administration. This study contains an analysis of the methodological coherency and of the way of applying this model, based on the revision of the elaborated plans. It's proved that it is possible to integrate and apply the health strategic planning models in local places, looking forward to the new health concepts, considering elements of the different theoric developments and that are possible respond to the prevalent local needs and situations. There are identified evolutive stages of health planning and there are analised integrative elements of the model and limitations to its application, rebounding the need to support the deepening on the study and development on the field.

Key words: Health Planning, Health Determinants, Health Management, County Health Systems, County Health Plans.

INTRODUÇÃO

No Brasil, define-se na Constituição, a partir da reforma sanitária, que: "a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco..." (Brasil, 2003[1]).

Nesse contexto, com a implantação do Sistema Único de Saúde, que pretende fazer realidade o direito à saúde, através da descentralização, o atendimento integral e a participação social, foram considerados como requisitos a elaboração de planos municipais e relatórios de gestão para facilitar o controle social (BRASIL, 2000[2] e 1991[3]).

Frente a esse desafio, a difusão científica, dos últimos anos, limita-se a documentar experiências de aplicação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e/ou do Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), os dois da escola Matusiana, além de ter-se publicado diretrizes para os gestores municipais, que privilegiam essas metodologias (Artmann et al.[4], 1997; Campos, 2000 a[5], b[6]; Fundação Itaú Social et al., 2001[7]).

Em Campo Bom, município calçadista, de porte intermediário, de origem alemã, pertencente à grande Porto Alegre, a fim de responder às mudanças do contexto e às necessidades da população, a prefeitura tem se empenhado no aprimoramento das suas estruturas. Em saúde, nos últimos anos, realizou uma empreitada focada a pôr ao alcance da sociedade as conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, adequando seus princípios às condições locais.

Com essa finalidade, entre outras ações, na Secretaria Municipal de Saúde, formularam-se, com base no Modelo Estratégico de Planejamento em Saúde com Base

em Determinantes, delineado para esses efeitos, a análise da situação do Município e o Plano Municipal de Saúde 2002-2004.

Derivados do Plano Municipal, elaboraram-se planos operativos para cada uma das 12 unidades da rede, seis básicas com Programa de Saúde da Família (PSF), três com modelo tradicional e três centros especializados,.

A partir deste estudo, objetiva-se a análise teórico-metodológica e aplicativa desta experiência de planejamento, que integra, no nível municipal, um modelo baseado na evolução do desenvolvimento teórico e nas atuais concepções da saúde, que responda às necessidades e situações prevalentes.

REFERENCIAL TEÓRICO

O planejamento da saúde, durante sua evolução, acompanhou as mudanças do entorno e do contexto, perseguindo adaptar o quefazer da saúde aos novos desafios (Barrenechea, 1990[8]).

Nesse devir, passou por várias etapas, nas que se desenvolveram propostas metodológicas, com maior ou menor penetração, umas vindas da teoria administrativa (TGA) e outras da área da saúde, umas da região e outras de fora dela, mas que hoje constituem um rico acervo, com elementos conceituais, metodológicos e instrumentais, susceptíveis de articular-se.

Até os anos cinqüenta, o planejamento da saúde não ultrapassaria os limites da administração da saúde pública (OPS, 1973a[9]), que ainda que basicamente tratava da organização institucional (Hanlon, 1950[10]), deixava transparecer princípios clássicos da Teoria Administrativa (Chiavenato, 1995[11]). Já Fayol enunciava, como princípios dos programas de ação: unidade, continuidade, flexibilidade e diretiva, para o longo prazo (1981[12]).

Nos anos sessenta, a Administração por Objetivos e/ou Resultados outorgava preeminência ao planejamento. O movimento da qualidade, nascido da reconstrução no pós-guerra e o interesse pela análise do meio ambiente empresarial trariam, como conseqüência, a estruturação da escola contingencial da Administração e em particular, do planejamento estratégico.

Com contribuições, como as de Ansoff (1965[13]), vão se definir os elementos do ambiente de tarefa (próximo à empresa) e do ambiente geral (contextual), estruturando-se o modelo básico para a formação da estratégia (SWOT em inglês: Strengths, forças; Weaknesses, fraquezas; Opportunities, oportunidades; e Threats, ameaças) e como conseqüência, o modelo inicial de planejamento estratégico. (Chiavenato, 1995[11]; Mintzberg, 2004[14]).

Esta concepção, ainda mecânica, formal e estática de planejar em longo prazo, propriedade das altas cúpulas empresariais e dos planejadores, viria a se converter, em vinte anos, num modelo mais flexível e participativo em *"The New Corporate Strategy"* (Ansoff, 1998[13]), que seus seguidores fariam evoluir no intuito de acompanhar os desafios organizacionais frente a um ambiente em vertiginosa evolução.

Coincidindo com esses fatos, na Carta de Punta del Este, em 1961, decidiu-se incorporar aos setores sociais, incluindo a saúde, no planejamento do desenvolvimento (OPS, 1973b[16] e OPS, 1974[17]). O anterior possibilitava o acesso dos países latino-americanos ao financiamento da denominada “Aliança para o Progresso”.

Encomendou-se à Organização Pan-americana da Saúde a função de assessorar os países e elaborar e promover procedimentos de planejamento da saúde. Recomendação que foi ratificada na Primeira Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, em 1963, que aprovou o Primeiro Plano Decenal de Saúde (OPS,

1973a[9]), ano em que se iniciou a capacitação de funcionários nacionais no primeiro método próprio.

O método, denominado OPS/CENDES, originado no Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central de Venezuela (CENDES) e com os auspícios da OPS/OMS, preconizava que: "programar é uma atitude mais que um método" e se fundamentava no critério de eficiência (Ahumada et al., 1965[18]). Era considerado um método sistemático (Hilleboe, 1973[19]), integrado por etapas seqüenciais: o diagnóstico, a determinação de alternativas factíveis na área local programática e a formulação dos planos regionais e nacional.

