

## A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico

*Francisco Javier Uribe Rivera\**

*O presente trabalho faz uma análise crítica de várias formas ou metodologias de programação sanitária tais como o método CENDES/OPS e o enfoque baseado na análise ampla do risco. A alternativa sobre a qual se fixa é um tipo de programação, ainda não completamente elaborada, que tem como fundamentos teóricos a planificação situacional e o enfoque da epidemiologia social.*

### INTRODUÇÃO

Este trabalho se propõe a contribuir para a reformulação do enfoque metodológico, de caráter normativo, que tem dominado o âmbito da programação local de saúde, utilizando para tal efeito conceitos do planejamento estratégico e situacional.

O objetivo central é formular um conjunto de premissas que se traduzam em um modelo teórico de programação diferente do simples cálculo econômico e mais próximo do conceito amplo de necessidades de saúde. Na tentativa de construção de tal enfoque, procura-se incorporar algumas contribuições teórico-metodológicas importantes para o campo setorial como os últimos enfoques metodológicos veiculados pela OPS em relação à "estratégia" de SPT/2000 e o planejamento situacional de Carlos Matus.

O modelo dos SUDS e dos Distritos Sanitários é utilizado, por outro lado, na definição do que denominamos os novos requisitos da programação (ou o conjunto de premissas de um novo enfoque). Este tipo de contextualização da discussão é necessário na medida em que assumimos que a construção teórico-metodológica deve ser feita observando-se o princípio de coerência com a organização dos serviços (ou com as propostas de organização).

Do ponto de vista metodológico-instrumental, o foco do trabalho está representado pela definição e explicação dos problemas de saúde e pelo desenho normativo. Neste particular, especial ênfase é dada à necessidade de precisão das desigualdades sociais no campo da saúde, tendo em vista a instrumenta-

\* Departamento de Administração e Planejamento de Saúde/ FNSP-FIOCRUZ

lização de mudanças que tenham como resultado mais equidade no enfrentamento dos problemas.

## A CRÍTICA DA PROGRAMAÇÃO LOCAL TRADICIONAL

A crítica da programação local está dirigida invariavelmente ao método CENDES/OPS (1) (1965), por ser esse método talvez a única expressão acabada de um enfoque normativo da programação no setor saúde. No entanto, essa crítica deve ser aplicada a todas as variantes que compartilham com o Método da visão normativa do Planejamento, cujas características limitativas são enumeradas a seguir.

1. O enfoque normativo reduz a programação à dimensão exclusiva de uma técnica de estimativa de recursos e de otimização econômica. Este privilégio do critério de eficiência econômica na utilização de recursos escassos (tal como acontece na fundamentação doutrinária do Método), aproxima a metodologia de programação local do campo dos enfoques programáticos baseados na mera oferta de recursos, em detrimento das necessidades de saúde. Essa aceção da programação local implica o predomínio paradigmático do ideal do crescimento e da produtividade sobre a equidade, que se expressa, operacionalmente, na utilização de indicadores de pouca sensibilidade para captar as desigualdades entre grupos sociais. A relação de custo-benefício, que embasa as técnicas de programação local de corte tradicional, comporta apenas indicadores sobre os custos econômicos e sobre os parâmetros de resolutividade tecnológica; no máximo, indicadores epidemiológicos relacionados com a mortalidade por danos específicos e população inespecífica. Por via de consequência, a metodologia de programação local não tem considerado devidamente as possibilidades redistributivas da regulação sanitária.

2. A programação local tem sido considerada como um nível de menor agregação da função Planejamento, em que prevalece quase que exclusivamente a factibilidade dos recursos. Colocada em uma situação de posterioridade na seqüência temporal que caracteriza o Planejamento Tradicional (posterioridade que é definida pela menor agregação e pela localização em um âmbito mais baixo da organização institucional), à programação local é atribuída uma função predominantemente técnica, à que não cabe se importar com a viabilidade política. O político é definido como um dado que antecede e se superpõe à programação, condicionando seus parâmetros. Esse reducionismo tecnocrático da programação se prende ao uso rígido do conceito de etapa e de seqüência, uso que no Planejamento Tradicional equivale a visão de fases que acontecem antes e depois, em um espaço temporal absoluto.

Do anterior se deduz que a programação, assim como se separa do político, também se separa da gerência. Conclusivamente, a programação tradicional assume como dados externos ao modelo programático os dados políticos, institucionais e tecnológicos (no sentido da armação tecnológica da rede e dos condicionamentos industriais), ou como referências preexistentes.

3. A programação local tradicional, quando tenta se aproximar das necessidades, o faz a partir dos danos de saúde, negligenciando as condições de vida ou as condições de reprodução social das mesmas, de forma que reduz as necessidades ao plano setorial ou das condições de saúde. Essa operação, que invalida a aproximação, explica-se pela ausência de um modelo de determinação causal que permita a compreensão da realidade pela mediação de níveis de determinação essencial. A permanência no nível epifenomênico da realidade permite apenas que se percebam fenômenos sanitários, mas não permite conhecer ou explicar.

4. A programação local (na linha do Método), ao voltar-se sobre recursos abstratos (a organização otimizada dos mesmos através da normatização instrumental), promove a descaracterização político-institucional do atendimento. Esta visão histórica dos recursos contribui para uniformizar a priori as diferentes instâncias institucionais que conformam o sistema e dificulta a explicação do seu movimento e a atuação eficaz.