Pretendia-se formular uma proposta às autoridades políticas, com base no estabelecimento de prioridades, que incluía a determinação de magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos danos na população, seguida de uma análise de custos da prevenção (em óbitos evitados). Incluía a avaliação operativa de cobertura, composição de instrumentos, concentração, rendimento e utilização de recursos, através da instrumentalização (Ahumada et al., 1965[18]).

Devido à necessidade de investigação e a uma procura maior do ensino na matéria, foi criado em 1968 o Centro Pan-americano de Planejamento em Saúde (OPS, 1973a[9]). A partir dele, estudaram-se alguns problemas aplicativos do método e desenvolveu-se o marco teórico da formulação de políticas, que incluía formulação de estratégias, construção da imagem objetivo e análise do jogo de forças, entre os poderes formais e informais, nos níveis nacional e extranacional (OPS, 1975[20] e 1973b[16]).

A fim de alcançar a meta social tendente à saúde para todos no ano 2000, a OMS preparou, com base em experiências de diversas regiões, um processo de programação sanitária por países, PSP (OMS, 1979b[21] e 1979c[22]).

Mais tarde, já no ano 80, formalizou-se essa orientação metodológica da Organização Mundial da Saúde a partir das denominadas Normas Fundamentais do Processo de Gestão para o Desenvolvimento Nacional da Saúde (PG/OMS), nas que se identificam as seguintes etapas: a) a formulação das políticas nacionais de saúde; b) a programação geral; c) a preparação do orçamento por programas; d) o plano geral de ação; e) a programação detalhada; f) a execução; g) a avaliação; h) a reprogramação; e i) a informação, que alimenta todo o processo (OMS, 1979a[23], 1981a[24], 1981b[25] e 1981c[26]).

Neste tempo, Testa, em 1981, apresentou três tipos de diagnósticos: o administrativo, o estratégico e o ideológico. Mais tarde, em 1986, analisa formas de poder e acumulação, junto ao problema dos tempos técnicos e políticos (Testa, 1989[27]).

Paralelamente, o economista chileno Carlos Matus desenvolvia um enfoque orientado à Planificação de Situações (Matus, 1983[28] e 1987[29]), que aportava, entre outros, os seguintes elementos estratégicos: a aceitação a interação do poder político e técnico; a flexibilidade dos cursos de ação; a existência de trajetórias alternativas; e o caráter interativo da planificação.

O autor analisava também: o fenômeno de acumulação do poder e da governabilidade; classifica os problemas detectados em estruturados, semi e quase estruturados; formula o conceito de "momento" para superar a idéia de seqüência das etapas. Inclui como momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional.

Enquadrado na meta de Saúde para Todos no Ano 2000, surge, nestes anos, o Enfoque Estratégico da Organização Pan-americana da Saúde (OPS/SPT), que tem sua origem em 1982, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Antioquia, Colômbia (Barrenechea et al., 1981-1984[30]; Barrenechea et al., 1990[8]), incluindo

elementos da administração geral, do PES (Matus, 1983[28] e 1987[29]) e do enfoque de risco (OPS, 1986[31]).

Inclui os momentos seguintes: formulação da política de saúde, análise da situação inicial, proposição de uma situação-objetivo, formulação da opção estratégica preliminar, análise da factibilidade e viabilidade (construção), negociação por níveis, construção da opção estratégica selecionada, elaboração dos planos (longo, médio e curto prazos), programação local, execução, monitoria estratégica e de rotinas e avaliação ex-post.

A priorização obedece à identificação de grupos humanos em estado de postergação (marginalização) e, ao interior dos mesmos, à definição de grupos em risco e vulneráveis, para propor a análise da rede.

Com base nos enunciados contidos no Relatório Lalonde, de 1974 (Spasoff et al., 1990[32]), e aos postulados da Carta de Ottawa (OMS et al., 1986[33]) e os avanços do Instituto Canadense para Pesquisa Avançada, dentro do enfoque "Saúde da População", definiram-se determinantes, como: "cadeia de variáveis que podem, numa orientação positiva, atuar como fatores de proteção e a partir de sua interação negativa com o homem, converter-se em fatores de risco" (Health Canadá, 2000a[34] e 2000b[35]).

Num entendimento de participação social e colaboração intersetorial, agrupam-se esses determinantes em cinco: ambiente socioeconômico, entorno físico, hábitos pessoais de saúde, capacidade individual e aptidão de adaptação e serviços de saúde (Figura 1).

Países como Reino Unido e Canadá (Jacobson et al., 1994[36]; Gouvernement du Quebec, 1997[37]) realizaram esforços de planejamento em saúde, com base em participação social, pesquisa de determinantes e evidências científicas, segundo grupos populacionais em situações de risco.

Os países da Europa formularam, em combinação com OMS-Europa, o documento *"Social Determinants of Health. The Solid Facts",* definindo determinantes e políticas de ação para o longo prazo, que orientam os planos nacionais vigentes (WHO-Europe, 1998[38]).

Contribuições adicionais foram o movimento de qualidade da atenção médica (Donabedian, 1984[39]) e o denominado Planejamento Local Participativo (OPS, 1999[40]), que incluiu o MAPP, derivado da Planificação de Situações, junto com a análise SWOT, aplicado à saúde e o Marco Lógico para a Gerência de Projetos (COMIT, 1995[41]; OPS, 1993[42]).

MÉTODO

Definiu-se como objeto de estudo o Modelo Estratégico de Planejamento em Saúde com Base em Determinantes, proposto para o trabalho em Campo Bom, que retoma o conceito de "momento", numa visão interativa (Figura 2). Sustenta-se em princípios de permanência, participação, flexibilidade, adaptabilidade e integralidade. Inclui os seguintes quatro momentos: analítico, assertivo, transacional e operacional/conjuntural, como segue:

- O primeiro, responsabilidade dos atores institucionais, prioritariamente técnicos. Caracterizam-se nele determinantes do espaço geral, identificam-se extratos econômicos, definem-se perfis de risco, fatores de risco e proteção, especificando áreas e grupos expostos e vulneráveis, podendo observar especificidades no terreno particular e individual. Baseado no anterior, avalia-se a organização da resposta social em saúde. Confronta-se com uma análise de utilização de serviços e satisfação da população em relação às necessidades específicas, como também de coerência, suficiência, adequação e pertinência, além de eficiência e qualidade.

Transita-se nele, do espaço geral aos espaços particular (familiar e comunitário) e individual, para analisar a resposta em saúde.

- Num segundo momento, assertivo, se prevê a participação ampla dos atores sociais, tendo como objetivo a definição da missão e visão institucionais. Realiza-se a análise de pontos fortes e fraquezas do sistema, assim como das oportunidades e ameaças do contexto. Com base no anterior, projeta-se uma situação objetivo, em médio prazo, com a participação dos envolvidos, podendo identificar e hierarquizar problemas referentes aos obstáculos detectados, para transitar da situação atual à situação objetivo. A partir deste momento, o grupo participa da avaliação e construção de alternativas estratégicas, a fim de manter retroalimentado o sistema, com decisões de consenso e as que se derivarão da negociação com outros atores.
- O terceiro momento, transacional, também é de plena participação, matizado por uma constante negociação, a partir da qual se fixam e desenvolvem os planos, contemplados como opções estratégicas, que ainda sendo concebidas em médio e curto prazos, são redefinidas no diário devir, de acordo às conjunturas que aparecem na execução. Neste momento, se definem políticas, objetivos, metas, benefícios esperados, estratégias, projetos estratégicos e projetos dinamizadores. Elabora-se o planejamento local e se estabelece a regulamentação de projetos, programas substantivos e de apoio administrativo, moldando a gestão ao planejamento. Mede-se factibilidade e se constrói, permanentemente, viabilidade, para estabelecer e reorientar situações objetivo e planos.
- Por último, o momento operacional/conjuntural favorece a instrumentalização dos planos, segundo áreas e locais de atuação e sua permanente adaptação a novas situações. Disponibiliza dados para a tomada de decisões para qualquer um dos

momentos do processo e monitora, avalia, investiga e redireciona planos, processos de trabalho e condutas gerenciais, em todo tempo e circunstância.

Unidades de observação: documentos originais das metodologias revisadas e Plano Municipal de Saúde e planos das unidades da rede, classificados abaixo, segundo proposta de enfoque de programação (Rivera, 1989[43]):

- Plano Municipal de Saúde Campo Bom, 2002 - 2004, baseado em necessidades;
- Planos de seis Unidades Básicas de Saúde, com modelo PSF, baseado em necessidades;
- Planos de três Unidades Básicas de Saúde com modelo tradicional, baseado na oferta; e
- Planos de três Centros de Saúde Especializados: Saúde Mental, Materno Infantil e de Especialidades, orientados pela procura.

O estudo foi definido como observacional, qualitativo, de análise documental e avaliação de novas tecnologias de processo, na gestão da saúde local e especificamente, na área do planejamento em saúde.

Na definição de variáveis, a análise do modelo, incluiu como indicadores:

- Congruência: convergência harmônica entre os elementos metodológicos e instrumentais resgatados da evolução teórica para o modelo de base; e
- Aplicabilidade: possibilidade de utilização dos diferentes elementos do Modelo Estratégico de Planejamento com Base em Determinantes, nos planos elaborados no contexto municipal de Campo Bom (Unidades de observação).

Foi feita da revisão dos documentos originais, e no caso da coerência metodológica, sistematizou-se a informação na ordem dos componentes do modelo. Para a aplicabilidade do modelo, na ordem dos planos.

Elaboraram-se matrizes, segundo componentes, identificando procedência metodológica e justificativa, no primeiro caso e elementos de aplicabilidade, por tipo de unidade, no segundo (quadros 1 e 2). Ilustrou-se, este último, com enunciados do Plano Municipal (quadro 3).

RESULTADOS

Coerência Metodológica do Modelo

Ao analisar o Modelo Estratégico com Base em Determinantes, delineado para a experiência de Campo Bom, identificaram-se diversos elementos conceituais, metodológicos e instrumentais dos desenvolvimentos metodológicos revisados, que visaram a adaptar-se às condições locais do momento, como pode ser visto na tabela 1.

Observa-se, na estruturação do modelo, dois eixos, um metodológico, de planejamento estratégico, que inclusive o estrutura em momentos e o dota de princípio básicos, e outro, de enfoque, da teoria de determinantes, que orienta a análise e apóia a definição de modelos de atuação. Estes eixos conferem-lhe orientação a necessidades e flexibilidade, interatividade, adaptabilidade, além de outros atributos estratégicos.

O momento Analítico, estruturado com base na teoria dos determinantes, considera elementos do pensamento estratégico e recebe aportes do método OPS/SPT para orientar a concepção de perfis de risco com uma visão situacional. Na análise da resposta em saúde e dos serviços da rede, observa-se a influência do OPS/CENDES e os indicadores de avaliação do PG/OMS.

Visto dessa maneira, a análise transita entre os diferentes espaços, de forma centrípeta, da causa ao efeito e à conseqüente resposta em saúde, particularizando as situações de risco/proteção e avaliando congruência.

No momento Assertivo, a Teoria Geral da Administração, criadora do enfoque estratégico, vai conduzir o exercício, complementada, na sua orientação à saúde, pelas

contribuições do método OPS/SPT e da escola dos determinantes. Esta situação permite a participação social comprometida numa ação futura viável e hierarquizada

Somam-se os aportes dos métodos OPS/SPT, PES, Marco Lógico e PG/OMS, no momento Transacional, com participação, na formulação de políticas, do OPS/CENDES. Estes aportes apoiam a estruturação de planos legítimos, baseados em necessidades, negociados com atores sociais compromissados, num marco contextual de viabilidade futura, lógico e simples em sua formulação,

Finalmente, o momento Operacional/ conjuntural, vai ser orientado pelos métodos PES e OPS/SPT, que pugnam por flexibilidade e adaptabilidade, através de um exercício permanente de avaliação e pesquisa. Incluem-se aportes do método PG/OMS.