5. Enquanto técnica de estimativa de recursos, a programação local tem sido aplicada divorciada da "programação regional" (ou da programação de rede), isto é, tem assumido preferencialmente como objeto, as unidades locais de saúde, considerando, em separado, os níveis de complexidade tecnológica que compõem um sistema local ou regional. Esses níveis são assumidos, como já se insinuou, como dados preexistentes, ou não são considerados absolutamente, o que pode resultar em uma asincronicidade estrutural da rede (dos diversos componentes) e em uma limitação séria da eficiência. A falta de integração e a duplicidade é a conseqüência natural de uma falta de formulação simultânea dos âmbitos de rede e de unidade local.

6. A sistemática da programação falha ao concentrar-se na análise e instrumentalização de problemas sanitários exclusivamente programáveis no âmbito setorial, isto é, em objetos parciais que são passíveis de transmutar-se em ações sanitárias. O ponto de partida único da programação (ou a abertura programática) está representado pelos critérios de morbidade, composição populacional (por sexo e idade) ou pelas ações sanitárias (bastante desagregadas). Esse ponto de vista esquece que os problemas atravessam os setores e que, portanto, o predomínio do conceito operacional de

programa setorial sobre o conceito amplo de problema abstrai um espaço extenso de imbricações que fazem parte do conceito ampliado de saúde.

7. A abstração do nível político se acompanha de uma compreensão "cientificista" do nível da programação, que se expressa no desconhecimento do papel dos atores sociais na formulação e implementação de tal nível. Esse desconhecimento leva a uma formulação rígida e egocêntrica dos programas de atuação, que limita a viabilidade. A presunção de que um único ator programa e que esse ator o faz apoiado na objetividade da ciência, o que provoca um alheamento do ator da realidade que programa, tem como resultado uma abordagem do diagnóstico e das outras "fases" da programação que se destaca pelo monolitismo e a inflexibilidade. Esta rigidez normativa é a causa talvez mais importante do fracasso dos documentos de programação.

8. A indefinição de uma intencionalidade que tenha como alvo o sistema de serviços (justificada em grande parte pela falta de comunicação entre o político e o técnico, ou pela colocação em separado de ambos os fatores), ou o emprego exclusivo e implícito de uma situação-objetivo no espaço das condições de saúde (como no Método a prevenção do maior número de mortes ao menor preço), colocam-se como obstáculos à definição e priorização dos problemas, de maneira que ocorre uma dificuldade prática para reconhecer os problemas relativos aos meios fundamentais e, por conseguinte, para encaminhar uma mudança dos mesmos que venha a ensejar melhores condições de saúde, enquanto critério de eficácia.

9. A excessiva centralização técnica que acompanha as experiências de programação é um sucedâneo das experiências políticas vividas, mas pode ser impudada também, a título parcial, à metodologia ou ao enfoque programático, na medida em que os enfoques tradicionais de planejamento/programação não incorporam a problemática organizacional ou a incorporam na forma reprodutória de departamentos de planejamento situados no ápice organizacional, ou seja, não se tem dado a necessária prioridade à criação de um sistema absolutamente descentralizado de programação, que possibilite a participação efetiva da população na geração da informação e da linguagem dos programas.

10. A própria linguagem elaborada no interior dos sistemas de planejamento, consentânea aos critérios de quantidade com que trabalha, destaca-se pela ausência de informação qualitativa ou de afirmações de qualidade (que traduzam conceitos sobre o político e o social), o que tende a empobrecê-la e a "viesá-la". À centralização organizacional corresponde uma con-

centração do nível informacional em espaços “arquetípicos” exclusivamente preenchidos pela tecnocracia. A maior qualificação da linguagem e sua simplificação (o que subentende uma tarefa cultural) foram exigências escamoteadas pela técnica programática, na medida em que não havia uma compreensão do planejamento enquanto um sistema comunicacional (que abre ou fecha espaços de participação e de conhecimento/ação).

Esta listagem de elementos de uma crítica da programação local, poderia ser ampliada; mas, ela representa, em uma aproximação a uma síntese, uma lista suficiente das limitações não só da programação quanto do planejamento normativo como um todo. É que, em nenhuma circunstância, justifica-se a separação entre planejamento e programação, como em geral se patrocina, e, justamente é isso que tem-se procurado questionar aqui. A idéia de uma seqüência temporal rígida, junto com a noção de um nível superior (apanágio da política) que predomina sobre um nível inferior (apanágio do técnico), em uma escala hierárquico-organizacional, compõem algumas das “epistemes” mais controversas do discurso normativo.

#### A CONTRIBUIÇÃO DO ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA SPT/2000 (2)

Este enfoque é arrolado, no espaço desta discussão, como uma contribuição importante à crítica metodológico-operacional da programação em saúde e como um subsídio para a elaboração de um novo enfoque, mais próximo do conceito de necessidades sociais e de saúde. O fato de significar um avanço metodológico-instrumental não exclui tal enfoque de limitações, que necessariamente deverão ser registradas.

O enfoque em questão tenta se aproximar do conceito de necessidades de saúde através do critério das condições de vida, o qual define uma divisão da sociedade em grupos humanos diferenciáveis, que se encontram em diferentes níveis relativos de postergação ou atraso (social), e, em relação a esses níveis, o enfoque postula uma máxima prioridade aos grupos mais postergados. A proposta assume como imagem-objetivo o logro de SPT/2000 (com uma série de características não sempre bem definidas) e como estratégia fundamental a de atenção primária, definida em um sentido amplo, como um novo arranjo sistêmico.