O modelo, assim concebido, vem responder a uma série de pressupostos, observados nesta delimitação política, geográfica e populacional.

Aplicabilidade do Modelo no Caso Campo Bom

A experiência Campo Bom, implementada a partir do Modelo de Planejamento Estratégico em Saúde com Base em Determinantes, permitiu realizar a confecção de planos congruentes com a realidade, com aplicação dos elementos predefinidos, com as limitações próprias da natureza segundo tipo de unidade.

Para a elaboração do plano municipal, observa-se ampla participação da estrutura e para planos das Unidades Básicas com modelo PSF, uma base de consenso. No caso das unidades especializadas, detectou-se consciência das necessidades e problemas, ainda que com limitações de informação.

Detectaram-se, nas unidades de saúde com modelo tradicional, restrições de acesso ao conhecimento contextual e dos entornos físico e social, da população alvo e, portanto, dos riscos, fatores e congruência dos serviços, situação que limitou a

construção das propostas aos aspectos próprios da oferta (ver quadro 2), ainda que se incluíram orientações sobre o enfoque de determinantes.

Os resultados da aplicabilidade do modelo ficam ilustrados com um resumo dos enunciados do Plano Municipal de Saúde, contido no quadro 3.

DISCUSSÃO

No início da TGA, quando Fayol apresenta *Administração Industrial e Geral,* em 1908, ao tratar da previsão, sob a máxima "prever es governar", enuncia princípios para o que denominou plano de ação, tais como unidade, continuidade e flexibilidade, referindo que: "uma simples diretiva convém às operações longínquas ..." e que: "... a administração não é um privilégio [...] do chefe [...] é uma função que se reparte entre a cabeça e os membros do corpo social" (1981[12]).

Estes elementos, que mais tarde fundamentariam o pensamento estratégico, demorariam mais de oitenta anos em instrumentalizar-se a partir de múltiplas contribuições (Chiavenato, 1995[11]; Minttzberg, 2004[14]).

Em saúde, no contexto latino-americano, podem identificar-se três etapas do desenvolvimento do planejamento em saúde: a primeira, motivada pela Aliança para o Progresso e as concepções econômicas da época (OPS 1973 b[16]), na qual a saúde se incorpora ao planejamento do desenvolvimento, criando-se um método próprio (Ahumada et al., 1965[18]; OPS, 1973 b[16]).

O método nasce com os escassos elementos estratégicos de seu tempo, aprimorando aspectos operativos de avaliação e programação, que se enriquecem com a discussão sobre formulação de políticas de saúde.

Uma segunda, originada na meta de Saúde para Todos no Ano 2000, que dá lugar a um empreendimento da OMS (1981[24,25,26]) e outro regional (Barrenechea et al., 1990[8]), que apoiados com os aportes de Testa (1989[27]) e Matus (1983[28] e 1987[29]), vão

trazer à saúde um arsenal metodológico atualizado, orientado ao cumprimento da meta e seus componentes. Vão colaborar para mudar concepções em saúde e desenvolver o marco estratégico, que conferirá flexibilidade, adaptabilidade e interatividade ao planejamento sanitário.

E uma terceira, onde a Carta de Ottawa (OMS et al., 1986[33]) e os avanços da teoria dos determinantes (Heath Canada 2000a[34] e 2000b[35]) apoiaram iniciativas para planejar a saúde com novos aportes da metodologia estratégica (Jacobson et al. 1994[36]; Governement du Quebec 1997[37]; WHO-Europe 1998[38]).

A partir dessa evolução, vem se conformar um rico acervo de conhecimentos na matéria, susceptível de ser organizado.

No caso Campo Bom, foi possível a construção e aplicação de um modelo, que sob dois eixos, o estratégico e o da teoria dos determinantes, incluiu uma combinação harmoniosa e apropriada de elementos de vários desenvolvimentos teóricos, que juntos responderam às necessidades de uma situação particular, delimitando perfis de risco e intervenção.

No momento analítico do modelo, estudou-se o meio ambiente, seguindo o pensamento estratégico, para compatibilizar o quefazer em saúde, utilizando contribuições das várias metodologias em saúde; no assertivo, se aproveitaram os ensinamentos da TGA, para delinear a direcionalidade dos planos; e no transacional e operacional, desenvolvimentos estratégicos aplicados à saúde contribuíram a articular os elementos dos planos e prever mecanismos de gestão e controle estratégico.

A aplicabilidade, que se poderia questionar pelas as limitações impostas pela natureza das unidades (Rivera, 1989[43]), com enfoque de oferta ou de procura, conseguiu integrar orientações de promoção da saúde e projetar mudanças na concepção destas, em médio e longo prazos, no Plano Municipal.

No entanto, a composição de elementos e o desenvolvimento deste tipo de propostas dependerão das condições políticas, econômicas, sociais ou de saúde do contexto que corresponda.

Assim, respondendo à hipotética interrogante sobre o possível futuro do Centro Pan-americano de Planejamento, posterior a seu fechamento (Barrancos e Mendes, 1992[44]), considera-se o apoio a instâncias que aprofundem o estudo de um campo plural e integrador, desenvolvendo tecnologias inovadoras próprias e assessorando aos gestores, como um imperativo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.* 8ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2003. Título VIII, Seção II.
2. Brasil. Lei Federal No. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único da Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: *Legislação Federal e Estadual.* , Porto Alegre: Governo do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual da Saúde; 2000.
3. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. *Lei Federal No 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério de Saúde, Assessoria de Comunicação Social; 1991.
4. Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde. Análise comparada de duas experiências. *Cad Saúde Pública* 1997; 13 (4): 723-740.
5. Campos RO. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em estudo de caso. *Cad Saúde Pública* 2000a; 16 (4): 1021-1030.
6. Campos RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2000b; 16 (3): 723-731.

7. Fundação ITAÚ Social, Ministério da Saúde, Instituto de Desenvolvimento da Saúde, Faculdade de Saúde Pública da USP. *Saúde e cidadania. Para gestores municipais de serviços de saúde.* São Paulo: Sonopress; 2001.
8. Barrenechea JJ, Trujillo, UE, Chorni A. *Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Antioquia: Facultad N. de Salud Pública Hector Abad Gómez; 1990.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Planificación de la salud en la América Latina*. Washington (DC); 1973a. (Publicación Científica, 272)
10. Hanlon JJ. *Principles of Public Health Administration.* St. Louis: The C V Mosby Company; 1950.
11. Chiavenato I. *Administração de empresas. Uma abordagem contingencial.* 3ª ed. São Paulo: Makron Books; 1995.
12. Taylor FW, Fayol H. *Principios de la administración científica / Administración Industrial y general.* México (DF): Herrero Hermanos, Sucs., S.A.; 1981.
13. Ansoff IJ. *Corporate Strategy*. EUA: Mc Graw-Hill; 1965.
14. Minttzberg H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico.* São Paulo: Artmed; 2004.
15. Ansoff IJ. *The New Corporate Strategy*. EUA: Wiley & Sars; 1998.
16. Organización Panamericana de la Salud. *Plan decenal de salud para las Américas. Informe final de la III Reunión de ministros de salud de las Américas.* Santiago de Chile, 2-9 de octubre de 1972. Washington (DC): OPS; 1973b.
17. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington (DC): OPS; 1974. (Publicación Científica, 287)
18. Ahumada J, Testa M, Pizzi M, Sarué E, Guzmán AA, Durán H. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud.* Washington (DC): Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela / Organización Panamericana de La Salud; 1965. (OPS - Publicación Científica, 111)
19. Hilleboe HE, Barkhuus A e Thomas WC. *Métodos de planificación sanitaria nacional.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1973. (Cuad Salud Pública, 46)
20. Organización Panamericana de la Salud / Centro Panamericano de Planificación de la Salud. *Formulación de Políticas de Salud.* Santiago, Chile; 1975.

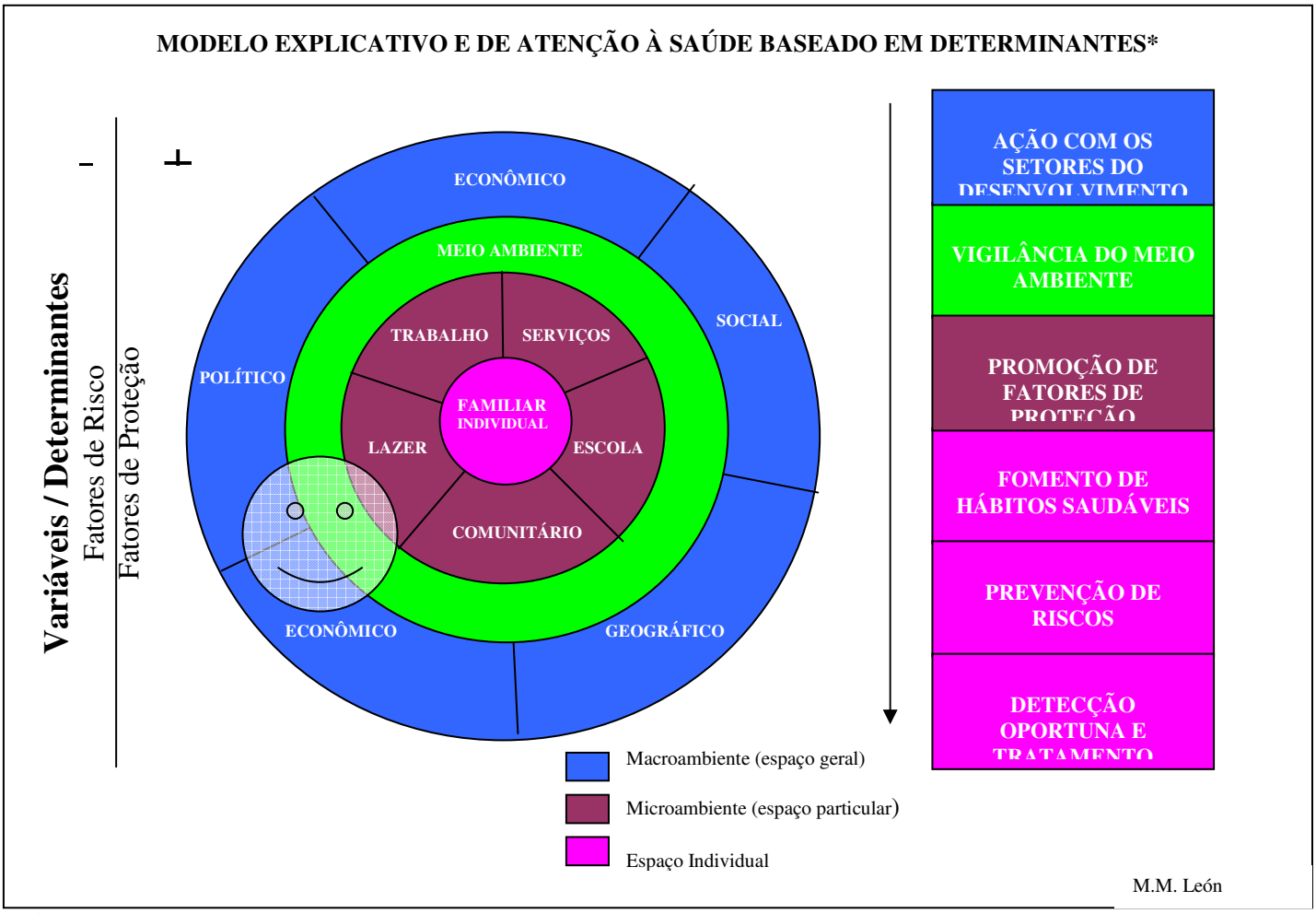
21. Organización Mundial de la Salud. *Orientaciones de trabajo para la programación sanitaria por países. Seminario interregional.* Drubrovnik (Yugoslavia): OMS; 11-17 de noviembre de 1979b.
22. Organización Mundial de la Salud. *Aplicación de la programación sanitaria por países. Informe del seminario interregional.* Drubrovnik (Yugoslavia): OMS; 11-17 de noviembre de 1979c.
23. Organización Mundial de la Salud. *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000.* Ginebra: OMS; 1979a.
24. Organización Mundial de la Salud. *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales*. Ginebra: OMS; 1981a.
25. Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los Programas de Salud. Normas Fundamentales*. Ginebra: OMS; 1981b.
26. Organización Mundial de la Salud. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000.* Ginebra: OMS; 1981c.
27. Testa M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud.* Washington (DC): OPS/OMS; 1989.
28. Matus C. *Planificación de Situaciones.* México: Fondo de Cultura Económica; 1983.
29. Matus C. *Política, planificación y gobierno.* Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1987. (2do. Borrador)
30. Barrenechea JJ, Trujillo EU. *Notas sobre las implicaciones de la meta SPT/2000, la estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados, para la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud.* Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1981-1984. (Documento Borrador)
31. Organización Panamericana de la Salud. *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil.* Washington (DC): OPS; 1986. (Serie Paltex, para ejecutores de programas de salud, 7)
32. Spasoff RA, Hancock T. Canada: maintining progress through health promotion. In: Tarimo E, Creese A. *Achieving health for all by the year 2000. Midway reports of country experiences.* Geneve: Division of Strengthening of Health Services, World Health Organization; 1990.