A questão operacional mais importante, consiste na identificação dos grupos humanos postergados como decorrência da desigual distribuição da renda social. A tentativa de resolução do problema pressupõe a aceitação de que existem desigualdades entre os espaços (geográficos) e entre os grupos humanos que integram uma sociedade determinada. E que as categorias de

pobreza-riqueza (como cristalizações polares de um contínuo que expressa as desigualdades nas condições de vida) admitem uma distribuição espacial característica. A identificação diferencial dos grupos humanos envolve um processo que parte da definição de espaços geográficos pequenos (dando conta de grupos humanos homogêneos no social) e que implica a posterior aferição das condições de vida, mediante indicadores sociais e econômicos, e, das condições de saúde (indicadores de morbomortalidade), de maneira a validar a hipótese da identidade entre espaço geográfico e concentração dos grupos sociais diferenciáveis (ou a rejeitar, colaborando, de qualquer forma, para a identificação de grupos mais homogêneos). Em termos operacionais, a definição dos grupos humanos (segundo a postergação humana) não se esgota com a definição de espaços geográficos homogêneos no que diz respeito às condições de vida (e o estabelecimento de um diferencial de postergação entre os grupos), mas abrange também a definição, ao interior dos espaços, de "tramos" ou grupos de população segundo critérios de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde (graus de concentração e dispersão populacional em relação à localização dos serviços) e de resolutividade. O enfoque prega que existe uma certa correspondência entre os critérios condições de vida e acessibilidade, de sorte que este último pode servir como aproximação ao primeiro. Os dois critérios permitiriam, em última análise, a ordenação dos grupos segundo graus de prioridade.

As críticas a este procedimento de identificação de grupos humanos são várias, dentre elas:

- a própria dificuldade de identificação de espaços geográficos suficientemente pequenos para sediar uma população homogênea;
- o tipo de indicador postulado pelo enfoque para aferir as condições de vida, como renda ou produto regional, a disponibilidade de serviços, os recursos de saúde etc., que denotam a situação dos grupos humanos em relação à distribuição e consumo de bens e de serviços, mas que não expressam as condições de inserção deles no modo de produção e suas condições de reprodução social;
- a identificação, questionável, entre acessibilidade aos serviços de saúde e condições de vida; a impossibilidade, portanto, de substituir, operacionalmente, as condições de vida (quando dificilmente mensuráveis ou qualificáveis) pela acessibilidade.

Destas críticas, a mais insistentemente colocada, e, a que expressa uma maior dificuldade operacional

(da que não fica isenta nenhuma aproximação metodológica), está relacionada com a definição de grupos humanos de acordo com o seu lugar na formação social, a nível estrutural (tal dificuldade está implícita no conceito operacional de perfil epidemiológico-social a partir da noção de classes).

De qualquer maneira deve ficar registrada a contribuição que o enfoque faz no tocante à definição de grupos humanos prioritários e problemas de saúde prioritários pela via de uma aproximação ao conceito de necessidades sociais, que implica um cálculo duplo (em que o primeiro engloba o segundo).

- Grupo social (espaço, condições de vida) X transcendência social X acessibilidade (prioridades entre grupos)
- Problema de Saúde (morbidade X grupo) X transcendência X vulnerabilidade (resolutividade) (prioridades entre nosologias).

Um traço característico do enfoque é o uso da análise de risco, em um sentido ampliado, na definição das categorias de problemas e na formulação das estratégias de ataque. Esse uso permite estudar os problemas de saúde detetados ao interior dos grupos em relação aos fatores de risco condicionantes, e definir, em seguida, as estratégias de ataque segundo o "domínio" setorial, o que implica a formulação de ações intra e extra-setoriais (vide instrumentos específicos no documento respectivo).

A mais séria limitação da análise de risco está representada pelo fato de que, embora ela possa provar estatisticamente algum nível de causalidade via risco relativo e absoluto, não permite identificar em que nível de hierarquia causal e em que processo de imbricação causal se encontram os diferentes fatores de risco. Isto equivale a afirmar que uma análise deste tipo não resolve a identificação dos nós críticos ou dos processos explicativos de alto poder de determinação e de alta sensibilidade em relação ao problema que se quer mudar. A identificação ou visualização de processos prioritários (tendo em vista a necessidade de intervenção, o que subentende evidentemente as possibilidades reais de atuação) exige a formulação de um modelo de explicação causal da realidade, que estratifique a realidade por níveis de determinação e condicionamento (e que trabalhe com diferentes espaços de definição dos problemas, como se postula mais adiante).

Outra questão que se observa em relação à definição dos problemas (condições de saúde e fatores de risco) é a falta ou nenhuma ênfase colocada no papel ativo jogado pelas metas traçadas pelo ator que planeja, na determinação das áreas-problemáticas ou dos problemas definitivos (tal determinação não é absoluta-

mente objetiva, mas relativizada pelos diferentes atores e suas intenções).

Sem tocar em outros aspectos do enfoque que dizem respeito à implementação, ao sistema de monitoria e avaliação estratégica e ao componente organizacional e informacional (desenvolvidos a nível de sugestões em geral bem encaminhadas), é importante assinalar uma última contribuição metodológico-instrumental do enfoque, expressada pela aproximação à definição da combinação de atividades (função de produção) a partir dos grupos e subgrupos humanos (e seus problemas de saúde) segundo níveis de complexidade. O enfoque postula a necessidade de definir tal combinação ao interior do momento programático e em relação a critérios populacionais e epidemiológicos, e, não de oferta préexistente. A programação das atividades selecionadas (de acordo com tais parâmetros) por tipo de nível de complexidade (unidade) é o passo final da "fase" de desenho proposta. A relativa sincronicidade entre um tipo de programação de rede e a programação por unidade é um avanço em relação à prática tradicional da programação em saúde.