33. Organización Mundial de la Salud / Salud y Bienestar Social de Canadá / Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Ottawa, Canadá: CPHA; 1986.
34. Health Canada. *Estratégias para la salud de la población: invirtiendo en la salud de los canadienses.* Preparado por el Comité Consultivo Federal y Territorial sobre la Salud de la Población para el Minister of Supply and Services Canada, Ottawa, 1994. Traducido por la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Washington (DC): OPS; 2000a.
35. Health Canada. *Hacia un futuro sano: segundo informe sobre la salud de la población canadiense.* Preparado con la colaboración del ACPH, Estadísticas Canada, Instituto Canadiense de Información Sanitária y un equipo para el proyecto del Centro para la Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, Charlottetown, PEI, 1999. Traducido por la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Washington (DC): OPS; 2000b.
36. Jacobson B, Smith A. and Whitehead M. *The nation's health. A strategy for the 1990s. A report from an independent multidisciplinary committee.* London: King's Fund Centre; 1994.
37. Gouvernement du Québec. *Priorités nacionales de santé publique 1997-2002*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 1997.
38. World Health Organization. Regional office for Europe.*Social determinants of health. The solid factors.* Copenhagen, Denmark: WHO; 1998.
39. Donabedian A. *La Calidad de la Atención Médica. Definición e Métodos de Evaluación.* México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
40. Organización Panamericana de la Salud. *Planificación local participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Washington (DC): OPS; 1999. (Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud, 41)
41. COMIT (Sociedade Alemã para a cooperação técnica). *ZOPP: An Introduction to The Method.* Berlin: COMIT; 1995.
42. Organización Panamericana de la Salud. *Enfoque Lógico para la Geréncia de Projectos en la Organización Panamericana de la Salud (OPS).* Washington (DC): OPS; julio de 1993.
43. Rivera JU. *Planejamento e Programação em Saúde. Um Enfoque Estratégico*. Trad. de Artmann E. São Paulo (SP): Cortez Editora / ABRASCO; 1989.

44. Barrancos D, Mendes EV. *Memória de planificadores: otra história de la planificación de la salud en América Latina y el Caribe.* Washington (DC): Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, OPS / OMS; 1992. (Serie de Informes Técnicos,9)

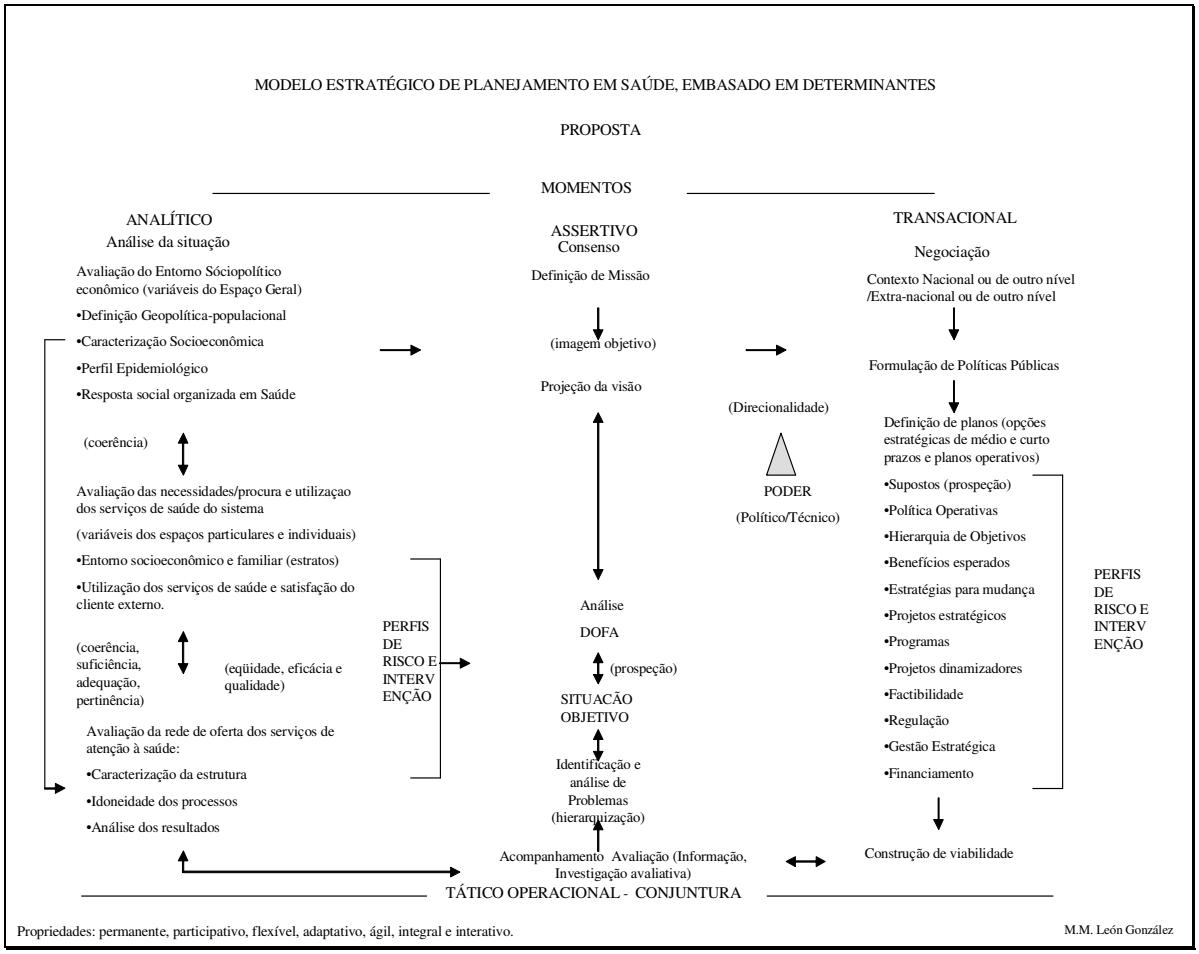
ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1



***Nota**: adaptação do modelo de determinantes para seu uso no Planejamento Embasado em Perfis de Risco.

FIGURA 2


MODELO ESTRATÉGICO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE, EMBASADO EM DETERMINANTES
PROPOSTA
MOMENTOS
ANALÍTICO
Análise da situação
Avaliação do Entorno Sóciopolítico econômico (variáveis do Espaço Geral)
•Definição Geopolítica-populacional
•Caracterização Socioeconômica
•Perfil Epidemiológico
•Resposta social organizada em Saúde
(coerência)
Avaliação das necessidades/procura e utilizaçao dos serviços de saúde do sistema
(variáveis dos espaços particulares e individuais)
•Entorno socioeconômico e familiar (estratos)
•Utilização dos serviços de saúde e satisfação do cliente externo.
(coerência, suficiência, adequação, pertinência)
(eqüidade, eficácia e qualidade)
Avaliação da rede de oferta dos serviços de atenção à saúde:
•Caracterização da estrutura
•Idoneidade dos processos
•Análise dos resultados
PERFIS DE RISCO E INTERVENÇÃO
ASSERTIVO
Consenso
Definição de Missão
(imagem objetivo)
Projeção da visão
Análise
DOFA
(prospeção)
SITUACÃO OBJETIVO
Identificação e análise de Problemas (hierarquização)
Acompanhamento Avaliação (Informação, Investigação avaliativa)
(Direcionalidade)
PODER
(Político/Técnico)
TRANSACIONAL
Negociação
Contexto Nacional ou de outro nível /Extra-nacional ou de outro nível
Formulação de Políticas Públicas
Definição de planos (opções estratégicas de médio e curto prazos e planos operativos)
•Supostos (prospeção)
•Política Operativas
•Hierarquia de Objetivos
•Benefícios esperados
•Estratégias para mudança
•Projetos estratégicos
•Programas
•Projetos dinamizadores
•Factibilidade
•Regulação
•Gestão Estratégica
•Financiamento
PERFIS DE RISCO E INTERVENÇÃO
Construção de viabilidade
TÁTICO OPERACIONAL - CONJUNTURA
Propriedades: permanente, participativo, flexível, adaptativo, ágil, integral e interativo.
M.M. León González

QUADRO 1

Quadro 1. Análise de coerência metodológica do Modelo Estratégico de Planejamento com Base em Determinantes

Componente	Procedência metodológica*	Justificativa
Conceito de momento	PES, OPS/SPT	Interativo, flexível
Princípios	PG/OMS, PES, OPS/SPT, Determinantes	Estratégico, ágil, com base em necessidades
Momento Analítico (analise de situação)	TGA, PÉS, OPS/SPT, Determinantes	Centrípeto, situacional, perfis, apoia SWOT
Espaço Geral (contextual)	TGA, PÉS, Determinantes	Contextualizado
Perfil Epidemiológico (de risco/proteção)	OPS/SPT, Determinantes	Perfis de determinantes, riscos, grupos e áreas
Resposta Social Saúde	OPS/CENDES, PG/OMS	Intersetorial, instituição
Entorno (necessidades e demanda. Estratos)	TGA, PÉS, OPS/SPT, Determinantes	Análise situacional, por grupos, riscos e fatores
Utilização e satisfação	PG./OMS, OPS/SPT	Congruente, viável
Avaliação Rede	OPS/CENDES, PG/OMS	Atuação/ necessidades
Momento Assertivo (consenso)	TGA, PÉS	Consenso participativo, compromisso social
Definição Missão	TGA	Consenso, participativo
Projeção Visão	TGA	Consenso, participativo
Analise SWOT	TGA	Análise contextuada
Situação Objetivo	PÉS, OPS/SPT	Projeção futura viável
Problemas	OPS/SPT, Determinantes	Hierarquização
Momento Transacional (negociação)	PÉS. OPS/SPT	Previsões negociadas
Formulação Políticas	OPS/CENDES, PÉS, PG./OMS	Legítimo
Supostos	ML	Cálculo de cenários
Hierarquia de objetivos	OPS/SPT, ML	Direção
Benefícios Esperados	OPS/SPT, ML	Expetativa/resultado
Estratégias	OPS/SPT, PG./OMS	Compatível c/contexto
Projetos, Programas	OPS/SPT, PG./OMS, ML, OPS/CENDES	Sistematizado
Recursos (factibilidade)	Todas	Fatível
Gestão	OPS/SPT, PES	Congruente
Construção Viabilidade	OPS/SPT, PES	Compromisso Social
Momento Operacional (conjuntural)	PÉS. OPS/SPT	Flexível, adaptável, conjuntural
Operação	PÉS. OPS/SPT	Flexível, adaptável
Informação	PÉS. OPS/SPT, PG./OMS	Retroalimentável
Monitoramento	OPS/SPT	Situacional, conjuntural
Avaliação	PÉS. OPS/SPT, PG./OMS	Flexível, adaptável
Pesquisa Avaliativa	OPS/SPT	Adequado, Apropriado
Redirecionamento	PÉS. OPS/SPT	Flexível, adaptável