#### A CONTRIBUIÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA SOCIAL EM CONEXÃO COM O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E SITUACIONAL.

Esta contribuição se refere aos trabalhos desenvolvidos no campo do planejamento estratégico-situacional por Carlos Matus e no campo da Epidemiologia Social por Pedro Luis Castellanos. Esses trabalhos se intersectam na esfera da explicação dos problemas e dos fatos da realidade, em geral, e dos problemas da saúde-doença, em particular. Um tipo de conexão particular se estabelece na formulação de um modelo de descrição e de explicação de problemas que identifica o complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes planos e espaços, que geram aqueles.

Matus (3) utiliza na descrição e explicação dos fatos da realidade 3 níveis ou planos situacionais:

— plano 1 da fenoprodução ou da produção de fatos: é o fluxo dos fatos tal como são percebidos (como fenômenos);

— plano 2 das fenoestruturas ou das acumulações no sentido amplo (econômicas, políticas, ideológicas etc.): corresponde às cristalizações dos fatos em formas de (acúmulo ou estoque) poder, que condicionam a produção de fatos (capacidade de produção); é o plano dos atores e das organizações sociais por excelência;

— plano 3 da genoestrutura ou das leis básicas (a nível do modo de produção, da estrutura jurídico-



política e das formas ideológicas) que determinam a variedade do possível nos planos 2 e 1.

Nesta classificação cabe ao nível 2, através da produção de fatos, o papel de condicionamento e de produção das regras básicas (condicionamento no sentido da definição do espaço do não possível; sentido reprodutório.

Castellanos (4), em um esforço quase simultâneo com Matus, propõe uma forma de aproximação nos fenômenos da saúde e doença, que integra 3 dimensões ou espaços de definição e explicação:

- o espaço singular, que expressa as variações dos fatos entre indivíduos ou entre agrupamentos populacionais por atributos individuais; é o espaço de um problema saúde;
- o espaço particular, que expressa variações entre grupos sociais de uma mesma sociedade e em momento dado (grupos que diferem em suas condições objetivas de existência); é o espaço da saúde de um grupo de população;
- o espaço geral, que expressa os fluxos de fatos que correspondem à sociedade em geral.

Estes espaços são recursivos no sentido de que o espaço do geral inclui o do particular e este o do singular. Os espaços superiores têm uma relação de determinação da variedade possível dos espaços de menor hierarquia. No sentido contrário há uma relação de condicionamento ou de produção/reprodução dos níveis superiores.

O modelo de Castellanos incorpora os níveis ou planos explicativos de Matus (e vice-versa) e produz a matriz explicativa definitiva, em que a cada espaço de definição e explicação corresponde um conjunto de acumulações, leis e princípios específicos ou pertinentes apenas ao âmbito de definição escolhido (cada espaço tem suas próprias leis). Ao interior de cada espaço também há relações de condicionamento e de determinação, nos moldes mencionados (de determinação, do superior ao nível inferior hierárquico e de condicionamento, no sentido contrário).

Segundo Matus a noção de espaço corresponde às fronteiras ou limites definidos para a descrição e explicação do problema (as "bordas" do problema) e às possibilidades de atuação, podendo se identificar com o nível institucional ou com o âmbito setorial (de regulação do problema).

À medida que se amplia o espaço na busca de novos limites explicativos (diluindo o espaço singular no espaço particular e geral) aumenta a potência explicativa do modelo e aumenta concomitantemente o espectro de dificuldades operacionais pela exigência cada vez maior de recursos de poder, econômicos e tecnológicos.

O modelo completo de Castellanos é apresentado no quadro 1. Esse modelo é assumido recentemente por um grupo ligado a OPS, que produz um "Esquema Tentativo para a Análise das Implicações de APS e de SPT/2000" (5) (1987). A grande contribuição de tal esquema reside na definição e explicação dos problemas sanitários, que instrumentalmente se operacionaliza mediante a construção do fluxograma situacional de Matus. O fluxograma consiste na definição de todos os processos explicativos ou nós explicativos de um problema e de suas relações (redes situacionais), em todos os planos e espaços. A seleção do espaço é opcional e como já se aventou tem a ver com a potência explicativa e as possibilidades de intervenção. Construindo o fluxograma o passo seguinte consiste na definição dos nós críticos ou dos processos explicativos de maior potência e de maior sensibilidade de mudança (aqueles que ao mudarem suas características terão um maior impacto sobre o VPD ou vetor de definição do problema que se quer mudar). Uma ilustração de um modelo geral de fluxograma se apresenta no quadro 2.

Definidos com precisão os problemas e os nós críticos (mediante o fluxograma), entra-se no momento do desenho normativo ou da definição do programa direcional (programa que tem eficácia direcional para atingir a situação-objetivo). Este desenho implica, segundo o planejamento situacional de Matus, a determinação dos módulos de intervenção (conjunto recursivo dos projetos de ação, das operações e das ações) que vão enfrentar os problemas.

O MODELO DE CASTELLANOS

PLANOS ESPAÇOS	REGRAS	ACUMULAÇÕES
GERAL	Regras Básicas gerais de uma sociedade em um momento dado	Características da sociedade que determinam os fatos gerais
PARTICULAR	Regras da reprodução social das condições objetivas de existência de um grupo social e as regras do modelo assistencial	Características biológicas, ecológicas, ideológicas e econômicas do grupo (que expressam as condições de existência) e do tipo de relações com o modelo assistencial
SINGULAR	Leis de variação dos agentes hospedeiros e dos riscos/ Leis para cada tipo de patologia/ Leis que regulam a institucionalidade assistencial	Características do grupo populacional e do modelo assistencial que condicionam os fatos do problema específico de saúde (formas de vida e condutas individuais - estilos de vida/ grupos de risco)

ARTIGO

A proposta operacional de Matus é a de trabalhar com matrizes operações/problemas e com módulos internos (subplanos) O/P, de maneira a cotejar diretamente o módulo dos problemas com o módulo das operações, facilitando o reconhecimento direto dos nós críticos envolvidos na ação e a própria avaliação da ação face a cada problema. Ex:

MATRIZ O/P

Módulo O/P (subclassificação por âmbito institucional de atuação)	P \ 0	01	02	03	ON
	Pr1	N1 N2			
	Pr2	N2 N3			
	⋮				
	Pr1				

QUADRO Nº 2.

MODELO DE FLUXOGRAMA SITUACIONAL

Planos Espaços	Regras Básicas	Acumulações	Fluxos de Produção	VDP
GERAL	N1 →	N2		
PARTICULAR	N3 ←	N4 →	N5	
SINGULAR	N6	N7	N9 →	R1 R2 R3
		N8		

EXPLICANDO=====FXPLICADO

## O SUDS, OS DISTRITOS SANITÁRIOS E OS REQUISITOS DA PROGRAMAÇÃO

O ato de criação do "Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde" (Decreto n.º 94.657, de 20/07/87) representa um passo a mais no sentido da construção do Sistema Unificado de Saúde, nos moldes preconizados pela Reforma Sanitária. Em vários estados já se assinaram protocolos de intenção entre o MPAS, o MS e Governos Estaduais visando à implantação do SUDS. Os documentos técnicos pertinentes vêm assumindo a construção operacional dos Distritos Sanitários como as unidades básicas a partir das quais se construirão os SUDS. Os Distritos Sanitários representam, portanto, os módulos básicos do processo de planejamento/programação, o objeto principal da programação local. Neste espaço a intenção é analisar algumas diretrizes e critérios operacionais dos SUDS e dos Distritos e estabelecer a partir daí alguns requisitos que o sistema de planejamento teria que observar no campo do enfoque metodológico e instrumental, para resgatar o princípio de coerência básica entre sistema de saúde e metodologia programática. Para esse efeito assume-se o documento "Subsídios para a Implantação do SUDS no RJ" (6) (1987).

Entre as diretrizes básicas que permeiam a implantação do SUDS/RJ, ressaltam-se:

1. a Universalização da Assistência e plena garantia do acesso igualitário;
2. o aprofundamento da integralidade e a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde;
3. a integração, regionalização e hierarquização de todas as instituições... de acordo com as características populacionais e epidemiológicas do Estado;
4. a descentralização efetiva.

A primeira diretriz refere-se ao acesso equável da população, "dando prioridade às populações carentes e desassistidas" (diretriz específica pág. 7). Entre os pressupostos que dão consistência metodológica a essa diretriz "acredita-se que a melhor maneira de repensar o papel dos serviços de saúde é a partir dos perfis epidemiológicos da população, base que possibilitará estimar recursos em função das demandas ou necessidades, saindo do falso dilema de tentar aumentar a produtividade ou resolutividade de recursos, quase sempre inadequados às demandas de saúde da população" (pág. 6).

A formulação acima mencionada aponta uma exigência básica de ordem metodológica, qual seja a necessidade de programar apoiado em uma prioridade substantiva a ser dada às populações carentes. O marco

de referência envolvido, na postulação, incorpora a necessidade de definir grupos de população prioritários a partir de suas condições de vida e de reprodução social (espaço do particular, dos grupos sociais) e do perfil epidemiológico respectivo.

A segunda diretriz, que diz respeito ao aprofundamento da integralidade, deve ser entendida também como integralidade extra-setor, dentro do conceito ampliado de saúde. Na análise das características dos Distritos, o documento em pauta esclarece que "como consequência do entendimento ampliado do conceito de saúde, o D. S. não desenvolverá só funções médico-assistenciais, também dever-se-á constituir num locus privilegiado para a intervenção sobre os fatores causais ou associados, de riscos para a saúde dos habitantes da área" (pág. 14).

Esta segunda diretriz nos remete às limitações da atuação setorial e nos coloca diante da necessidade de trabalhar com problemas que atravessam os setores, para além dos simples programas de saúde. O problema da causalidade aludida impõe o desafio metodológico da precisão das redes de causalidade (subentendendo um modelo causal), e, por outro lado, o desafio de uma programação integrada que transborde os limites do setor.

A terceira diretriz, da integração intra-setor, vem complementada pelas diretrizes específicas da "integralização das ações preventivas, curativas e de recuperação (pág. 7)", pela "regionalização do SUDS/RJ de modo que toda e cada uma das unidades que o integrem tenha definidas a sua resolutividade, as suas referências, as competências técnico-administrativas" (pág. 6). O D. S. como objeto da programação local e unidade básica do sistema deverá ser focalizado, portanto, como parte de uma rede que deverá ser programada simultaneamente, em termos de seus vários níveis de complexidade. O documento, na parte relativa ao sistema de programação, é explícito: "é pré-requisito para a programação, a formulação de um modelo de programação regional e local, que permita homogeneizar o processo das RS's (regiões de saúde) e nos DS's. (pág. 24)

O requisito mencionado é o da sincronicidade entre programação regional e local, questionado nos elementos da crítica da programação local, como uma omissão desta última.

Todavia, o "de acordo com as características populacionais e epidemiológicas do Estado" (pág. 2) (da terceira diretriz) deve ser complementado por uma proposição sobre o perfil das atividades a serem desenvolvidas pelos DS's: "resulta evidente a partir da linha de raciocínio adotada neste documento, que o perfil específico de cada DS deverá ser definido em função

da realidade epidemiológica à qual deverá enfrentar” (pág. 6). Ou seja, a definição da combinação de atividades por nível de complexidade deverá ser o resultado da análise do perfil epidemiológico dos grupos sociais identificados (de caráter o mais homogêneo possível).

A diretriz da descentralização remete às críticas 9 e 10 já assinadas e aponta para requisitos invertidos no campo da gerência, do planejamento e do manejo da informação.

Citam-se a seguir alguns trechos relativos aos sistema de planejamento e de programação que implicam requisitos precisos:

“o modelo do SUDS é uma construção ideal e não normativa, é sempre um ponto de chegada que orienta a ação, porém não deve ser uma imposição normativa, é um querer ser que ao ser contraposto com a realidade permite identificar os rumos a serem seguidos para a mudança do sistema de saúde existente a cada momento” (pág. 22)

“todo diagnóstico é uma avaliação do passado na medida que nele se inclua um julgamento e toda avaliação é um diagnóstico com vistas a embasar as intervenções que permitam modificar a situação detetada” (pág. 23)

“formam parte do diagnóstico ... os atores sociais que participam do sistema, rede de interesses e poder que detêm...” (pág. 23)

“As estratégias são basicamente destinadas a lidar com os diferentes atores sociais para criar viabilidade às mudanças” (pág. 23)

“o processo de programação deve ser flexível e implica novos monitores e avaliação permanentes que permita, a correção das metas ou a modificação dos recursos...” (pág. 23)

Esses requisitos contam com a nossa concordância na medida em que fazem parte de uma crítica do planejamento normativo e devem ser considerados na formulação de uma nova epistemologia do planejamento e da programação e de um novo enfoque metodológico resultante daquela.

Não se condorda, entretanto, com a separação que o doc. faz entre Planejamento e Programação em torno do caráter eminentemente político do primeiro e do caráter técnico-administrativo do segundo (pág. 23). Tal discordância será explicitada em seguida na precisão das premissas de um novo enfoque da programação local.

## ALGUNS PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS DE UMA NOVA PROPOSTA

1. Inicialmente, a Programação se define como um espaço do Planejamento que se define pela menor agregação do seu objeto (geográfico e de informação), pela sua localização institucional na periferia e pela menor abrangência temporal de sua proposta. Por outro lado, a programação deve ser entendida como um momento do Planejamento (com aquele espaço característico), no sentido de que ocorre simultaneamente com ele e de que se processa ciclicamente em um movimento incessante de produção e reconstrução. Sendo um momento do Planejamento, não se admite que a programação tenha a exclusividade do técnico-administrativo, visto que todo o sistema de planejamento é um sistema de natureza política. Não se admite, portanto, que a programação venha a ser um espaço sem atores sociais e que possa dispensar a questão da viabilidade política. Prefere-se assumir a programação como um momento tático ou "arco conjuntural" do programa estratégico que conforma um Plano.

2. A Programação deve ter uma direcionalidade e essa direcionalidade não lhe é imposta desde fora por algum nível superior; a programação participa desde seu espaço da definição da direcionalidade (ela é fruto de atores sociais, que ocupam os vários níveis da institucionalidade), podendo, nesse processo, inclusive se conflitar com os outros espaços. Uma vez definida, a direcionalidade é o marco de referência essencial na definição dos problemas, toda vez que estes últimos se explicitam nos graus de desvio que os fatos apresentam em relação às referências da primeira. Desta forma, a escolha dos problemas, assim como todo o processo de descrição e de explicação, é uma operação de caráter funcional ou instrumental. Isto equivale a formular, junto com o planejamento estratégico e situacional, de que não existe diagnóstico universal e de que a forma de explicar depende do olhar de um sujeito que vive em situação e que tem um projeto. Havendo várias formas de explicar, o sujeito que programa deve considerar as explicações dos outros, não no sentido de mudar a sua opinião, mas de vencer o projeto dos outros.

3. A programação deve transbordar os limites dos fenômenos e penetrar na rede de causalidade mais profunda para melhor definir e explicar os problemas. A procura de um espaço e de um plano de definição de natureza mais hierárquica é um imperativo colocado pela necessidade de definir os nós críticos e de favorecer a mudança das características dos problemas. Tal recomendação implica transbordar os limites do setorial e no

caso específico da saúde implica trabalhar prioritariamente com problemas (no sentido amplo) e com programas e modalidades assistenciais de grupos populacionais definidos no espaço do particular (condições de reprodução das condições de existência). A programação a partir das acumulações definidas em tal espaço estará atendendo ao requisito de uma aproximação mais rigorosa ao enfoque programático baseado nas necessidades de saúde, dando conta da equidade e da integridade na provisão dos cuidados de saúde.

4. A programação local e regional devem participar do mesmo movimento operacional (de comparação e síntese), para assegurar o cumprimento da diretriz de integração institucional e programática.

5. A programação local deve comportar um movimento de descentralização do aparelho institucional, que garanta a participação efetiva da população no planejamento.

6. O sistema de planejamento e de programação deve estar regido pelas premissas básicas do planejamento estratégico, tais como:

- a inseparabilidade entre planejamento, programação e gerência;
- a redefinição constante de metas e de trajetórias;
- a criação de um sistema de avaliação e de monitores estratégicos permanentes;
- a busca ativa da viabilidade através da análise dos atores e seus projetos etc.

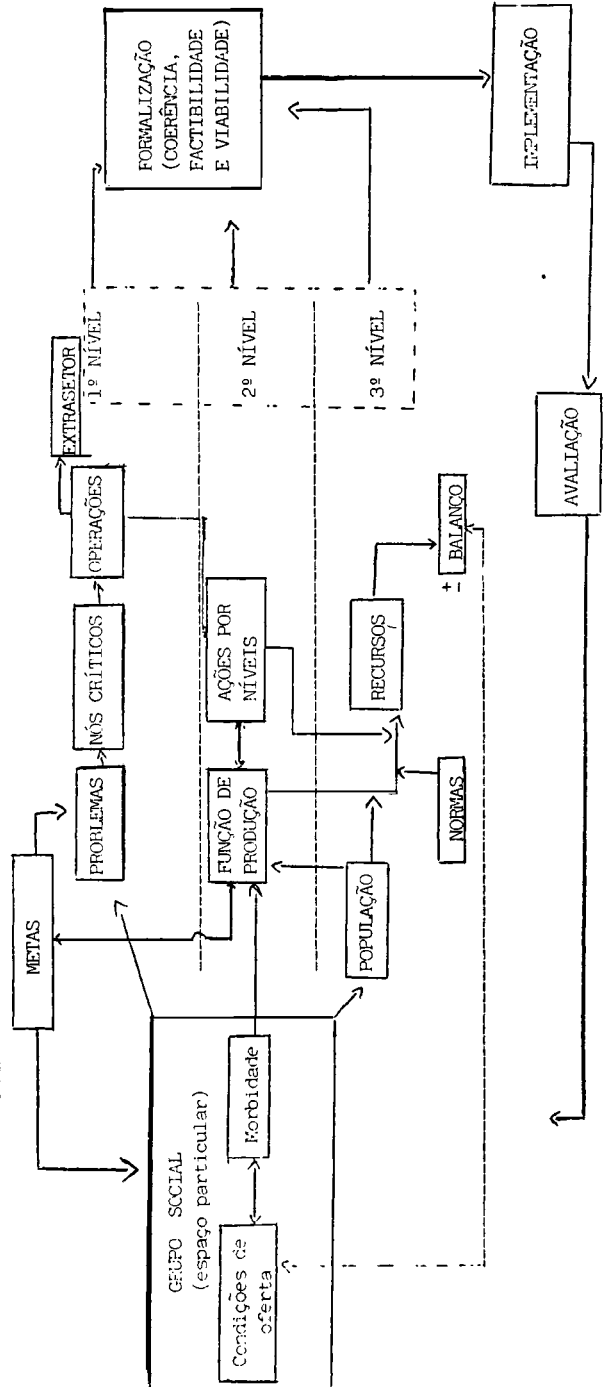
7. A Programação local deve ser entendida como um enfoque metodológico que contém 3 níveis:

- o nível 1 da determinação dos problemas, dos nós críticos dos problemas, da responsabilidade institucional pelo enfrentamento dos mesmos e das operações necessárias (desdobradas em ações);
- o nível 2 da determinação da combinação de atividades por nível de complexidade a partir dos grupos populacionais e seus problemas de saúde;
- o nível 3 da programação de atividades por unidade característica de cada nível de complexidade.

Estes níveis compõem processos inter-relacionados de um mesmo modelo teórico (apresentado), em que se resgata uma definição macro (fiel à definição do primeiro pressuposto), e, em que se incorpora, todavia, o requisito da sincronicidade entre programação regional e local.



MODELO TEÓRICO DE PROGRAMAÇÃO LOCAL E REGIONAL



## ASPECTOS METODOLÓGICO-INSTRUMENTAIS

## Nível 1. Explicação e Desenho Normativo:

A explicação e o desenho normativo no nível 1 implicam os seguintes submomentos:

1. A definição dos grupos populacionais respeitando-se o critério de homogeneidade social. Os critérios específicos de instrumentalização são vários, devendo enfatizar-se aqueles situados no espaço particular de análise. (+++)

- 1.1. Espaço geográfico (o menor espaço de homogeneidade social);
- 1.2. Indicadores ou formas de descrição das condições de vida ou de reprodução social (+++);
- 1.3. Grupos ou categorias ocupacionais (+++);
- 1.4. Condições de morbomortalidade;
- 1.5. Classificação por sexo e idade;
- 1.6. Acessibilidade/resolutividade.

2. A definição dos grupos prioritários ou a determinação das áreas geográficas prioritárias em função da composição social das mesmas. Esta definição pressupõe uma valorização social e política de cada grupo transcendência social e um tipo de cálculo que envolve os 4 critérios mais importantes do ponto 1.

— população (por grupo social) X transcendência social  
X morbidade (por grupo) X acessibilidade/resolutividade = Pn (prioridades entre grupos ou áreas).

3. A definição e escolha dos problemas prioritários.

A definição implica:

- 3.1. Descrever os problemas (VDP's) ao interior dos grupos sociais;
- 3.2. Comparar os VDP's dos problemas com as metas (que correspondem a direcionalidade) e determinar os graus de desvio;
- 3.3. Identificar a viabilidade política, econômica e organizacional implícita no enfrentamento dos problemas;
- 3.4. Selecionar os problemas a partir de 3.1, 3.2 e 3.3.

4. A análise ou explicação dos problemas em relação aos grupos humanos, o que supõe:

- 4.1. A definição do espaço explicativo;
- 4.2. A construção do fluxograma situacional;
- 4.3. A definição dos nós críticos;
- 4.4. A definição do espaço institucional de resolução do problema;

5. A definição das operações ou das ações, de natureza intra e extra-setorial, de enfrentamento dos problemas e dos nós críticos.

- 5.1. Definição das ações por problemas;

5.2. Identificação dos nós críticos visados com as diferentes ações;

A definição 5.1 implica a construção de uma matriz como a seguinte:

Grupos Sociais (Subgrupos)	Problemas de Saúde	Nós Críticos	AÇÕES						
			Intrasetorial			Extrasetor			
			Prevenção	Cura	Sociais	Set.1	Set.2	Set.3	
G1	P1, P2	N1, N2 N3	A1, A2						An

A definição 5.2 supõe uma matriz/módulo de ações/ problemas em que o conteúdo corresponde aos nós críticos respectivos:

A \ P	A1	A2	A3	A4	An
P1	N1, N2				
P2					
P3					
PN					

## NÍVEL 2. DETERMINAÇÃO DA COMBINAÇÃO DE ATIVIDADES POR NÍVEL DE COMPLEXIDADE E GRUPOS SOCIAIS: DESENHO NORMATIVO:

O nível 1 de macroprogramação provê ao nível 2 insumos básicos como os problemas prioritários por grupo social, as ações necessárias de natureza intra-sistêmica e os nós críticos alvejados por essas ações. O nível 2 deve organizar essas ações em função do critério de nível de complexidade tecnológica (função de produção) e do critério epidemiológico (VDP em termos de indicadores epidemiológicos), o que subentende uma programação no espaço específico do setor (menos hierárquico).

O objetivo do nível 2 é diferenciar as ações sistêmicas por nível de complexidade, tendo como ponto de partida os grupos humanos e seus problemas, aqui definidos ou descritos em termos de um vetor epidemiológico. E, tendo como insumo do ponto de vista da oferta, uma pré-definição dos níveis de complexidade, que faz parte da definição a priori das metas (esta pré-definição poderá mudar em função dos vetores epidemiológicos).

Uma recomendação importante, já mencionada respectivamente, é a de que mesmo que o âmbito da programação local esteja restringido a um nível de complexidade, tal programação deverá transbordar para os outros níveis, visando-se dessa forma à integração programática.

Como instrumento de programação (ao nível 2) propõe-se o seguinte:

ATIVIDADES POR NÍVEL DE COMPLEXIDADE			
NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3	NÍVEL 4
1	2	3	7
Grupos Sociais (Subgrupos)	População esperada por grupo e subgrupos	Problemas de Saúde (VDP epidemiológico)	
			Conteúdo programático segundo subgrupo humano e por nível de complexidade
			conteúdo segundo nível de complexidade e por grupos e problemas

No caso da programação local a ênfase (e não a exclusividade) deverá ser dada aos níveis 1 e 2 (de complexidade). No documento sobre os SUDs, aqui utilizado, os 4 níveis de complexidade poderiam ser:

- nível 1: Unidade Básica de Saúde (UBS) (+++);
- nível 2: Distrito Sanitário (DS) (+++);
- nível 3: Região de Saúde "A";
- nível 4: Região de Saúde "B" (vide doc.).

### NÍVEL 3. PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES POR UNIDADE

Definidas as ações no nível 2, o nível 3 procederá ao cálculo econômico clássico dos Rs a partir da normatização:

AÇÕES	POP.	NORMAS			Recursos necessários	Recursos disponíveis	Balanço ( <sup>+</sup> / <sub>-</sub> )

*This article makes a critical analysis of the various forms or methodologies of the sanitary programme such as the CENDES/OPS method and the approach based on the full analysis of risc. The alternative choice is a kind of programme which has not been completely elaborated and which has its basis situational planning and the social epidemiological approach.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. Programación de la Salud. Problemas Conceptuales y Metodológicos. *Pub. Científica* n: 111.
2. OPS/OMS. 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. *Documento Borrador*. 1981-1984.
3. MATUS, Carlos. *Politica y Plano*. Ediciones Iveplan Cordiplan. Venezuela. 1987.
4. CASTELLANOS, P. L. Sobre el Concepto de Salud - Enfermedad Un ponto de vista epidemiológico. *Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Medellin. Colombia. Julio 1987.
5. CASTELLANOS, P. L.; MENDES, E.; SONIS, A. & SUAREZ, R. Esquema Tentativo para el Analisis de las Implicaciones de APS y de SPT/2000. *Doc. Preliminar*. OPS, Washington DC. Abril de 1987.
6. CHORNY, A. Subsídios para a Implantação do SUDS no Estado do RJ. (Doc. para discussão) *Secretaria do Estado de Saúde CIS/RJ*. Agosto de 1987.