***Siglas: PÉS**: Planejamento Estratégico Situacional; **PG./OMS**: Processo de Gestão para o Desenvolvimento Nacional da Saúde da OMS; **OPS/SPT**: Orientação estratégica da OPS sobre as implicações do Planejamento e a Administração para o alcance da meta de SPT2000; **TGA**: Teoria Geral da Administração; **Determinantes**; Enfoque de Determinantes; **Qualidade**: movimento da qualidade; **OPS/CENDES**: Problemas conceituais e metodológicos da Programação em Saúde; **ML**: Marco Lógico para a Gerência de Projetos; **SWOT**: Análise de pontos fortes e fracos da instituição e ameaças e oportunidades do contexto.

QUADRO 2

Quadro 2. Grau de aplicabilidade do Modelo de Planejamento Estratégico em Saúde com Base em Determinantes no caso Campo Bom, segundo nível ou tipo de Unidade. Planos 2002-2004.

ELEMENTO	PMS	UBPSF	UBMTO	UEP
***Análise de situação*:**	S	S	D	L
Contextual (Espaço Geral)	S	S	N	S
Perfil Epidemiológico (de risco/proteção)	S	S	N	L
Resposta Social Saúde	S	S	L	S
Particular/ Ind (necessidades e demanda. Estratos)	S	S	N	L
Utilização e satisfação	S	S	D	S
Avaliação Rede	S	S	L	S
Direcionalidade (consenso):	S	S	N	L
Definição Missão	S	S	L	S
Projeção Visão	S	S	D	S
Analise SWOT	S	S	N	S
Situação Objetivo	S	-	-	-
Problemas	S	S	L	S
Previsões (negociação):	S	S	N	S
Políticas Públicas	S	-	-	-
Supostos	S	-	-	-
Hierarquia de objetivos	S	S	L	S
Benefícios Esperados	S	S	L	S
Estratégias	S	S	L	S
Projetos, Programas	S	S	L	S
Recursos (factibilidade)	S	S	L	S
Gestão	S	S	S	S
Indicadores Avaliação	S	S	L	S

Notas: S, aplicação suficiente; **L**, limitada; **D**, deficiente; e **N**, nula.
Níveis dos planos: PMS: Plano Municipal de Saúde; **UBPSF**: Unidades básicas de saúde com Programa de Saúde da Família; **UBMTO**: Unidades básicas de saúde com modelo tradicional, baseado em oferta de serviços; **UEP**: Unidades especializadas, baseadas na procura de serviços; **SWOT**: Análise de pontos fortes e fracos da organização e ameaças e oportunidades do contexto.

QUADRO 3

Quadro 3. Resumo de enunciados, por componentes, do Plano Municipal de Saúde de Campo Bom 2002-2004

ELEMENTO	RESUMO DE ENUNCIADOS DO PMS 2002-2004
Análise de situação	Município, jovem, metropolitano, intermediário, industrial (sapato), de imigrantes alemães, em transição social, econômica, demográfica e epidemiológica, com perfil de riscos ligado a estilos de vida e de trabalho. Serviços de saúde descentralizados, prioridade política, com heterogeneidade de modelos de atendimento, isolamento e centralização de ações coletivas, incipiente desenvolvimento do planejamento, regulação e controle. Problemas de cobertura e integralidade.
Definição Missão	Proteger e melhorar saúde, garantindo acesso e participação dos diferentes grupos, com conhecimento dos determinantes e perfis de risco e um modelo de atenção congruente.
Projeção Visão	Ser referência de sistema municipal, integral, participativo, eqüitativo e universal, com reordenamento da estrutura central reguladora e rede operando modelo de atenção integral e universal, enfocado a determinantes.
Análise SWOT	Prioridade e vontade política, intencionalidade de adequação; carência de infra-estrutura, divergência de modelos, problemas de apoio à gestão e recursos; resquícios na infra-estrutura social; crescimento industrial, participação social, população trabalhadora e política social explícita.
Situação Objetivo	Posterior à análise prospectiva da evolução de variáveis contextuais, projeta-se reforma estrutural da SMS e instrumentação de um modelo congruente com necessidades, integral, participativo, eqüitativo e universal, com processos de gestão apropriados.
Identificação de Problemas	Limitações técnico-administrativas, de instrumentos de participação social, viabilidade econômica, capacitação e treinamento, infra-estrutura e construção de viabilidade.
Objetivos (Fim)	Contribuir para o desenvolvimento de Campo Bom, cuidando e melhorando a saúde e bem-estar, através do cuidado dos estilos de vida, entornos, ambiente e contexto sócioeconômico e um sistema de saúde, com modelo coerente com as necessidades e princípios da reforma sanitária.
Estratégias	Participação para o Bem-estar; Saúde e Desenvolvimento; Enfoque de Determinantes; Gestão Compartilhada; Modelo com Base em Evidências; Transdisciplinariedade; Satisfação de Clientes Interno e Externo; Universidade Promotora.
Projetos	1. Análise e Vigilância da Saúde; 2. Planejamento e Desenvolvimento da Saúde; 3. Promoção para a Proteção da Saúde; 4. Meio Ambiente e Saúde; Prevenção de Riscos e Atenção à Saúde; Administração Estratégica.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo