

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

NO BRASIL

Política, Gestão e Clínica



Gestão da assistência farmacêutica

Organização

Silvana Nair Leite
Luciano Soares
Samara Jamile Mendes
André Felipe Vilvert
Luciana Mendes Corrêa Schneider



**Assistência Farmacêutica no Brasil:
Política, Gestão e Clínica**

Gestão da Assistência Farmacêutica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor

Roselane Neckel

Vice-Reitora

Lúcia Helena Pacheco

EDITORA DA UFSC

Diretor Executivo

Fábio Lopes da Silva

Conselho Editorial

Fábio Lopes da Silva (Presidente)

Ana Lize Brancher

Andreia Guerini

Clélia Maria Lima de Mello e Campigotto

João Luiz Dornelles Bastos

Kátia Maheirie

Luiz Alberto Gómez

Marilda Aparecida de Oliveira Effting

COMITÊ ORGANIZADOR DA COLEÇÃO:

Eliana Elisabeth Diehl (UFSC), Luciano Soares (Univille),
Mareni Rocha Farias (UFSC), Rosana Isabel dos Santos (UFSC),
Silvana Nair Leite (UFSC), André Felipe Vilvert,
Fabiola Bagatini Buendgens, Fernanda Manzini,
Guilherme Daniel Pupo, Kaite Cristiane Peres,
Mônica Cristina Nunes da Trindade, Samara Jamile Mendes,
Bernd Heinrich Storb, Fabiola Farias Dutra,
Luciana Mendes Corrêa Schneider, Simone da Cruz Schaefer.

Editora da UFSC

Campus Universitário – Trindade

Caixa Postal 476

88010-970 – Florianópolis-SC

Fone: (48) 3721-9408

editora@contato.ufsc.br

www.editora.ufsc.br

Silvana Nair Leite
Luciano Soares
Samara Jamile Mendes
André Felipe Vilvert
Luciana Mendes Corrêa Schneider
Organização

Volume II

**Assistência Farmacêutica no Brasil:
Política, Gestão e Clínica**

Gestão da Assistência Farmacêutica

© 2016 dos autores

Coordenação editorial:

Paulo Roberto da Silva

Projeto gráfico e editoração:

Paulo Roberto da Silva

Capa:

Leonardo Gomes da Silva

Paulo Roberto da Silva

Revisão:

Regina Zandomênic

Judith Terezinha Müller Lohn

Ficha Catalográfica

(Catalogação na publicação pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina)

G393 Gestão da Assistência Farmacêutica / organização de Silvana Nair Leite...
[et al.]. – Florianópolis : Ed. da UFSC, 2016.

160 p. : il., graf., tabs. – (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política,
Gestão e Clínica ; v. 2)

Inclui bibliografia

1. Farmácia – Administração. 2. Política farmacêutica. 3. Saúde –
Planejamento. I. Leite, Silvana Nair. II. Série.

CDU: 615.1

ISBN 978-85-328-0765-6



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.

Sumário

Prefácio 1	7
Prefácio 2	15
Apresentação	17
CAPÍTULO 1 GESTÃO: PARA FAZER ACONTECER	21
Silvana Nair Leite	
Maria do Carmo Lessa Guimarães	
CAPÍTULO 2 GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	33
Silvana Nair Leite	
Maria do Carmo Lessa Guimarães	
Marina Raijche Mattozo Rover	
Samara Jamile Mendes	
CAPÍTULO 3 AS FERRAMENTAS NECESSÁRIAS PARA A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	47
Edivânia Lucia Araújo Santos Landim	
Maria do Carmo Lessa Guimarães	
CAPÍTULO 4 PLANEJAMENTO EM SAÚDE	71
Josimari Telino de Lacerda	
Ana Paula Veber	
Claudia Flemming Colussi	
Joslene Lacerda Barreto	
Maria Cristina Marino Calvo	
CAPÍTULO 5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	93
Joslene Lacerda Barreto	
Maria Cristina Marino Calvo	
CAPÍTULO 6 OPERACIONALIZAÇÃO DE UM PROCESSO DE PLANEJAMENTO	113
Joslene Lacerda Barreto	
Marcelo Campese	
Sandra Maria Chaves dos Santos	
Maria do Carmo Lessa Guimarães	
Sobre os autores	159

Prefácio 1

Educação Permanente e Transformadora na Assistência Farmacêutica para garantir os avanços de uma Política de Estado

Ao iniciar a leitura de uma obra como a que se apresenta, que é resultado do trabalho articulado entre universidades, gestores públicos e profissionais ligados aos serviços de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é essencial retomar um pouco da história e das ações anteriores, que tornaram possível esta iniciativa de ampliação da qualificação no âmbito da Assistência Farmacêutica.

Após o processo eleitoral de 2002, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, iniciou-se um período de transição de governo, marcado pela intensa, aprofundada e ampla atividade de diagnóstico das ações, em andamento nos diferentes segmentos da gestão pública federal e das lacunas porventura existentes.

No campo da saúde, um dos focos estratégicos referia-se às ações ou programas voltados ao acesso da população a medicamentos e à Assistência Farmacêutica, incluindo as respectivas interfaces setoriais, as características e as funcionalidades das estruturas de gestão e o atendimento de diretrizes porventura existentes nas políticas públicas vigentes. Nesse campo específico, as atividades da então equipe de transição, definida pelo governo que se instalaria a partir de janeiro de 2003, foram coordenadas pelo Prof. Jorge Zepeda Bermudez, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), contando com a participação do Prof. Norberto Rech, docente da Universidade Federal de Santa Catarina e, à época, presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar).

O intenso trabalho dessa equipe identificou lacunas importantes no processo de gestão das ações e dos programas voltados para o acesso aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica, incluindo os aspectos relacionados à produção pública de medicamentos e vacinas pelos laboratórios farmacêuticos oficiais. Entre outros aspectos, tais lacunas estavam associadas à significativa fragmentação das ações e das iniciativas direcionadas ao acesso aos medicamentos, representada pela existência de aproximadamente vinte “programas” distintos que tratavam com medicamentos, com financiamentos também fragmentados e extemporâneos, com elencos de medicamentos sobrepostos e com gestão não articulada.

Naquele contexto, o referido diagnóstico identificou os reflexos negativos de tais desarticulações e fragmentações no cotidiano dos serviços de atenção à saúde, tanto no campo da atenção primária como naqueles com maiores exigências em termos de complexidade tecnológica e de recursos financeiros. Esses reflexos envolviam, principalmente, a interrupção sistemática no abastecimento de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, com resultados claramente agravantes no impedimento ao acesso qualificado da população a produtos e serviços e na fragilidade das garantias da integralidade do processo de atenção à saúde.

No que se refere à educação permanente e à ampliação da qualificação dos profissionais atuantes no campo da Assistência Farmacêutica, poucas foram as iniciativas identificadas à época e que tenham sido implementadas pelos gestores federais, especialmente aquelas que pudessem resultar em impactos consistentes no âmbito do SUS. Tal constatação constituiu lacuna essencial a ser superada para a construção das perspectivas de avanço de quaisquer políticas públicas voltadas à atenção à saúde, aqui compreendida nos seus aspectos intersetoriais e interdisciplinares.

Como resultado da identificação da realidade da gestão pública naquele momento da vida nacional, devidamente associada à necessidade de institucionalização de conceitos, de entendimentos, de diretrizes e de eixos estratégicos capazes de estruturar e dar consequência a uma política pública mais ampla e consistente nesse campo da saúde, o relatório final da equipe de transição apresentou sugestões, que foram consideradas estratégicas pelo governo que iniciou em janeiro de 2003.

Entre as sugestões mais relevantes e aprovadas pelo então novo governo federal, e inseridas na ação mais ampla de planejamento do Ministério da Saúde (MS), estavam a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e, como uma das suas estruturas essenciais, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF).

A criação da SCTIE e do DAF constituiu passo essencial para a superação das fragmentações evidenciadas ao final do ano 2002, bem como para a instituição, no MS, de locus qualificado para as interfaces setoriais com outros campos da estrutura de governo, com os setores produtivos públicos e privados e com os segmentos organizados da sociedade civil, na perspectiva de garantir o acesso da população aos medicamentos, às demais tecnologias e aos serviços demandados pelas ações de atenção à saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, e considerada a sua característica de integralidade.

Ao revisitar a história recente das políticas públicas inseridas ou com interfaces com a Política Nacional de Saúde, é inequívoca a percepção de que os aspectos essenciais da formulação pensada e institucionalizada a partir de 2003 encontram-se hoje consolidados na estrutura do MS, com impactos importantes

e positivos no estabelecimento e na manutenção de competências direcionadas ao desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva nacional, na perspectiva sempre presente do fortalecimento do SUS como sistema de saúde universal, e para a superação das suas vulnerabilidades.

Nesse aspecto, vale destacar que a SCTIE tem a responsabilidade institucional de atuar fortemente no processo coletivo de formular e implementar políticas nacionais, em particular no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde; da Assistência Farmacêutica; e do fomento à pesquisa e à inovação em saúde. Essa estrutura formal também assume o papel institucional de identificar e desenvolver métodos e mecanismos voltados à análise da viabilidade econômico-sanitária e ao estímulo a empreendimentos públicos e privados no campo mais amplo do Complexo Industrial da Saúde; de promover as condições para o estímulo ao desenvolvimento tecnológico e para a produção nacional de produtos e tecnologias considerados estratégicos para o país; bem como de coordenar o processo dinâmico de incorporação crítica de tecnologias em saúde no âmbito do SUS.

No que se refere à Assistência Farmacêutica, as novas estruturas definidas para o MS a partir de 2003, com destaque particular para a criação do DAF, proporcionaram condições favoráveis para a superação das fragmentações identificadas; para a articulação com as demais áreas do Ministério; para o estabelecimento de interfaces com outros setores do governo e com a sociedade civil organizada; para o planejamento das ações; e para a capacitação institucional de viabilizar a implantação de uma política pública nesse campo, sendo esta última construída a partir do envolvimento dos distintos setores representados no conjunto das instâncias do Controle Social do sistema de saúde brasileiro.

Naquele contexto, uma das primeiras iniciativas coletivas foi a realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, no período de 15 a 18 de setembro de 2003, cujo tema central foi “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”. Essa Conferência, com temática definida, planejada e organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), reuniu, em Brasília, 1.180 participantes, entre os quais os 906 delegados eleitos nas 27 conferências estaduais, as quais foram precedidas das respectivas conferências municipais. Como principal resultado desse processo, destaca-se a aprovação da Resolução nº 338 pelo CNS, a qual estabeleceu, em maio de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Essa política foi institucionalizada pelo MS, o qual passou a considerar a Assistência Farmacêutica como uma das prioridades estratégicas da Política Nacional de Saúde e como das suas ações voltadas à integralidade das ações de atenção à saúde no Brasil.

Um dos passos importantes para a consolidação da Assistência Farmacêutica como política pública, devidamente inserida na prática dos serviços de atenção à saúde, a se ressaltar é a sua inclusão no conjunto das definições do chamado Pacto

pela Saúde, instituído pelo MS em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº 399, a qual tratou da “Consolidação do SUS e aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde”.

O referido Pacto retratou o entendimento dos gestores federal, estaduais e municipais de que, naquele momento, o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e as diferenças do nosso país, e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que incluísse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; reafirmar a importância das instâncias deliberativas do SUS; bem como fortalecer o seu controle social.

Naquele contexto, uma vez estabelecidas as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, o MS fez publicar a Portaria GM/MS nº 699, que regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, bem como a Portaria GM/MS nº 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Essas diretrizes reafirmam princípios e consolidam processos importantes da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação, tais como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI), e a Programação Pactuada Integrada (PPI), além de possibilitarem a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, especialmente com vistas a melhorar e qualificar o acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de atenção à saúde.

As definições estabelecidas em 2006 são essenciais para a compreensão da Assistência Farmacêutica como parte estratégica da Política Nacional de Saúde, especialmente no que tange aos recursos financeiros para a sua estruturação e implementação, nos diferentes níveis de complexidade. A partir do chamado “Pacto pela Saúde”, a Assistência Farmacêutica consolidou-se como um dos blocos prioritários de financiamento para o custeio das ações e dos serviços de saúde, considerando a alocação dos recursos federais. Pelas definições adotadas, as bases de cálculo e os montantes financeiros destinados para os estados, para os municípios e para Distrito Federal passaram a ser compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, ao mesmo tempo em que os estados e os municípios assumiram maior autonomia para alocação dos recursos, de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos respectivos planos de saúde. Nesse aspecto, vale ressaltar que as normativas estabelecidas em 2006 incluíram o estabelecimento do chamado “Componente de Organização da Assistência Farmacêutica”, constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à Assistência Farmacêutica,

numa demonstração de evolução dessa política específica, cujo eixo de atenção deixa de estar voltado apenas ao suprimento de medicamentos e passa, concretamente, a envolver os distintos aspectos do fazer em saúde, como parte de serviços estruturados, qualificados e com fontes de financiamento absolutamente definidas.

Em avaliação recente (2014), por ocasião dos 10 anos de estabelecimento da PNAF, a análise das definições emanadas da Conferência Nacional que lhe deu origem indicou que, das 528 propostas que estavam relacionadas diretamente às competências do MS ou que deveriam ser executadas em parceria com outros órgãos federais ou outras instituições/entidades, 42% foram atendidas, 41% foram atendidas parcialmente, 4% estavam em desenvolvimento (consideradas de desenvolvimento continuado) e 13% ainda representavam lacunas a superar.

Esses resultados foram debatidos em dezembro de 2014, durante o VII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica, em Brasília, evento que contou com a presença dos ex-diretores do DAF, bem como de gestores estaduais e municipais da Assistência Farmacêutica. Os debates apontaram que a PNAF está consolidada como parte integrante da Política de Saúde e que contribui diretamente para o Projeto Nacional de Desenvolvimento.

Tal consolidação pode ser representada tanto pela ampliação sistemática do financiamento do MS, destinado para o acesso da população aos medicamentos e às ações de Assistência Farmacêutica no SUS, bem como pela institucionalização de mecanismos eficientes para a coordenação e o planejamento da Assistência Farmacêutica, claramente traduzidos pelo estabelecimento dos seus Componentes Básico, Estratégico e Especializado. Também merece destaque a crescente participação percentual dos gastos do MS com as estratégias de acesso a medicamentos no SUS, cujas cifras eram de 5,8% do seu orçamento em 2002, e passaram à casa de 12% no ano de 2015, sendo que os valores nominais deste último ano ultrapassaram os 14 bilhões de reais.

Além das relações intersetoriais relativas aos medicamentos sintéticos e biológicos, a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a liderança do DAF/SCTIE/MS, tornou possíveis as interfaces que resultaram na elaboração técnica, nas iniciativas intergovernamentais e na articulação com distintos segmentos da sociedade brasileira para o estabelecimento da Política Nacional e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, consolidada por intermédio de decreto presidencial publicado em 2006. Entre os pressupostos estabelecidos nesse documento oficial, destacam-se as definições relativas às ações direcionadas à garantia de acesso seguro e ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, com a promoção do uso sustentável da biodiversidade e com o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. O Programa específico vem apoiando 66 Arranjos Produtivos Locais (APL), além de projetos de desenvolvimento da “Assistência Farmacêutica em

Plantas Medicinais e Fitoterápicos”, incluindo os aspectos relativos à definição de novos mecanismos regulatórios para o registro sanitário de fitoterápicos. A importância dessas iniciativas foi demonstrada, no ano de 2012, pela definição e institucionalização da “Ação Orçamentária específica do Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”. Também merece destaque o fato de que todas as ações da Política e do Programa são acompanhadas e monitoradas pelo Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, cuja composição é formada 50% por representantes da sociedade civil organizada.

Para além dos medicamentos, medidas estruturantes foram concebidas na gestão da Assistência Farmacêutica nos anos de 2003 a 2016. Com a implantação do QUALIFAR-SUS, foram definidas e adotadas ações voltadas à implantação, ao desenvolvimento, aprimoramento e à integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde. Concebido em 4 eixos (Estrutura, Informação, Educação e Cuidado), esse programa engloba as estratégias de qualificação, desenvolvidas na perspectiva de recuperar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica, bem como de dotar as unidades de saúde de estruturas físicas compatíveis ao atendimento humanizado do usuário de medicamentos. Atualmente, 70% (1.582 dos 2.257) dos municípios incluídos no Plano Brasil Sem Miséria com menos de 100.000 habitantes já foram beneficiados pelo QUALIFAR-SUS em seu eixo Estrutura. A disponibilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) para 1.756 municípios também integra a estratégia de qualificar a gestão, associada às iniciativas de qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica por meio do eixo Educação, iniciativas que já atingiram mais de 10.000 trabalhadores do SUS. Por outro lado, o usuário, como centro do cuidado em saúde, vem recebendo, por meio do eixo Cuidado, orientações sobre o uso correto dos seus medicamentos. Tais iniciativas constituem respostas aos anseios da sociedade e do Controle Social do sistema de saúde brasileiro, em perfeito alinhamento ao tema central da recém-realizada XV Conferência Nacional de Saúde (“Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas”).

Nesse aspecto, o DAF tem adotado iniciativas para o fortalecimento do apoio técnico a estados e municípios para a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica, tanto para aqueles contemplados no programa QUALIFAR-SUS como para aqueles que receberam outros financiamentos federais da área.

Nos últimos quatro anos, o DAF passou a fortalecer o projeto de Educação Permanente em Saúde, especialmente na modalidade de educação a distância, gerando estratégias de qualificação profissional com diferentes parceiros nacionais e internacionais, incluindo o Banco Mundial, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o que tem

possibilitado a ampliação de um formato inovador no processo de capacitação em serviço, com o desenvolvimento de cursos de curta duração, com oferta de material audiovisual (videoaulas, tutoriais em vídeo e jogos) e tutoria a distância voltada à realidade dos profissionais de saúde nas mais diferentes realidades e nos estabelecimentos de saúde. Estas estratégias incluem a abordagem de temas, como a utilização do Sistema Hórus e outros sistemas informatizados, além de cursos específicos para demandas como aquelas relativas à Saúde Indígena e aos processos relacionados aos componentes da Assistência Farmacêutica e ao programa Farmácia Popular do Brasil.

No período de 2011 a 2015, o número de inscritos nos cursos de curta duração, ofertados pelo DAF/SCTIE/MS, foi de 10.308, sendo que 8.619 (83%) trabalhadores foram qualificados. Esse número tende a ser ampliado após a internalização, em 2016, de uma plataforma web especificamente customizada para o desenvolvimento rápido de novos cursos a serem ofertados pelo departamento. Tal plataforma possibilitará a adoção de iniciativas de educação permanente a distância, com foco nas práticas diárias de profissionais da Assistência Farmacêutica nos estados e municípios, envolvendo temas como o cuidado farmacêutico, a fitoterapia e as plantas medicinais, bem como a farmácia popular. A mesma plataforma também possibilitará o estabelecimento de parcerias regionais para a oferta de cursos no âmbito da América Latina e do Caribe.

Todas essas considerações são importantes para o olhar da história do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil, como parte estratégica da Política Nacional de Saúde. Entretanto, para além desses aspectos, é essencial considerar que vivemos numa sociedade em transformação, com profundos embates políticos e ideológicos inerentes à evolução social, mas também marcada pelo crescente esclarecimento das contradições, na qual a desigualdade e a exclusão constituem abismos a superar.

Nesse contexto, são imensos os desafios colocados para os gestores públicos, para a Academia, para os trabalhadores em saúde, para as instâncias do Controle Social do SUS e para o conjunto da cidadania brasileira. Entre tais desafios, certamente, está a adoção de instrumentos que possibilitem a permanente melhoria das políticas públicas, com destaque para aquelas voltadas à constante ampliação da qualificação dos trabalhadores que as implementam e dos seus respectivos processos de trabalho. Todavia, para além da educação permanente e transformadora, também é essencial que essas políticas públicas, consideradas estratégicas e estruturantes, sejam dotadas de imunidade frente às oscilações circunstanciais das vontades e conveniências dos gestores públicos e dos governos, permitindo-lhes a perenidade necessária ao cumprimento dos seus princípios e das diretrizes de longo prazo, bem como ao atendimento dos preceitos constitucionais que as originaram. Tais características estão perfeitamente adequadas à Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual transcende, no contexto brasileiro, a função de uma política

de governo e assume, como parte da Política Nacional de Saúde, o papel de uma verdadeira política de Estado.

Assim, temos certeza de que a presente obra retrata com maestria as experiências, as vivências e as reflexões que contribuem enormemente para a evolução no campo da Assistência Farmacêutica, entendida como uma política pública a serviço das pessoas, inegavelmente relacionada com a construção permanente do SUS que desejamos e cujas interfaces são estratégicas no campo do desenvolvimento nacional.

Por entendermos a importância das construções coletivas, tal como aquela que possibilitou a formulação e a implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, e termos tido a possibilidade de sermos gestores dessa política, a apresentação desta obra também deve ser coletiva. Portanto, subscrevem esta apresentação todos os Diretores do DAF/SCTIE/MS, do atual aos seus antecessores, numa demonstração de que o SUS se constrói no coletivo, no cotidiano dos compromissos e nos fazeres de todos nós, mulheres e homens, que transformam o presente e constroem o futuro.

Que tenhamos uma boa leitura!

José Miguel do Nascimento Júnior (4º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Manoel Roberto da Cruz Santos (3º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Dirceu Brás Aparecido Barbano (2º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Norberto Rech (1º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Maio de 2016

Prefácio 2

A coleção “Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica” contempla um importante repertório de conteúdos de relevância para o aprimoramento da prática da assistência farmacêutica no país.

A publicação, produzida pela Universidade Federal de Santa Catarina, é a junção dos conteúdos pedagógicos produzidos para a 1ª e 2ª edição do curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica na modalidade a distância e de outros notórios capítulos inéditos. A coleção é voltada para farmacêuticos, bem como para professores e estudantes do curso de Farmácia e áreas afins.

Organizada em cinco volumes: I – Políticas de saúde e acesso a medicamentos, II – Gestão da assistência farmacêutica, III – Seleção de medicamentos, IV – Logística de medicamentos e V – Atuação clínica do farmacêutico, a publicação apresenta um vasto conteúdo com abordagens que visam fortalecer a atuação do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com agradável proposta estética e de fácil linguagem, a coleção é uma obra-prima que reconhece a assistência farmacêutica como parte integrante da Política Pública de Saúde.

É com muita satisfação que a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, parceira de iniciativas de cunho formativo que visam favorecer transformações nas práticas de saúde, aceitou apresentar esta importante obra.

Parabenizamos os organizadores por este trabalho e recomendamos sua leitura por se tratar de um avanço do conhecimento no campo da Assistência Farmacêutica.

Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)

Apresentação

O direito à saúde é um princípio ilustre e, mais recentemente, reconhecido na prática cotidiana dos brasileiros. Uma saúde que não é um princípio abstrato, de vaga definição: é reconhecido por sua materialidade no acesso a serviços e tecnologias, contexto no qual os medicamentos alcançam especial atenção.

Apesar de se estruturar como política pública tardiamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Assistência Farmacêutica ganhou notoriedade por seu grande impacto tanto sobre a gestão e terapêutica, quanto na sociedade como um todo. Proclamada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica trouxe as diretrizes para o desenvolvimento do setor como área produtiva e do acesso da população, incluindo produtos, serviços, força de trabalho e políticas setoriais colaborativas.

A descentralização, como princípio organizacional do SUS, atribuiu aos estados e aos municípios responsabilidades crescentes sobre o acesso e o uso adequado de recursos terapêuticos. O profissional farmacêutico entrou, definitivamente, para o grupo das profissões que constroem e fazem o SUS acontecer, aumentando sua inserção e responsabilidade no setor público. Municípios e serviços de saúde demandam o trabalho farmacêutico, em todos os níveis de atenção, em diversas atividades relacionadas à acessibilidade dos medicamentos.

O trabalho do farmacêutico tem, cada vez mais, contribuído com os resultados em saúde (fato observado em pesquisas junto à população atendida), premissa cada vez mais aceita por gestores de saúde e revelada pelo nível crescente de contratação no SUS (a Farmácia é uma das profissões com maior incremento observado na última década).

O aumento da demanda por profissionais e serviços farmacêuticos evidenciou também, nos últimos anos, a necessidade de promover a qualificação, mesmo daqueles formados a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002, que já envolviam conhecimentos para atuação no SUS, e que, para além da qualificação técnica, avançam em competências relacionais, políticas e sociais.

Buscando suprir tal necessidade, o Ministério da Saúde demandou à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) o desenvolvimento das propostas de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD (entre 2010 e 2014) e de Capacitação para Gestão da Assistência Farmacêutica

– EaD: Especialização, Aperfeiçoamento e Estudos de Aprofundamento (entre 2013 e 2016), no âmbito da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Como premissa fundamental, os cursos apresentaram o entendimento da Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações, cuja finalidade é o acesso e o uso racional dos medicamentos. Observaram, ainda, que a gestão da Assistência Farmacêutica deve empregar os melhores conhecimentos técnico-científicos sobre medicamentos e processos de gestão, radicada em processos políticos, no envolvimento e na responsabilidade social, e tendo o usuário como centro e finalidade do cuidado em saúde. Os cursos foram estruturados de forma a contribuir com a construção compartilhada de uma rede de desenvolvimento, pesquisa e ensino da Assistência Farmacêutica em todo o Brasil – objetivo conotado em sua logomarca.

Resultados como os 2.499 farmacêuticos qualificados, 66 docentes envolvidos na produção e desenvolvimento do curso, 53 tutores, 719 orientadores de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), 18 polos regionais, além de projetos conjuntos de pesquisa, ensino e a implantação de serviços por todo o país, que demonstram a rede constituída e indicam a dimensão do que foi realizado.

Almejando amplificar o público alcançado por essa iniciativa e propiciar maior difusão ao conteúdo especialmente elaborado para os cursos, a UFSC e o Ministério da Saúde lançam esta coleção organizada em cinco volumes. Esta é uma oportunidade inédita de construir, referenciar e discutir conjuntamente o tema, e de subsidiar o ensino e a prática da Assistência Farmacêutica. Os autores envolvidos, com as mais diversas experiências profissionais na assistência farmacêutica – da docência à pesquisa, da prática na atenção primária à gestão em todos os níveis, de todas as regiões do país, representam, sem dúvida, a maior iniciativa de construção coletiva em torno da Assistência Farmacêutica no Brasil.

O Volume I contextualiza o acesso a medicamentos nas políticas públicas brasileiras, na ética e na educação em saúde. Apresenta a assistência farmacêutica em sua evolução histórica e inserção na sociedade. O Volume II trata da gestão da assistência farmacêutica sob os aspectos políticos e relacionais e dos atributos profissionais e processos envolvidos na gestão, além de discutir princípios e instrumentos de planejamento e avaliação. A seleção de medicamentos é o tema do Volume III, fundamentado nas ferramentas da epidemiologia e da avaliação econômica de tecnologias em saúde. A logística e os aspectos técnicos e legais relacionados a medicamentos, incluindo homeopáticos e fitoterápicos, são abordados no Volume IV, aprofundando a concepção farmacêutica destes processos. A atuação clínica do farmacêutico nos serviços de saúde é abordada de forma abrangente e compreensiva no Volume V, sob os aspectos profissional, terapêutico, cultural e técnico, subsidiando a prática profissional seja em uma consulta clínica, na dispensação de medicamentos, na seleção de uma lista

padronizada, na análise das opções de aquisição e distribuição, seja na definição pelo investimento em um ou outro serviço de saúde a ser disponibilizado à população.

O centro da questão é sempre o mesmo em todos os volumes: a melhor condição de saúde dos usuários do SUS – como um direito fundamental, propósito do farmacêutico e dever do Estado brasileiro. Só o conjunto das ações, dos conhecimentos e das práticas qualificadas dos farmacêuticos pode alcançar esse grande objetivo da Assistência Farmacêutica.

O Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC conduziu o desenvolvimento das duas edições do Curso e a organização desta obra. Ao finalizar, ressaltamos a importância do apoio recebido do Departamento de Ciências Farmacêuticas e dos Programas de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC e em Assistência Farmacêutica – associação de Instituições de Ensino Superior (IES), que em conjunto com autores, polos regionais e toda a equipe envolvida, contribuíram para concretizar a Imagem-Objetivo apresentada nestas linhas. Fica o desejo de que muitos colegas farmacêuticos, profissionais que atuam em prol da saúde e estudantes possam compartilhar, aplicar, criticar e contribuir com esta coleção de livre acesso a todos os interessados!

Comitê Organizador da Coleção

GESTÃO: PARA FAZER ACONTECER

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

1.1 Conceitos iniciais de gestão

Os profissionais de saúde se defrontam, no seu dia a dia de trabalho, com uma complexa e multideterminada realidade. Os problemas que ela apresenta precisam ser solucionados com conhecimento mais amplo da própria realidade. Além disso, esses exigem, também, flexibilidade e sensibilidade, pois envolvem muitas pessoas, muitos interesses, muitas causas.

Portanto, é preciso que cada profissional tenha muito claro o objetivo que norteia o nosso trabalho e os resultados que queremos alcançar. Se não temos isso claro, nosso trabalho fica penoso, nosso cotidiano se torna estafante e desmotivador, pois não sabemos para onde estamos indo e, assim, corremos o risco de não chegar a lugar algum.

Lembra da parte do filme “Alice no país das maravilhas” em que Alice encontra o Gato pela primeira vez? Ela pergunta para ele qual caminho deve seguir. Ele logo responde: Depende de para onde quer ir. Alice, muito confusa, responde, irritada: Ora, não importa. E o Gato então profetiza: Se não sabe para onde quer ir, qualquer caminho serve!

O objetivo deste capítulo é reconhecer o significado da gestão.

O que é gestão?

Desde os primórdios da Administração Clássica que Taylor e Fayol, considerados pais da “gerência científica”, conceituam gerência como o ato de **planejar, coordenar, controlar, avaliar e organizar**. Essas são, até os dias atuais, as ações lembradas com mais frequência quando se pensa em sinônimos de gestão, de gerência.

Na contemporaneidade, com a consolidação da democracia na grande maioria dos países, as experiências concretas com o gerenciamento de organizações modernas estão gerando a incorporação de novos verbos como sinônimos de gerenciar, a exemplo de “liderar”, “conduzir”, “ouvir”, e, mais do que isso, esses verbos estão substituindo a ideia de “controle”, antes muito presa à concepção de gerência.

A ideia de liderança, atualmente, está atrelada ao conceito de gerência. Os estudiosos da área reconhecem que a liderança é um fenômeno não privativo da gerência, uma vez que há pessoas que a exercem sem estarem na condição de gerentes. Contudo, não se concebe um gerente sem ser líder. E essa conclusão é fácil de entender, quando se observa que a função de um gestor é conduzir pessoas e recursos para a obtenção de resultados, característica nata de um líder, isto é, ser capaz de influenciar pessoas para o alcance de um objetivo comum.

Nessa trajetória, são muitos os significados encontrados na literatura sobre gestão/gerência, não só no campo da administração como em outros campos de conhecimento. No campo da saúde, por exemplo, mais recentemente, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Norma Operacional Básica (NOB SUS), de 1996, faz uma distinção entre gerência e gestão, que ficou fortemente impregnada no vocabulário dos profissionais de saúde.

Nessa NOB, **gerência** é conceituada como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema.

Por sua vez, **gestão** ficou conceituada como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Quem exerce essas funções são os secretários municipais, estaduais e federais de saúde.

No entanto, a distinção entre esses termos não é padronizada na literatura, e, na prática, podemos claramente perceber que as ações e as responsabilidades entre os profissionais de saúde que atuam em diversos serviços e funções não são tão distintas.

Em função desses questionamentos, os estudos na área da administração têm revelado um debate bastante rico sobre o fenômeno da gestão, sua

complexidade e multideterminação, envolvendo conhecimentos de vários campos disciplinares. Nesse contexto, a gestão vem sendo concebida como uma prática social, como expressa Gelson Silva Junquillo (2001) em um texto provocativo sobre os mitos e os folclores da função gerencial.

Nessa mesma direção, Barreto e Guimarães (2010), com base na discussão feita por Junquillo (2001, p. 1208), sugerem o seguinte conceito de gestão: **“Gestão é um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados”**.

Leitura complementar: Um melhor entendimento das questões apresentadas pode ser obtido por meio da leitura do artigo *“Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do ‘folclore’ e o ‘fato’*”, de Gelson Silva Junquillo (2001, publicado no periódico gestão e produção).

A gestão é, portanto, um processo técnico porque exige capacidade analítica com base em conhecimento científico. No caso da gestão da saúde, por exemplo, para se tomarem decisões, é necessário utilizar informações referentes à situação de saúde e ao uso de medicamentos de uma determinada população, de forma sistematizada, atualizada e com base em métodos epidemiológicos e sociológicos. Da mesma forma, a gestão da saúde utiliza-se de tecnologias de planejamento, de suas técnicas e métodos, para análise da situação (diagnóstico), para identificação e priorização de problemas e para definição da Imagem-Objetivo a ser alcançada.

Nessa mesma direção, as atividades desenvolvidas pela assistência farmacêutica devem ser pautadas em informações técnicas, desde o conhecimento dos problemas da realidade em que está inserido o serviço até o trabalho específico de seleção de medicamentos ou programação. Como por exemplo: Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT), elaboração de programação e distribuição dos produtos, alocação de recursos, organização de equipes de trabalho, entre outros.

Ainda no plano analítico, a gestão requer, de maneira mais ampla, uma análise da situação em que está inserida. No nosso caso, estamos falando também do contexto da administração pública. É preciso conhecer a natureza da administração pública.

A administração pública é um conjunto de instituições que representa o Estado, ente maior que rege a sociedade. Essa administração envolve um componente político muito forte, pois significa que o poder da sociedade está ali representado.

Portanto, não se pode desconhecer ou achar que isso seja um “defeito” a ser “consertado”, ou um impedimento para que se possa desenvolver o trabalho de

forma produtiva. Essa natureza política implica reconhecer que os “acionistas” desta grande organização que se chama “Estado” são a população, com diferentes poderes e, conseqüentemente, com diferentes graus de influência no processo decisório. Reconhecer esse papel central da população política e na conformação das políticas públicas é o que diferencia um gestor contemporâneo e capaz de obter resultados de gestão sustentáveis.

É preciso compreender, também, que todo processo de decisão é uma ação política porque envolve escolhas, confrontos de opiniões e de interesses. As decisões são resultado de negociações entre diferentes alternativas e prioridades e, nesse sentido, requerem muita habilidade, muito “jogo de cintura”, visão estratégica e uso de ferramentas importantes, como a negociação e a motivação, para “administrar/gerenciar” os diversos interesses dos membros de uma organização, de uma sociedade, com poderes dessemelhantes, oriundos de variadas fontes.

Ou seja, a gestão conduz o cotidiano, mas pode ser exercida de formas mais ou menos adequadas, levando a diferentes resultados. É, certamente, um processo dinâmico e contínuo de interação entre distintos saberes, recursos e pessoas, com díspares ideologias e compreensões de mundo e das necessidades que devem ser priorizadas. Não é, portanto, um processo sem conflitos.

O “conflito” é inerente às sociedades humanas, não é possível extingui-lo, pois uma sociedade sem conflito significa uma sociedade sem diferenças. E a existência de diferenças é saudável, é reconhecer que não somos iguais, não pensamos igual e temos projetos e interesses diferentes. E isto é a essência da democracia, que exige “respeito às diferenças”. O conflito decorrente destas diferenças pode e deve ser “enfrentado” mas com as “armas” da civildade, condizente com a capacidade humana de pensar, de argumentar, de ouvir, de aprender e de respeitar o outro. O conflito pode e deve ser tratado como impulsionador de mudanças. E é este impulso para a mudança que devemos extrair de situações de conflito, de disputas. Em prol de mudanças importantes para o benefício de muitos. (MARTINELLI; ALMEIDA, 1998, grifo do autor).

É possível compreender a gestão como uma prática técnica, social e política, dotada de tensões que são inerentes às relações de produção, ao mundo do trabalho, que pressupõe interesses e conflitos decorrentes da inserção desigual dos homens na sociedade e nas organizações.

Isso significa que, como processo social, a gestão reflete diferentes crenças, valores, interesses, forças e fragilidades. O processo de condução – a gestão – no mundo do trabalho não está desconectado da realidade social, é uma ação humana que reflete essa sociedade e também a modifica, de forma dinâmica e constante.

No mundo do trabalho, a essência da gestão é “conduzir” para a obtenção de resultados.

Sintetizando: gestão é fazer acontecer.

Ou seja, é conduzir pessoas, recursos, para mudar uma situação na direção de um objetivo desejado, por isso é uma condução comprometida com um projeto, com um resultado. Assim percebida, a gestão é resultado e não esforço.

A sensação de se chegar em casa ao final do dia cansado, sem saber muito bem o que se fez, vem do fato de estar preso ao esforço, e não ao resultado, e isso se dá, principalmente, por não saber, muitas vezes, para onde se pretende ir, aonde se quer chegar. O esforço é irrelevante do ponto de vista gerencial, porque, quando se é avaliado, o que está em jogo são os resultados, isto é, o que foi alcançado.

Não existe uma fórmula mágica e infalível de gerir, pelo contrário, o processo exige capacitação e esforço técnico, com conhecimentos e habilidades humanas e políticas e interação com a sociedade. E isso é possível quando se tem a clareza de que todos esses componentes são importantes, caminham juntos, e de que todos têm condições de aprender, praticar, desenvolver e melhorar a gestão.

É possível concordar com Paulo Roberto Mota¹ (1995) quando afirma que gestão é arte, pois envolve habilidade, criatividade, sensibilidade. É ciência, porque exige conhecimentos técnicos, que precisam ser acessados para gerenciar, ou seja, é preciso desenvolver capacidade analítica e reflexiva, bem como habilidades humanas, considerando que o grande insumo da gerência é o homem, é “gente”, e, como tal, repleto de singularidades.

1.2 Requisitos da gestão

Além de saber o conceito de gestão, é importante identificar os requisitos necessários para desenvolver processos de gerência/gestão.

Existe um autor, considerado um dos maiores estudiosos da América Latina sobre planejamento estratégico de governo, chamado Carlos Matus² que defende uma ideia de governo que nos ajuda a entender a gerência como um ato de governar.

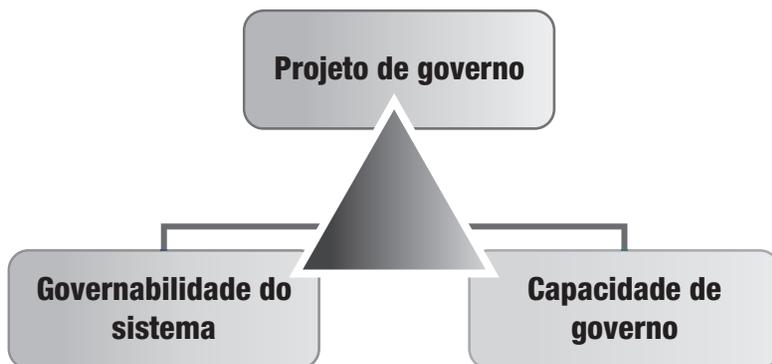
É por essa linha de pensamento que o conceito de governo de Carlos Matus é adotado como sinônimo de gerência. Carlos Matus traduz essa ideia

¹ Bacharel em Administração pela EBAPE/FGV, mestre e Ph.D. em Administração Pública pela University of North Carolina (EUA). Autor do livro *Planejamento organizacional*.

² Livros publicados: *Adeus, Senhor Presidente*; *O líder sem Estado-maior*; *Estratégias políticas: chimpanzé, Maquiavel e Ghandi*; *Política, planejamento e governo*; *Entrevista com Matus: o Método PES e Teoria do Jogo Social*. Seus principais conceitos são: Planejamento Estratégico Situacional (PES); Triângulo de Governo; Três cintos de Governo e Triângulo de ferro nas macro-organizações.

de governo por meio de uma imagem que é conhecida como “Triângulo de Governo”, demonstrada a seguir.

Figura 1 – Triângulo de Matus



Fonte: Adaptada de Matus (1993).

O **vértice Projeto de governo** se traduz como a necessidade de ter direção, projetos claros e um conjunto de leis que oriente e sustente as decisões.

O **vértice Capacidade de governo** significa a importância de manter e mobilizar recursos operacionais, técnicos e humanos para a consecução do projeto.

O **vértice Governabilidade do sistema** significa a necessidade de construir fortes alianças com pessoas que apoiem o projeto, ou seja, que se reduza a resistência ao projeto de governo. Essa situação, segundo Carlos Matus, se materializa da seguinte forma:

- não adianta ter bons projetos, boas ideias e muitos atores apoiando; se não tiver recursos para operacionalizá-los, eles não se concretizarão;
- não adianta ter bons aliados e recursos materiais e financeiros, se não se sabe para onde ir. Não saberemos conduzi-los a favor dos projetos;
- não adianta ter recursos e saber para onde ir se você conta com forte resistência e muitas forças contrárias ao projeto. Dessa forma, ele poderá não se realizar.

Há uma interdependência entre as três dimensões do Triângulo de Matus, elas precisam ser conduzidas de forma integrada para que seu projeto se concretize. Nesse sentido, conduzir ou gerenciar é uma prática que requer visão ampliada dos problemas e da realidade que se pretende transformar. Requer conhecimento, recursos de toda natureza e, sobretudo, muita habilidade para lidar com adversidades, conflitos de interesses e diferentes projetos. Além disso, considerando que o ambiente é a realidade social, extremamente dinâmica, o

gerente trabalha em situação de incertezas e de imprevisibilidade.

Ok, então, é preciso ter projetos, ter capacidade de governar e ter governabilidade sobre o sistema. Tudo bem, mas como se faz para conseguir isso? Quais habilidades é preciso desenvolver, quais condições de trabalho e qual natureza dos apoios é preciso conquistar? Na verdade não é possível nenhuma “prescrição” nem “receita de bolo” para uma boa gestão. Desconfie de quem oferecer uma ou outra.

As situações são muito complexas e peculiares. Cada situação é única e cada realidade se apresenta de forma particular. Você precisa ter discernimento e bom senso para pensar sobre sua realidade, além de atuar pensando nas suas peculiaridades. Mas, é preciso, principalmente, muita sensibilidade e desenvolver a capacidade de aprender com as diferenças e de saber ouvir diferentes posições e outras formas de analisar os problemas e as necessidades.

Só quando amplia a capacidade de “ver” e de “ouvir” – sem prejulgamentos – o gerente consegue ampliar a visão sobre os problemas da organização e a realidade que se quer transformar.

Existem, porém, requisitos importantes para o desenvolvimento da gestão de um serviço, política ou sistema.

É preciso ter projeto – ter um propósito

O propósito é o alvo que deve-se atingir como resultado do nosso trabalho, numa perspectiva de longo, médio ou curto prazo. O importante é que as tarefas tenham uma direção, um sentido, imediato ou cumulativo, sendo esse claro, definido e pactuado. É necessário ter um propósito a se alcançar, o que contribui, diretamente, para elevar a motivação, e, assim, não ficarmos presos ao esforço, apagando incêndio ou ficando à deriva.

No setor público de saúde, também sofre-se com a fragmentação do trabalho, e com a supervalorização das atividades administrativas, muitas vezes, perde-se a visão do propósito maior: contribuir para a promoção da saúde das pessoas.

A saúde das pessoas, da população, é o objetivo de longo prazo de todo profissional de saúde. Ter clareza disso é fundamental para a humanização do atendimento à saúde e para a construção da resolutividade da atenção à saúde, o que vai, conseqüentemente, gerar a satisfação como trabalhador.

Leitura complementar: É preciso construir objetivos comuns, ter propósitos. É importante refletir o que se entende por assistência farmacêutica. O que o farmacêutico entende por assistência farmacêutica? E o que os gestores entendem? Sugere-se a leitura da Política Nacional de Assistência Farmacêutica com esse olhar: o que é assistência farmacêutica no serviço de saúde? Qual é a assistência farmacêutica que os profissionais de saúde querem ter? A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/2004 aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

A gestão começa com um acordo feito sobre um propósito, para onde queremos ir, ou seja, que objetivos queremos alcançar. Se os objetivos forem alcançados, nossa realização é plena, por isso, é fundamental que a gestão seja orientada por um processo de planejamento participativo, descentralizado e que favoreça a construção de propósitos (ou Imagem-Objetivo) pactuados entre os diferentes atores envolvidos.

Essa pactuação é muito importante, pois, se todos os envolvidos conhecem a importância de se construir esse projeto, acumulam-se força e “poder” para sua consecução. O propósito deve ser coletivo, de todos ou de muitos, e não apenas da pessoa que ocupa o cargo de gestor no momento.

Em algumas situações, a ausência de sentido no trabalho, de um propósito, gera uma condução sem direção e sem reflexão e nos transforma em “seguidores/servidores” passivos, autômatos/burocráticos, ou em dirigentes inflexíveis e desprovidos de “bom senso”.

Essa realidade, embora ainda presente na atualidade, tem origem bem antiga e baseia-se na concepção de que existe uma separação entre pessoas que “pensam” e aquelas que “executam”. E isso não favorece o trabalho em equipe, o trabalho colaborativo. Só pode haver colaboração se houver identificação e comprometimento com os resultados/propósitos que a organização pretende alcançar. Essa antiga separação é, nos dias atuais, traduzida em “quem manda e quem obedece”, entre os que planejam e os que executam,³ que reproduz, no mundo do trabalho atual, a separação entre proprietários dos meios de produção e detentores da força de trabalho (os trabalhadores), presente nas sociedades capitalistas.

Felizmente, o mundo contemporâneo tem feito conquistas significativas, alguns “muros” foram derrubados, e o mundo do trabalho tem apropriado essas mudanças, reconhecendo que o trabalhador produz mais e melhor quando reconhecido pelo que “pensa” e não apenas pelo que “faz” no sentido de cumprir tarefas.

³ Fayol dizia que o sucesso das organizações estava nas políticas gerenciais e defendia que o gerente deveria decidir, pois o trabalhador não tinha nem tempo nem dinheiro (e capacidades) para se dedicar a conhecer o trabalho. Era apenas para executar o que era decidido por outros, os gerentes.

O tempo dos “tarefeiros”, “papagaios/repetidores de ordens” ou “meros cumpridores de ordens”, sem pensar no que estão fazendo e no porquê, está ficando para trás. Essa separação entre pensar/ saber x fazer também favorece o que se denomina de alienação do trabalho, reduzindo-nos a meros “apertadores de botões”.

Sugestão de vídeos: Recomenda-se assistir duas produções:

O filme *Tempos Modernos*, de Charles Chaplin de 1936, aborda os malefícios do trabalho desprovido de sentido.

O curta-metragem brasileiro *O dia em que Dorival enfrentou a guarda*, de 1986, retrata a situação de funcionários que apenas cumprem ordens sem questionar. O roteiro gira em torno do desejo do preso Dorival de tomar um banho, pois há dez dias ele não pode tomar devido a uma ordem dada não se sabe por quem. E ele questiona essa ordem ao soldado, ao cabo, ao sargento e, por fim, ao tenente: afinal, quem deu a ordem? E ninguém sabe a resposta. E Dorival fala que, “se não sabe quem deu a ordem e obedece, é um boneco”. E quando um dos funcionários lembra que o lema da organização é a ordem, Dorival argumenta: “vocês não têm lema; pau-mandado não tem lema”! Esse argumento faz pensar que, “quando não se sabe para onde ir, faz-se o que outros mandam fazer”.

Se forem observadas as mudanças que estão ocorrendo em volta, percebemos que o futuro que se avizinha aponta para um trabalhador e não um “servidor”, ou seja, para um profissional comprometido com a transformação da sociedade e que sabe e conhece, criticamente, qual o sentido da transformação que se pretende e qual a responsabilidade para com a sociedade.

É preciso ter recursos de toda natureza

Para conduzir uma instituição/organização/setor/órgão na direção de um propósito definido, é imprescindível ter recursos de toda natureza, inclusive recursos de poder. Descobrir, utilizar e mobilizar o poder da equipe, do setor, e colocá-lo a serviço do projeto é uma estratégia importante de gestão. Mas precisa-se também de recursos financeiros, materiais e humanos.

Se não há recursos e se são necessários, existe a necessidade de criar alternativas para consegui-los. Se existem recursos, eles devem ser usados a favor de um projeto comum.

Isso significa que nossa capacidade de governo pode ser aferida pela nossa

capacidade de manter e mobilizar recursos necessários para a consecução de nossos objetivos/propósitos, pois, para que a realidade seja transformada na direção desejada, é necessário que essa direção seja pactuada entre todos os envolvidos e que todos estejam conscientes do quanto precisam fazer.

No entanto, essa pactuação não é um processo simples, pois, como já foi dito, o contexto não é harmônico, não existe um pensamento único nem uma única maneira de pensar a assistência farmacêutica, não há consensos fortes em torno desse campo de atuação do farmacêutico. E, essa é uma realidade não só para a assistência farmacêutica, mas para quase todos os campos de atuação profissional.

Há sempre possibilidades de escolhas, por isso a gestão utiliza ferramentas importantes como a negociação.

A negociação e a pactuação são ferramentas de gestão que respeitam as diferenças e que admitem diversidades de interesses, de opiniões, de formas de pensar e de analisar dada realidade. São instrumentos de essência democrática. O avesso da negociação é a imposição, o autoritarismo. É por essa razão que os instrumentos de gestão do SUS, a exemplo das Programações Pactuadas e Integradas (PPIs), dos Pactos da Saúde, são orientados por princípios democráticos.

Isso porque a gestão da saúde tem um forte componente político e social, não podendo prescindir de negociação constante: com a equipe, com os dirigentes, com os usuários.

Negociar significa aceitar que nem todas as nossas prioridades, as nossas certezas e os nossos interesses são os melhores e os mais corretos e que, muitas vezes, os outros têm também importantes contribuições para o processo. É ter uma postura flexível, outra importante habilidade de um gerente/ gestor. A negociação é aplicada em todos os campos da vida social: é uma ferramenta política aplicada por todos os cidadãos.

É preciso construir a governabilidade do sistema

Este é o terceiro requisito ou condição da gestão quando analisada na perspectiva do Triângulo de Governo de Carlos Matus.

Todas as habilidades, ferramentas e considerações contextuais, até aqui apresentadas, são importantes para dar sustentabilidade à gestão, o que Carlos Matus chama de governabilidade do sistema.

Devemos reconhecer que, muitas vezes, as situações vividas no cotidiano de trabalho estão fora dos espaços de conhecimento, de intervenção ou de poder. Um bom exemplo pode ser uma das reivindicações mais comuns entre os farmacêuticos: a necessidade de contratar mais farmacêuticos! Os profissionais logo identificam que, para esta ação, é preciso mais que a definição pelo farmacêutico: é preciso abrir a vaga, é preciso disputar a vaga com outras

categorias profissionais, definir a alocação... Ou seja, depende de outras pessoas também; o poder de decidir e de executar esta ação não está todo com o farmacêutico.

Se houver visão estratégica e pró-atividade, serão apresentadas articulações, utilizar os argumentos e construir parcerias e alianças. A governabilidade não está só no que nós podemos desenvolver por conta própria, ou “com as nossas próprias mãos”, ela é construída pela nossa capacidade de influenciar, argumentar e aproveitar todas as oportunidades possíveis. Por isso, os estudos sobre gestão contemporânea defendem que a formação de gestores deve envolver conhecimento técnico/instrumental e conhecimento no campo das relações humanas, das ciências sociais e da ciência política para dar conta do preparo para a atuação, de forma mais articulada e decisiva.

A governabilidade de um sistema não está baseada só na possibilidade de o farmacêutico decidir e executar sozinho uma determinada ação. Ela é construída a partir da identificação de possíveis aliados, de grupos de “resistências” e até mesmo daqueles contrários ao projeto de governo. A tarefa de um gestor é, ao analisar esse cenário, pensar estrategicamente, conduzir para construir alianças fortes e capazes de reduzir possíveis resistências. Em algumas situações, elevar nossa governabilidade é uma tarefa imprescindível, sob pena de não conseguirmos levar adiante nossos propósitos – gerando frustração pessoal, além das consequências para a sociedade (principal interessada nos resultados da nossa ação).

A construção da governabilidade passa também pela importante construção da autonomia. Essa autonomia significa que os sujeitos diretamente envolvidos (a equipe/os usuários) devem pensar, tomar decisões e ter poder de implantar as ações e as diretrizes que entendem necessárias. Todo processo de condução revela algum grau de autonomia decisória, considerando que, em determinados contextos, é muito importante conquistar a autonomia necessária para poder tomar decisões e executá-las. A construção da governabilidade passa também pela socialização de nossas ideias, pelo aperfeiçoamento dos mecanismos e meios de comunicação, pela adoção de uma postura mais aberta para o diálogo e para a escuta.

Essas três condições/requisitos da gestão nos levam a concluir que existem formas, maneiras e estilos de conduzir; que essa condução faz muita diferença, inclusive classifica ou tipifica a gestão. Os seguintes termos são conhecidos: “gestão participativa”, “cogestão”, “autogestão”, pois, às vezes, a gestão é conceituada a partir da forma como se conduz, ou seja, através de “atributos” que a caracterizam.

Os pressupostos apresentados fundamentam a Gestão da Assistência Farmacêutica. A gestão precisa ser caracterizada pelas diretrizes da participação, do controle social, da descentralização, da transparência.

Referências

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun. 2010.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e ação gerenciais nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. *Gestão & Produção*, v. 8, p. 304-318, 2001.

MARTINELLI, P. D.; ALMEIDA, A. P. *Negociação e solução de conflitos: do impasse ao ganha-ganha através do melhor estilo*. São Paulo: Atlas, 1998.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. São Paulo: Record, 1995. 256 p.

GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães
Marina Raijche Mattozo Rover
Samara Jamile Mendes

A sociedade passa por transformações a cada era e o conhecimento evoluiu junto à economia e às formas de o homem pensar nas organizações sociais.

Com a evolução ganham-se novas formas de transmissão; ferramentas e símbolos foram construídos e idealizados para desenvolver o conhecimento; a organização da sociedade e as políticas deram início à democracia e à prática da cidadania.

A queda de paradigmas, tentando superar a herança clássica da era industrial, e o surgimento de novas tecnologias na era da “luz” possibilitou atingir limites antes impossíveis de alcançar.

2.1 Atributos dos gestores

Os atributos de cada gestor é que vão determinar a forma de condução e o estilo da gestão. É importante que se defina, também, claramente, o significado da “gestão” que se desenvolve, pois existem várias formas de se conduzir um projeto.

São vários os estilos e as modalidades gerenciais:

- participativo/não participativo;
- descentralizado/centralizado;
- flexível/rígido;
- democrático/autocrático;
- com/sem autonomia;
- transparente/obscuro.

O estilo de conduzir deve estar em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS: participação social, transparência, universalidade, equidade, integralidade, descentralização.

Nesse contexto, o farmacêutico e também gestor da assistência farmacêutica tem novas expectativas e exigências a serem contempladas. Roberto Lima Ruas e colaboradores (2008) mencionam o perfil do novo gestor e os atributos dele, conforme descrito nos Quadros 1 e 2:

Quadro 1 – Características do novo gestor

PERFIL DO GESTOR
Ser íntegro
Visão estratégica
Visão da organização
Capacidade de liderança
Capacidade de decisão
Capacidade de negociação
Capacidade para motivar
Foco no resultado
Ética no trato das questões profissionais e sociais
Coordenação de trabalhos em equipe
Habilidade interpessoal
Atitude pró-ativa

Fonte: Ruas et al. (2008).

Quadro 2 – Atributos do novo gestor

ATRIBUTOS DOS GESTORES
Capacidade para atuar com emissão e recepção de informações
Habilidade para comandar grupos, assessores e outras redes de pessoas e para estimulá-las a enfrentar desafios
Desaprender periodicamente e aprender de novo

ATRIBUTOS DOS GESTORES
Familiarizar-se com geografia, mais especificamente com as diferenças e os conflitos culturais
Abertura para novas ideias e novas perspectivas (capacidade para “ouvir”, “ver” e “perceber”)
Iniciativa, coragem, flexibilidade e tolerância

Fonte: Ruas et al. (2008).

Observa-se que somente um super-homem ou uma super-mulher poderiam desenvolver por completo o conjunto de atributos e elementos cobrados desse novo gestor. Os atributos e o perfil apresentados não são de um único trabalhador, não são do gestor máximo, nem de uma pessoa que está no cargo de gerência, trata-se da gestão de um coletivo de pessoas, pois a gestão não é produto de um gerente, é produto da gerência. Gerência é um fenômeno relacional, é um fenômeno que envolve equipes – é coletivo por concepção!

É possível conduzir/gerenciar o SUS sem a participação e o controle social? É possível conduzir ou gerenciar os serviços oferecidos pelo SUS, no âmbito municipal, com ações definidas pelas Secretarias Estaduais e pelo Ministério da Saúde, sem ouvir os municípios? Sem os Conselhos Municipais de Saúde atuantes? Que tipo e natureza do planejamento vão servir de ferramenta da gestão da saúde? É um planejamento mais normativo em que só os grandes especialistas podem decidir, centrados, predominantemente, num “conhecimento técnico”, sem ouvir os diferentes atores envolvidos com a assistência farmacêutica?

Ou será escolhido um planejamento estratégico, mais participativo, que favoreça uma análise mais ampla da realidade que se quer transformar; que possibilite a construção coletiva de consensos em torno dos objetivos/resultados comuns a serem alcançados?

Aquele que favoreça, principalmente, a avaliação, ao final de um período, do que se conseguiu alcançar, identificando fatores que influenciaram positiva ou negativamente o alcance dos resultados?

Será escolhido um planejamento estratégico em que se possam corrigir os rumos e reduzir barreiras?

Essas opções são feitas a todo instante, no cotidiano da gestão de um serviço e representam um norte muito claro e bem definido – resultado da tomada de decisão de um gestor e de uma equipe por optar por um determinado estilo de gestão. Essa decisão é clara e é fruto da concepção de pessoa, de sociedade, de direitos, que este gestor e a equipe dele têm.

Aplicando esses pressupostos de gestão como atividade técnica, política e social, caracterizada por ações que definem diferentes estilos de gestão, foi

desenvolvida uma proposta de avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica municipal para o estado da Bahia (BARRETO; GUIMARÃES, 2010), posteriormente adaptada e aplicada em municípios catarinenses (MANZINI, 2013; MENDES, 2013; LEITE et al., 2015). Os resultados desses projetos ajudam a identificar o quanto a gestão da assistência farmacêutica ainda carece de clareza quanto à importância de ter definidos os pressupostos do SUS, e que estes estejam colocados na prática, em todas as ações desenvolvidas.

Em muitos casos, o planejamento ainda é entendido como ato burocrático e nada prático, sem vínculo com a realidade e sem o propósito de nortear verdadeiramente as ações. Os conselhos de saúde ainda não são entendidos como copartícipes do processo de gestão e aliados para a sustentação de resultados. A gestão da assistência farmacêutica, de forma geral, ainda fica isolada do contexto da saúde e encontra-se pouco institucionalizada. Esses resultados sugerem a necessidade de que os farmacêuticos estejam mais preparados para os desafios do fazer gestão no SUS, que tenhamos mais clareza quanto às competências que precisamos desenvolver e dos atributos que possam definir as melhores características para o gestor. Ao final, que esteja claro o que pode definir a obtenção de melhores e mais duradouros resultados.

Leitura complementar: Para conhecer um pouco mais sobre estes modelos de gestão (autogestão, cogestão, gestão participativa) e o modelo de gestão do SUS, sugere-se a leitura de um texto complementar denominado *O modelo de gestão no SUS*, disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3000>>.

2.2 Necessidade de avaliar

Comumente, não se costuma pensar em avaliação como parte do próprio processo de trabalho, entretanto se for considerado que gestão requer visão de desempenho, é imprescindível que a avaliação seja utilizada também como ferramenta de gestão.

O desempenho está relacionado ao quanto se fez para atingir o propósito. Inspirando-nos nas proposições de Carlos Matus, pode-se compreender assim: o quanto e como caminha-se na direção da construção da Imagem-Objetivo; ou, que distância existe entre a situação inicial (a que encontrei) e a situação desejada (a que quero alcançar).

A necessidade de avaliar deve estar integrada ao próprio processo de trabalho. Mesmo não tendo a solução para todos os problemas, é necessário estipular metas e objetivos entre aqueles mais próximos de serem alcançados até os considerados mais difíceis ou longe do nosso alcance imediato, ou seja, despertar para saber aonde chegar – só assim é possível identificar resultados.

Ter clareza do que é o resultado do nosso trabalho é primordial para incentivar a caminhada e o crescimento da gestão da assistência farmacêutica.

Os profissionais de saúde, habitualmente, desenvolvem serviços que podem ser, facilmente, contabilizados e reconhecidos pela população. Como exemplo, os profissionais da enfermagem, que registram procedimentos (curativos, vacinas etc.); os médicos, consultas etc. E, quanto à atuação do profissional farmacêutico: É realizado algum tipo de registro do trabalho além da quantidade de medicamentos dispensados?

Pode-se relembrar a abordagem de Donabedian (1990 apud VAITSMAN; ANDRADE, 2005), que desenvolveu um quadro conceitual, fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade.

A proposta de Donabedian diz respeito ao processo geral de cuidado e, quando se fala de um componente específico das ações em saúde (assistência farmacêutica, por exemplo), observam-se diferentes níveis de compreensão das consequências das estruturas e dos processos envolvidos com interesse avaliativo (PORTELA, 2000). Os resultados podem ser compreendidos sob diferentes óticas, cuja adaptação da terminologia internacional tem, no Brasil, aparecido com certa confusão nas diversas traduções (OPAS, 2005). Considerando a terminologia internacional e as expectativas atuais dos usuários, de outros profissionais e farmacêuticos, é importante fazer a reflexão proposta a seguir. A discussão do que esperar da assistência farmacêutica deve impactar na realidade e na evolução dos serviços farmacêuticos prestados.

Então, na Farmácia, quais são os resultados dos serviços farmacêuticos? O que a população espera da assistência farmacêutica?

Torna-se uma tarefa difícil dimensionar os resultados de “serviços farmacêuticos” se o que é esperado não é serviço, e sim a entrega de um produto. O fato de a assistência farmacêutica, em muitas situações, ainda ser sinônimo de operações técnicas, com foco no medicamento, impossibilita a expressão de um resultado de saúde da ação da assistência farmacêutica. O resultado, então, é o próprio produto, não a ação profissional.

A maioria dos profissionais de saúde possuem indicadores padronizados para registrar e medir o quanto produz em sistemas de informação em saúde. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por exemplo, permite uma avaliação das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde, por meio dos

dados gerados por profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Com o farmacêutico não deve ser diferente. No entanto, ainda na Atenção Básica, esse mecanismo de registro não acontece. É de fundamental importância adotar um sistema de registro dos serviços prestados pelo profissional, pois, além de motivá-lo e deixá-lo mais seguro das suas ações, é uma forma de autenticação dos serviços prestados (MENDES, 2013). Para isso é importante ter uma carteira de serviços estabelecida, com os procedimentos e ações a serem desenvolvidos em cada serviço.

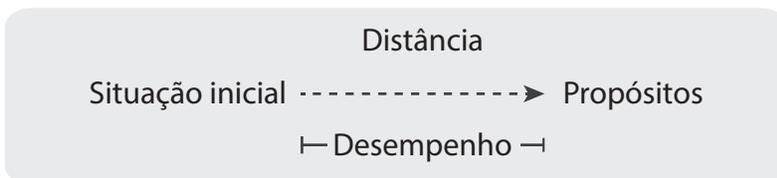
Em estudo realizado sobre a gestão da assistência farmacêutica em seis municípios de Santa Catarina, uma situação crítica encontrada em todos os municípios pesquisados foi a falta de mecanismos que registrem a produtividade do farmacêutico. Esse fato evidencia que essa não é uma prática comum entre os farmacêuticos, como é para outros profissionais, mas é necessário iniciarmos uma discussão sobre a importância desse registro para a gestão e para a manutenção dos processos de trabalho dos farmacêuticos (MENDES, 2013).

Imaginemos que, ao avaliar um serviço de assistência farmacêutica, um profissional conclua que está muito bom, porque os usuários não fizeram reclamações, a estrutura física parecia adequada aos padrões, havia farmacêuticos em todos os setores, entre outros fatores positivos. Mas, se o propósito da equipe era o de melhorar os serviços assistenciais na farmácia, melhorar os níveis de adesão ao tratamento, diminuir os erros de administração de medicamentos, então, o desempenho pode não ter sido satisfatório. Estes elementos não fizeram parte da avaliação! A falta de conhecimento das responsabilidades do farmacêutico pela população faz com que não esperem tais resultados. Ou seja, a avaliação é também, e principalmente, baseada em expectativas!

Além das necessidades em saúde levantadas e das expectativas da população em relação ao serviço, os propósitos da equipe também devem nortear a avaliação de desempenho e, por isso, por mais que o serviço pareça bom para a população, seu desempenho pode não ter sido satisfatório para a equipe, por exemplo, e necessitar de mudanças e investimentos.

Na figura a seguir, podemos visualizar que, para atingir os propósitos do serviço, é necessário, também, avaliar o desempenho.

Figura 1 – Avaliação de desempenho



Sendo assim, vale ressaltar que o desempenho é medido em relação à distância entre o que se conseguiu fazer e o que se quer alcançar. É nessa relação que são identificados os “problemas” que precisamos mudar/enfrentar. Uma situação tem problemas à medida que se encontra distante do nosso objetivo desejado. Isso significa que sempre teremos um problema, pois sempre teremos novos objetivos a perseguir, algo a se fazer para melhorar. E isso é o que nos move, nos motiva, pois sempre há um novo desafio, um novo sentido para a nossa ação profissional.

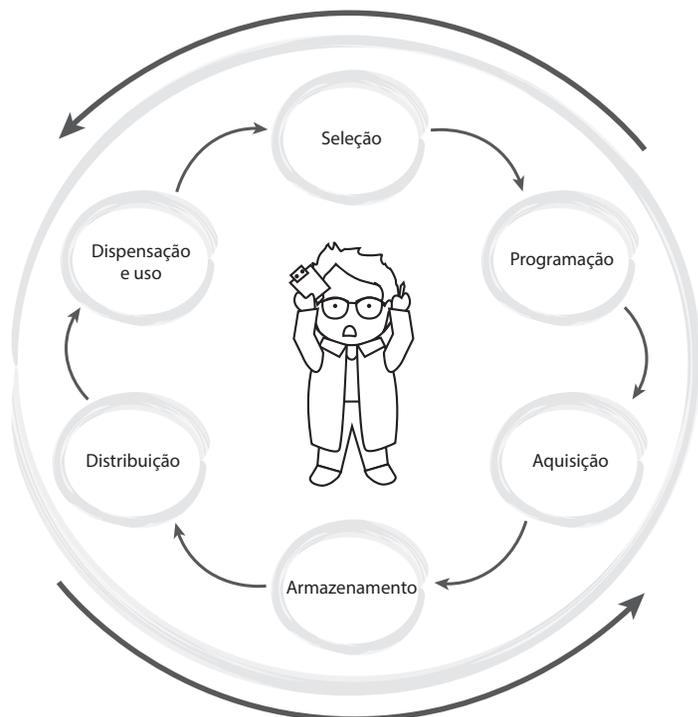
O contrário disso é a omissão, o alheamento. Um trabalho sem objetivos, sem direção, não favorece a criatividade; e um trabalho sem investimento criativo é uma repetição, que favorece o cansaço improdutivo e a desmotivação. Assim, é importante que um gestor assuma a avaliação como uma ferramenta que contribui para identificar quais os fatores que, ao longo da implementação das ações, facilitam ou impedem que se atinjam os resultados desejados da melhor maneira possível. Ou seja, institua um processo de avaliação sem “medo” de ser “avaliado” e com o objetivo de detectar dificuldades e obstáculos para corrigir os rumos de suas ações, assim como para identificar os avanços e acertos, e disseminar lições e aprendizagens. Essa postura aberta para a avaliação faz toda a diferença na gestão.

2.3 O farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica

O farmacêutico da Figura 2 é um profissional que desenvolve as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, conforme prevê o ciclo da assistência farmacêutica (MARIN et al., 2003). Um profissional envolvido com tantas atividades corre o risco de ficar isolado em um ciclo fechado, com pouco envolvimento com outros profissionais e setores nos serviços de atenção à saúde. Além disso, as atividades são realizadas de forma tão automatizada que o profissional pode acabar não refletindo sobre o que está fazendo e perder o foco do objetivo final.

No Brasil, o ciclo da assistência farmacêutica é, tradicionalmente, discutido com base na publicação de Marin e colaboradores (2003), intitulada “Assistência Farmacêutica para gerentes municipais”. Para os autores dessa publicação, a gestão é reconhecida como um processo administrativo e ocorre em todos os níveis de atividades da organização, isto é, gestor, gerente e supervisor. Cada qual em um nível desempenha atividades de previsão, organização, liderança, coordenação e controle, como “atividades administrativas essenciais” (MARIN et al., 2003).

Figura 2 – Farmacêutico representado no ciclo de assistência farmacêutica



Fonte: Elaborado pelos autores.

Leitura complementar: O livro *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais* foi publicado em 2003, pela Organização Pan-Americana da Saúde e foi uma obra marcante para a área da assistência farmacêutica no Brasil.

A ênfase nos aspectos logísticos relativos à disponibilização de medicamentos tendeu a restringir as discussões da área à descrição técnica das partes do modelo proposto pelo “ciclo da assistência farmacêutica” (SANTOS, 2011).

As características da administração clássica e científica de Taylor e Fayol, como: previsão, organização, comando, coordenação e controle, objetivam o aumento da produção. A gestão vista somente como modo de executar as etapas do ciclo da assistência farmacêutica remete à herança dessa administração clássica e, ao mesmo tempo em que facilita a visualização das etapas e dá uma ideia de continuidade das tarefas logísticas, também coloca a assistência

farmacêutica em um patamar operacional, com uma visão simplista e reduzida, não levando em consideração os aspectos sociais, políticos e estratégicos.

Dessa forma, é possível compreender por que o medicamento, como tecnologia, é mais privilegiado do que as pessoas em determinadas concepções de assistência farmacêutica, ou seja, a “gestão da assistência farmacêutica” ficou, empiricamente, definida como um conjunto de ações técnico- operacionais delimitadas ao cuidado do produto medicamento e, quando muito, ao seu destino, mas não necessariamente ao destinatário.

Segundo Santos (2011), enquanto, no país, as boticas primavam pela elaboração dos medicamentos individualizados, e o mercado farmacêutico industrializado era incipiente, a assistência farmacêutica era a assistência do farmacêutico à saúde das pessoas. A concepção de assistência farmacêutica passou a ser focada no medicamento a partir da industrialização do medicamento, da expansão do comércio farmacêutico e da organização dos serviços de saúde, como assistência médica curativa e beneficiária dos contribuintes.

A partir da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), a descentralização da gestão da assistência farmacêutica gerou a necessidade do desenvolvimento desta área em todos os níveis. Assim, a assistência farmacêutica vem sendo implementada, de forma articulada, pelos municípios, estados e União, em que as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) acontecem com o objetivo de ampliar o financiamento, de atualizar os elencos dos medicamentos, de estabelecer as formas para sua gestão e execução (descentralização, pactuação de responsabilidades), de definir as questões relacionadas à sua estruturação e qualificação, e também para estabelecer um novo ordenamento na forma de acesso aos medicamentos.

Observa-se, no entanto, que as ações que vêm sendo implementadas, conforme preveem as políticas, nos estados e municípios brasileiros, ainda precisam evoluir para garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos.

Nos últimos anos, a estruturação da assistência farmacêutica no SUS vem sendo considerada uma estratégia fundamental para a ampliação e a qualificação do acesso da população aos medicamentos e para a consolidação do próprio sistema de saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde tem investido em diferentes estratégias para qualificação e estruturação da assistência farmacêutica: nos editais de pesquisa, principalmente nas atividades de formação e capacitação dos profissionais (incluindo os cursos); nos recursos para a estruturação dos serviços; e no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS).

No decorrer da vida acadêmica e profissional, muitas vezes, se é levado a acreditar que o conhecimento técnico é capaz de resolver tudo ou quase tudo, mas, no contexto complexo em que vivemos, devemos observar que

apenas este conhecimento não é suficiente para solucionar todos os problemas. Compreender a articulação desse conhecimento específico, com uma visão estratégica e política, auxiliará a exercer as atividades, segundo os princípios e as diretrizes do SUS.

Os profissionais de saúde, no dia a dia de trabalho, se defrontam com uma realidade complexa e dinâmica. Além disso, é um ambiente de conflitos, pois envolve muitas pessoas, muitos interesses. Para a solução dos problemas, é preciso um conhecimento amplo da própria realidade, além de clareza quanto aos objetivos e aos resultados pretendidos. Se isso não está claro, o processo será desgastante, pois, se não sabemos para onde estamos indo, corremos o risco de não chegar a lugar algum.

Ou seja, além dos aspectos técnicos, como o conhecimento da realidade em que estamos inseridos e sobre os recursos de toda natureza que precisamos obter e manter, é necessário considerar os aspectos políticos, como a negociação e articulação com os envolvidos na gestão; e os aspectos sociais porque devemos atuar para e com a participação da sociedade.

Apenas com os aspectos técnicos, os objetivos
não serão alcançados!

Todas as funções desempenhadas pelo farmacêutico, representadas por meio do ciclo, são atividades técnicas, extremamente importantes e fundamentais para o sistema de saúde, mas são representadas de forma, tecnicamente, definida e delimitada. O que isso quer dizer? Que a forma como se representam essas operações, que, tradicionalmente, integram o ciclo, induzem ao entendimento de que o fato de serem empregadas as melhores técnicas para selecionar os medicamentos para uma lista, ou ter bons mecanismos de controle e distribuição, boas práticas de armazenamento etc., são suficientes para que tudo funcione muito bem. O fato é que a vida real impõe, no cotidiano, uma variedade de situações-problema que exigem ações de gestão para que a lista de medicamentos selecionados seja implementada verdadeiramente; que todos utilizem o sistema de informação disponível; que o entregador e os funcionários do almoxarifado respeitem, realmente, o estipulado pelas boas práticas; que a distribuidora não atrase a entrega das compras... E tantas e tantas condições para que o ciclo funcione.

Ou seja, fazer gestão ou gerenciar a assistência farmacêutica é aliar todo o saber e fazer tecnicamente qualificado do farmacêutico com o saber e o fazer político e social de um gestor em um sistema de saúde. É conduzir as etapas de forma que se alcancem os resultados esperados pelo sistema de saúde.

Em outras palavras, as atividades técnico-operacionais de forma isolada não garantem o acesso e uso racional de medicamentos.

O fato, também, de não saber aonde se quer chegar e de trabalhar com o imprevisto, na maioria das situações, gera um trabalho com muitos “incêndios para serem apagados”. Ter um planejamento da prática resulta em melhorias para o serviço e, conseqüentemente, para os usuários.

O trabalho desenvolvido por Santana (2013) exemplifica essa questão. Aplicando os princípios do Planejamento Estratégico Situacional de Matus, o grupo de trabalho desenvolveu o planejamento das ações para a implementação da seleção de medicamentos para uma rede estadual de hospitais. De forma participativa, transparente e tendo claros os objetivos finais, todas as etapas necessárias para que a prática se concretizasse foram planejadas e executadas por todos os profissionais envolvidos. No trabalho do grupo, foi considerado, também, o impacto econômico da implementação, com critérios fortemente embasados em evidências. O planejamento foi realizado de maneira a oficializar a cadeia de procedimentos, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e garantir uma melhor assistência aos pacientes. Dessa forma, na prática, a seleção de medicamentos foi estruturada de maneira sólida, reconhecida pelos envolvidos e os frutos já estão sendo colhidos: otimização dos recursos disponíveis; e institucionalização da Comissão de Farmácia e Terapêutica, tendo representatividade e implementação das relações de medicamentos essenciais. E todos esses resultados foram devidamente identificados e mensurados.

Esse exemplo serviu para demonstrar que, mesmo que a seleção de medicamentos seja feita baseada na melhor evidência científica disponível, possivelmente não se materializará se for um projeto do farmacêutico sozinho. Se os médicos não prescreverem, se a população não a reconhecer, se o(a) Secretário(a) de Saúde não estiver convencido, ou, ainda, se não estiver de acordo com o orçamento disponível, no final não estaremos alcançando os objetivos pretendidos.

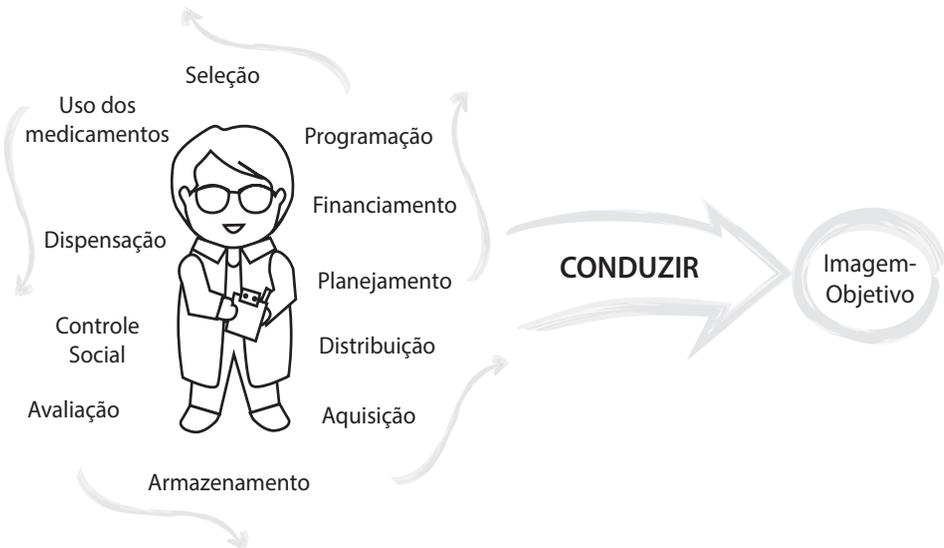
Vamos voltar para o exemplo do farmacêutico da Figura 2. Ele está envolvido com todas as atividades e isolado no seu serviço. O fazer gestão está resumido nessa “bolha”. Ou seja, este profissional não tem tido a oportunidade de fazer a gestão necessária para um sistema de saúde como o SUS!

Retomemos o conceito de Assistência Farmacêutica, definido pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2004:

um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. (BRASIL, 2004).

A assistência farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação, cujo resultado deverá ser o acesso e uso racional de medicamentos. Desta forma, o medicamento é o insumo essencial, e não o foco dos serviços.

Figura 3 – Representação do farmacêutico conduzindo a assistência farmacêutica



Fonte: Elaborado pelos autores.

O processo de condução é fazer gestão!

Conduzir é optar por um processo no qual somos os condutores dos acontecimentos e não apenas conduzidos por eles.

Os desafios colocados para a gestão da assistência farmacêutica, hoje, são os desafios colocados para a própria gestão. Por exemplo, a gestão contemporânea coloca a importância do pensar nas pessoas que fazem parte da administração e não nos produtos. E, no caso da nossa área, geralmente, somos formados ou induzidos a atuar com o foco no medicamento e não no usuário. Nesse contexto, é importante refletir um pouco em relação a como os profissionais farmacêuticos se colocam em relação ao usuário do sistema; bem como sobre o quanto esse produto, medicamento, precisa estar associado às pessoas.

Então, o grande desafio, do ponto de vista gerencial, é sair dos meios e pensar na finalidade. E, no caso da saúde, isso ainda é um imperativo muito maior, porque nós não estamos falando de um resultado qualquer, nós estamos falando da saúde da população. Assim, o farmacêutico deve estar integrado ao processo de cuidado do usuário e à equipe de saúde, tendo como foco a garantia do alcance de resultados terapêuticos positivos.

Atender a todas as necessidades do usuário, relacionadas à sua farmacoterapia, é uma demanda social que, possivelmente, nenhum outro profissional, no cenário atual, assuma como sua responsabilidade. E aqui, também, é recomendável a utilização de um modelo de decisões compartilhadas com o usuário e os outros profissionais de saúde. É necessário chegar a um acordo sobre que tratamento adotar e como fazê-lo. Envolver o usuário aumenta a adesão terapêutica, dá maior suporte ao autocuidado, além de aumentar as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos a longo prazo.

A gestão da assistência farmacêutica precisa integrar, de forma articulada, os produtos, os serviços e o fazer coletivo: a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos e os clínicos e sociais.

Este capítulo aprofundou alguns dos conceitos mais importantes para o desenvolvimento da prática gerencial, fundamentada em conhecimentos técnico-científicos embasados e que possam, verdadeiramente, ser concretizados, subsidiados por habilidades e competências político-sociais, amplamente reconhecidas e condizentes com os princípios e as diretrizes do sistema de saúde brasileiro.

A especificidade do trabalho farmacêutico neste âmbito foi embasada por exemplos do cotidiano e reflexões que permitem reconhecer, na prática deste profissional, o papel do profissional de saúde cidadão, técnica e eticamente responsável.

Referências

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

LEITE et al. (Org.). *Gestão da Assistência Farmacêutica – proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 167 p.

MANZINI, F. *Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão*. 2013. 219 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (Org.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENDES, S. *Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense*. 2013. 239 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil*. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde, 2005.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

RUAS, R. L.; DUTRA, J. S. D.; FLEURY, M. T. L. (Org.). *Competências: conceitos, métodos e experiências*. São Paulo: Atlas, 2008.

SANTANA, R. S. *Seleção de medicamentos: indicadores, estratégias de implantação e contribuições para o Sistema Único de Saúde*. 2013. 102 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, 2013.

SANTOS, R. I. *Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. 2011. 172 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 559-613, 2005.

AS FERRAMENTAS NECESSÁRIAS PARA A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Edivânia Lucia Araújo Santos Landim
Maria do Carmo Lessa Guimarães

3.1 Conflito e estratégias de resolução

Este capítulo tem como objetivo específico fazer refletir sobre a natureza do conflito e a dimensão psíquica e social dele, os mecanismos disparadores no ambiente das organizações públicas de saúde, as estratégias de resolução do conflito e a importância do processo de negociação em contextos democráticos.

O conflito possui uma dimensão psíquica que se traduz como um movimento de forças antagônicas que ocorre no interior de cada indivíduo, o que evidencia que é inerente à natureza humana. Assim sendo, o conflito possui uma dimensão social a qual se instaura no campo das relações humanas, nos diversos espaços de convivência e de interação interpessoal. Inclui-se aí o cotidiano da vida organizacional, nossos espaços de trabalho, pois o trabalho é produzido por pessoas, por seres humanos, e, como visto, “gente” é o grande diferencial da

gestão. Agregue-se a isso o fato de que as organizações precisam produzir e, para produzir, é necessário tomar decisões; e, ao tomar decisões, se faz escolhas; e, ao se fazer escolhas, não se pode satisfazer a todos da mesma forma. Assim, nessa ciranda, se estabelece o conflito, inevitável e natural nesse cenário.

O SUS, ao ser concebido, admitiu a existência de múltiplos interesses e concepções sobre como esse sistema poderia ser conduzido, em um contexto de tanta diversidade e tantas diferenças. Isso justificou a criação de espaços decisórios de gestão compartilhada do SUS, considerados lócus de encontros e desencontros entre pessoas e ideologias, gerando embates e tensões permanentes.

A articulação interfederativa entre as unidades subnacionais, mediada pelas instâncias colegiadas de gestão do SUS – como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR), Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – costuma ser, por excelência, espaço para a existência de conflitos intergovernamentais e interorganizacionais. Isso se consolida uma vez que as diferenças e iniquidades regionais, sejam elas de natureza demográfica, social, econômica e sanitária, agregadas aos interesses ideológicos e partidários, contribuem para tensionar mais ainda um campo que, por si só, tende a ser um aglutinador de dissenso e consenso, haja vista a sua própria natureza de negociação e pactuação.

Entretanto, esses embates são considerados positivos em contextos democráticos e, por esta razão, essas instâncias colegiadas de gestão do SUS são espaços de gestão participativa, nos quais o conflito é uma expressão das diferenças, da diversidade e da própria democracia.

Embora quase sempre a palavra conflito tenha uma conotação negativa, ele é inerente à natureza humana e se expressa por ideias, convicções pessoais e crenças socialmente compartilhadas, internalizadas no decorrer da nossa história de vida, as quais julga-se como verdadeiras ou certas. Depreende-se, portanto, que o conflito não pode ser avaliado somente sob um viés patológico. Isso porque o conflito de ideias, projetos, proposições pode ser um caminho para descortinar horizontes, por meio de percepções diferenciadas, possibilitando vislumbrar problemas e soluções ante os novos e velhos desafios, podendo contribuir para o processo de aprendizagem, crescimento pessoal, profissional e organizacional. Aliás, o crescimento da humanidade e do ser humano sempre vem acompanhado de conflitos.

É possível, a partir da literatura no campo da administração (MARTINELLI; ALMEIDA, 1998), ao conceber o conflito nas organizações, identificar três formas de ação:

- 1) tentar suprimi-lo, já que ele é negativo por si só;
- 2) tentar curá-lo (remediá-lo), já que ele é uma doença organizacional;
- 3) reconhecê-lo e tentar administrá-lo.

A primeira é própria do pensamento da Escola Clássica – Fayol, Taylor e Weber –, que defendia a tese de que o conflito pode ser suprimido, e a manutenção do conflito reflete falhas nas regras da organização ou nas posturas das pessoas. Esses pensadores trabalhavam com a hipótese de que, se tudo for planejado e implementado “cientificamente”, não há lugar para conflitos.

A segunda refere-se aos argumentos defendidos pelo movimento das Relações Humanas, o qual defende a tese de que o conflito é uma doença a ser curada e suas análises se fundamentam nas características e traços individuais. Toma como hipótese a ideia de que o conflito existe em função de mal-entendidos entre as pessoas, e o poder não é só em função de posição hierárquica, mas envolve afeto e outros sentimentos.

A terceira estratégia fundamenta-se nos princípios da Escola Gerencial, a qual define Organização como rede de negociações e defende a hipótese de que o conflito não é uma doença, nem tampouco uma falha das organizações e das pessoas. Nas organizações humanas, existe o conflito latente – decorrente de condição de oposição permanente, com interesses diferentes; e os conflitos abertos ou ativos – ponto de discussão entre partes a respeito de problemas específicos. Ou seja, o conflito existe e pode, deve, ser administrado através da negociação, uma das mais nobres ferramentas de gestão no contexto democrático.

Para efeito de reflexão, será adotada a tipologia proposta por Baldwin e colaboradores (2008), que classifica os conflitos organizacionais em dois tipos distintos:

- 1) **Conflito de relacionamento**, personificado entre pessoas e/ou grupos sociais, o qual pode ser ameaçador para a convivência afetiva e harmoniosa entre as pessoas, visto que afeta a dinâmica funcional das equipes e das relações interprofissionais.
- 2) **Conflito de tarefa**, associado a diferenças de ideias, proposições, sendo considerado um conflito positivo, uma vez que possibilita antever problemas, soluções e implementar melhorias e/ou inovações com perspectiva de mudança na vida da organização e das pessoas que nela atuam, com a possibilidade de gerar benefícios recíprocos. Compartilhar decisões, projetos e intenções pode facilitar a formação e/ou o fortalecimento de uma rede interna de aprendizagem colaborativa, alicerçada no respeito mútuo às diferenças de percepção, pensamento e sentimentos.

No entanto, em que pese a importância do equilíbrio dinâmico de forças conflitantes nas organizações, o cotidiano profissional aponta para a cronificação dos conflitos de relacionamento, os quais, na sua grande maioria, perpassam o papel profissional e instauram verdadeiras crises na funcionalidade da comunicação intra e intergrupos. Essa cronificação, no caso das organizações de saúde, traz repercussões danosas para a transversalidade das ações e dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para o desempenho individual e coletivo.

Os conflitos de relacionamento situam-se no campo psicoafetivo, gerando confusão de papéis e um clima de animosidade, com campo aberto para hostilidades, rivalidades, desprezo, indiferença, raiva, entre outros.

Contudo, esses e outros sentimentos com forte carga emocional podem ser acessados, intensificados e/ou cronificados por fontes disparadoras de conflito, que podem estar na deficiência das condições, da estrutura e organização do trabalho, bem como na ausência de estratégias e diretrizes políticas da organização, comunicação deficitária e cultura organizacional, que fomenta a fragmentação e a competição no ambiente de trabalho.

As possíveis fontes desencadeadoras de conflito podem advir da ambiência física; da precarização do trabalho ou da precarização dos vínculos de trabalho; da estrutura organizacional mal definida; da ausência de estratégias e de diretrizes organizacionais; das falhas na comunicação.

Ambiência física

A ambiência física, cuja ausência e/ou precariedade das condições de trabalho, incluindo o espaço físico, os mobiliários, as tecnologias e/ou os recursos materiais, entre outros, constitui-se em fontes geradoras de conflitos que, por vezes, perpassam o limite das relações profissionais e se transformam em conflitos de relacionamento. Apresentam-se as seguintes situações:

- Como lidar diariamente com espaços físicos reduzidos, sem sistemas de ventilação e iluminação apropriados?
- Como conviver com a ausência de tecnologias que possibilitem um acesso rápido às informações e como enfrentar essa ausência?
- Como lidar com a ausência e/ou falta de segurança nos ambientes de trabalho?
- Como lidar com a falta de espaços para o adequado acondicionamento de material e de medicamentos?

Essas e outras situações costumam ser fontes de fadiga, estresse, e, quando permanecem inalteradas indefinidamente, podem conformar uma ambiência relacional pouco favorável à qualidade das relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Leitura complementar: Para saber mais sobre ambiência física, sugere-se a leitura do documento *Ambiência*, publicado pelo Ministério da Saúde.

Precarização do trabalho

Por outro lado, a precarização do trabalho envolve não somente a ambiência física, mas também a organização e a gestão dos processos de trabalho. Os vínculos empregatícios,¹ cuja heterogeneidade e/ou multiplicidade de vínculos, com Remunerações, benefícios, direitos e vantagens diferenciadas, podem se transformar em disparadores de conflitos interpessoais, uma vez que ferem princípios valorativos de justiça e equidade.

Falando em gestão

A precarização das condições de trabalho tem sido mais evidenciada recentemente, em decorrência das iniciativas de contratações diferenciadas nos serviços públicos – por instituições associativas, empresas públicas, organizações sociais – que modificam, significativamente, os vínculos empregatícios. Decorrem, principalmente, de pressupostos legais, criados, nas últimas décadas, para coibir a ampliação e a responsabilidade do Estado com a oferta de serviços públicos de qualidade, como a chamada “Lei de responsabilidade fiscal”. Com certeza, a deficiência de financiamento do setor saúde (e não apenas os problemas de gestão dos recursos, já que gestão de financiamento insuficiente não pode fazer milagres) tem limitado as possibilidades de melhorias salariais e de novas contratações. Indo mais além: você conhece uma “política nacional de recursos humanos para o SUS”? Falta uma política mais vigorosa e bem definida para a profissionalização, a carreira, a valorização dos profissionais de saúde do SUS, como salienta o presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos, Ronald Ferreira dos Santos. Para os farmacêuticos, mesmo havendo um grande número de vagas abertas e sendo ocupadas nos municípios e estados Brasil afora, ainda atrece mais informações para gestores e para a população, sobre a atuação e os ganhos resultantes para a sociedade e o sistema de saúde.

¹ Os vínculos empregatícios estão dentro da precarização do trabalho, a qual envolve a ambiência física, relacional e empregatícia. Podem ser reconhecidos também como a precarização dos vínculos de trabalho.

Algumas iniciativas buscam esclarecer a sociedade sobre os riscos da precarização do trabalho e das formas de contratação nos serviços públicos.

E você está acompanhando os movimentos relativos ao trabalho farmacêutico – contra e a favor – que estão acontecendo no Brasil atualmente? Conheça alguns dos movimentos nos *links* a seguir. Verifique:

- Mesa de Negociações Permanentes do SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus/leia-mais-mesa-de-negociacao-do-sus-entenda-o-sus/163-mesa-de-negociacao-do-sus>>.
- Campanha 30 horas de trabalho para o farmacêutico. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=G8mDvOBrqQU>>.

E tem muito mais movimentos acontecendo! Procure ficar sempre bem informado e participe das atividades das suas instituições farmacêuticas. A força da categoria depende da mobilização e determinação de seus profissionais.

Na atualidade, os diferentes modelos de gestão do trabalho nas organizações públicas de saúde têm possibilitado a coexistência de vínculos efetivos, terceirizados, contratados em Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), com normas e regras diferenciadas, o que, por vezes, contribui para a duplicidade de comando e conflitos no campo interpessoal e interprofissional.

Leitura complementar: Sugere-se a leitura do documento *Gestão do Trabalho* publicado pelo Ministério da Saúde, em especial das páginas 11 a 18.

Analise as seguintes situações:

- O que pode ser feito para **humanizar** a atenção à saúde com uma ambiência física e relacional desfavorável e com a precarização do trabalho nas organizações de saúde? É possível fazer algo?
- Como ofertar um serviço de excelência sem que internamente a organização apresente condições que atendam aos requisitos e às normas gerais de qualidade e à legislação vigente? O que pode ser feito para melhorar esta situação?

Leitura complementar: Sugere-se a leitura do documento *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*, publicação do Ministério da Saúde.

Estrutura organizacional

Por estrutura organizacional entende-se a definição de papéis, competências e responsabilidades, cuja representação formal deve constar no organograma e na matriz de competências e responsabilidades, entre outros instrumentos de gestão das organizações. No entanto, a ausência formal desses instrumentos pode contribuir para gerar indefinições quanto ao papel individual e coletivo dos atores institucionais, podendo gerar sobreposições de ações e tarefas, transformando o campo relacional das organizações de saúde em espaço fértil para conflitos e disputas de territórios entre pessoas e/ou grupos. O contrário também pode ocorrer, ou seja, pode-se gerar um vácuo de poder com lacunas entre áreas, atividades e tarefas, provocando contraditoriamente sentimentos de apatia, inconformismo, desmotivação, comprometendo a realização plena das ações e o alcance dos resultados.

Estratégias e diretrizes políticas

Compreende-se como estratégias um conjunto articulado de ações, interdependentes, direcionadas para o alcance dos objetivos organizacionais. Entretanto, nem sempre o intento estratégico das organizações de saúde, traduzido pela missão, visão, valores e estratégias, é claramente definido e divulgado entre os colaboradores e, quando o é, pode não ter sido construído coletivamente, configurando-se muito mais como uma moldura do que como instrumentos de gestão que orientam e dão direcionalidade ao pensar e fazer profissional.

Comunicação

A comunicação é um processo social que envolve a percepção dos atores sociais, sendo, portanto, impregnada de sentimentos, valores, raciocínio judicioso. E isso a qualifica como um processo de cognição mútua, visto que, ao tempo em que percebemos e emitimos uma mensagem, somos também percebidos e analisados pelo outro que, por sua vez, emite uma mensagem de volta. Daí a complexibilidade do processo comunicacional nas suas diferentes formas de expressão – verbal, corporal, escrita, por exemplo – cujos ruídos e/ou barreiras podem contribuir para gerar e/ou intensificar conflitos no ambiente de trabalho.

Refleta sobre estas questões:

- Quantas vezes não falamos algo com o qual estamos completamente descomprometidos; do qual nem convencidos estamos, sendo que, quando falamos algo que não estamos sentindo, nosso corpo, nossa face, demonstram isso?
 - Quantas vezes damos orientações claras a nossos colegas sobre as atividades a serem desenvolvidas e quanto a buscar os resultados esperados?
 - Você se sente confortável quando recebe *feedback*? Mesmo se ele aponta para situações não positivas sobre seu comportamento? Ou sobre sua forma de conduzir o trabalho? Ou sobre os resultados que obteve? Você sabe respeitar posições diferentes das suas?
-

As situações antes expostas podem ser fontes geradoras de conflitos, sobretudo de relacionamentos, cujo enfrentamento requer uma capacidade crítica e analítica de cada sujeito individual e coletivo. Exige maturidade, bom senso, humildade, respeito às diferenças. Exige também saber discernir os mecanismos externos que podem contribuir para tensionar o campo relacional, fragmentar os processos de trabalho e gerar conflitos, com prejuízos para as relações interpessoais, interprofissionais e para a sustentabilidade dos resultados de gestão. Identificar as potenciais fontes de conflito é um passo importante na gestão de conflitos e exige conhecer o contexto, os atores sociais envolvidos na situação de conflito, os motivos que originaram e que tensionam as relações interpessoais, atentando para a peculiaridade de cada situação-conflito, considerando a dinamicidade e a singularidade do Ser Humano.

Um verso de Fernando Pessoa resume bem a importância de reconhecermos essas singularidades e diferenças, por isso aqui transcrevemos: “[...] cada um via uma coisa diferente, cada um, portanto, tinha razão”.

Esse conjunto de situações geradoras de conflitos e outras tantas que podem ser incluídas por você são objetos de estudos de muitos pesquisadores sobre conflito nas organizações. A análise dessas situações e do conflito em si é o que tem orientado os estudos sobre as estratégias utilizadas para a resolução de conflitos.

Leitura complementar: Para aprofundar um pouco mais sobre os modelos de resolução de conflitos, leia o livro de Martinelli e Almeida (1998), já referido anteriormente, ou o modelo proposto por Thomas Kilman, em Baldwin e colaboradores (2008).

O importante é lembrar sempre que as estratégias e os modelos de resolução de conflitos, que esses e muitos outros autores apresentam, não devem ser vistos como únicos e mais adequados. Até porque, como já dito, em cada contexto organizacional, as situações de conflito e as pessoas nele envolvidas são singulares pela sua própria natureza, o que nos desafia a buscar, constantemente, novas estratégias e aprendizados contínuos para respondermos, de forma adequada e criativa, ao ambiente social. E, principalmente, é preciso considerar o contexto democrático em que atuamos, que exige a necessidade de respeito às diferenças e a observância de regras formais e informais de convivência social civilizada, exigindo, sobretudo, postura ética, exercitada por meio de princípios e valores que não permitam humilhar, desqualificar, ter preconceitos e/ou discriminar outros por pensarem diferente de nós.

É este o contexto do SUS, e os desafios requeridos para a sua gestão são os mesmos colocados para todas as organizações contemporâneas.

No caso do SUS, orientado por princípios da descentralização, complementaridade e solidariedade, sua gestão requer o uso de uma das mais importantes ferramentas de gestão utilizada pelas organizações modernas: a negociação. O papel de negociador e a capacidade para negociar emergem como competências de grande valor para os gestores do SUS. Por essa razão, todos os instrumentos de planejamento do SUS e as instâncias de gestão deste sistema pautam-se nas estratégias da pactuação e da negociação (Programação Pactuada Integrada – PPI, Pacto da Saúde, Comissões Bipartites e Tripartite etc.).

Nessa perspectiva, discutir as características da negociação como instrumento de gestão é fundamental para a consolidação do SUS e dos serviços por ele prestados à população.

Negociação, ao contrário do que se pensa, não é “regatear”, é “acordo”; não é “troca de favores”, é “diálogo”; não é “compra”, é “compartilhamento”; não é “definitivo”, é “temporário”. O ápice de uma negociação é o acordo, ainda que temporário.

Essas conclusões sobre negociação podem ser constatadas a partir do conceito de Dupont (1990), que complementa as ideias anteriormente expostas quando afirma que a negociação é

[...] uma atividade que coloca frente a frente dois ou mais atores que, confrontadas ao mesmo tempo as divergências e interdependências, escolhem (ou acham conveniente) procurar voluntariamente uma solução, mutuamente aceitável, que lhes permita criar, manter ou desenvolver (mesmo que de forma temporária) uma relação. (DUPONT, 1990).

Para Santana, a negociação

[...] é um processo que permite aos atores sociais analisar e compatibilizar seus interesses e sua participação na resolução de situações complexas, através de acordos que sejam respeitados ao longo do tempo e que tenham como base a cooperação mútua. (SANTANA, 1993, p. 189).

Na primeira definição, observa-se que se negocia quando se tem **mais de uma pessoa envolvida** naquela situação e que divirjam sobre a solução proposta, mas que dependem uma da outra, de alguma forma, para solucionar o problema. Ou seja, nós só negociamos quando temos divergência, mas temos, ao mesmo tempo, algum tipo de **dependência do outro**, ainda que seja uma dependência circunstancial e temporária. Se eu divirjo de algum colega, mas não dependo dele para executar minha tarefa ou para alcançar algum objetivo, não preciso negociar nada com ele. Pensamos diferente e pronto. Outra característica inerente ao processo de negociação, presente nesta definição, é que se negocia voluntariamente, por conveniência de ambos os lados. Quando se negocia por uma imposição, a efemeridade do acordo é ainda maior (o caso das negociações² com sequestradores, por exemplo, dura apenas aquele momento).

Na segunda definição, chama atenção a **ideia de que se negocia em situações complexas**. Uma boa conversa, um diálogo constante, decisões sempre compartilhadas são práticas que devem estar incorporadas numa condução/gestão democrática dos serviços, das organizações. Quando essas práticas não resolvem os conflitos, aí sim entra a ferramenta “negociação”. A negociação exige um procedimento, requer planejamento, regras etc., portanto é preciso saber quando devemos, efetivamente, utilizar a negociação, para daí conformar as “mesas” de negociação.

² Esse exemplo foi dado para destacar uma polaridade, entre situações menos (como uma negociação de compra e venda, por exemplo) e mais complexas (como no caso dos sequestradores). Não negociamos em situações simples... Quando a situação é simples, não se precisa negociar, uma boa conversa resolve. É preciso fazer essa diferença para não banalizarmos o instrumento negociação, que é utilizado em situações complexas.

Essas concepções reforçam a ideia da **negociação como processo**, o que implica assumir uma não terminalidade e pressupõe que as soluções são consensuadas no decorrer das discussões. Ou seja, como todo processo, não é possível se definir tudo, nem se prever tudo, pois não sabemos nem como nós vamos nos comportar e, menos ainda, como os outros atores vão se comportar. Muita coisa vai depender de como se processa a discussão. Muitas decisões só poderão ser tomadas depois de ouvir os outros, muitas dependem de como vamos pensar depois de ouvi-los. Ao sair de uma negociação da mesma forma que entrou, isto é, com a proposta aceita na íntegra, é possível suspeitar que não houve negociação, apenas foi imposto o que se queria. Assim, o outro apenas nos ouviu e não ouvimos o outro, não incorporamos nem agregamos nada que veio do outro. Por isso, na negociação, como em toda relação humana, tem-se um componente de incerteza e de imprevisibilidade.

Desse modo, é importante a ideia, discutida acima, de que **se negocia para resolução de situações complexas em que se instala um conflito**. Isso é muito importante pois, às vezes, banalizamos esse instrumento de gestão, chamando para negociar em casos que podemos solucionar com uma conversa amigável e rápida. E aqui está a essência do fenômeno da negociação: negocia-se porque existe divergência e interdependência. E, por existirem essas duas condições, aliadas à complexidade da situação, é que se instala um conflito que vai exigir, para sua solução, ainda que temporária, a negociação.

E negocia-se, exatamente, porque existe esse conflito.

É importante, ainda, ressaltar alguns mitos ou (in)verdades sobre a negociação:

- 1) Acredita-se que, por exemplo, quando vamos negociar, a maior pressão para fazer concessões é sempre para o nosso lado. Na verdade, há sempre pressões para os dois lados, ainda que essas pressões possam não estar explícitas.
- 2) Acredita-se que o segredo está no maior conhecimento possível de estratégias e táticas. Na verdade, o segredo está no conhecimento sobre as pessoas com quem se negocia. Estratégias e táticas são apenas instrumentos de negociação.
- 3) Acredita-se que uma boa metodologia está sempre atrelada a determinado tipo de negociação. Na verdade, uma boa metodologia serve para qualquer tipo de negociação.
- 4) Acredita-se ser impossível duas partes saírem ganhando numa mesma negociação. Na verdade, há várias “moedas” em jogo. O ganha-ganha

está relacionado com os objetivos e as necessidades de cada um dos lados. Às vezes, para alguns atores, e em algumas circunstâncias, estar na mesa de negociação, independente do seu resultado, já é um ganho.

- 5) Acredita-se ser mais importante falar do que ouvir. No entanto, é ouvindo que se identificam as necessidades do outro. Ouvir é tão importante quanto falar. E ouvir, aqui, significa de fato escutar, incorporar, apreender. Não é estar calado simplesmente. E falar não é impor, é argumentar. Importante mesmo é estabelecer um diálogo e não um monólogo.
- 6) Acredita-se que existe um tipo ideal para negociar. Na verdade, não há estilo ideal. Os estilos dependem do momento da negociação.
- 7) Outro mito é acreditar ser importante conhecer as fraquezas do outro para poder usá-las durante a negociação. Entretanto, qualquer argumentação calcada nas fraquezas do outro tende à frustração, por torná-lo mais defensivo e menos disposto a negociar. O máximo que se obtém é uma vitória de curtíssimo prazo.
- 8) Acredita-se que a atitude de confiança³ não é importante no processo de negociação. Pelo contrário, sem confiança jamais existirá negociação: no máximo, acordos muito temporários e frágeis.
- 9) Por fim, acredita-se que maior flexibilidade prejudica a negociação. Contudo, ser flexível é enxergar a mudança, ou quaisquer novas ideias como uma oportunidade e não como uma ameaça.

Sem querer indicar fórmulas, pois não existem fórmulas prontas nem transponíveis para gerenciar qualquer situação e muito menos para gerenciar conflitos, é possível, contudo, a partir de estudos no campo das relações humanas e das teorias organizacionais, perceber algumas etapas da negociação, independente da modalidade, dos interesses, valores emocionais, afetivos ou financeiros envolvidos. Acompanhe alguns exemplos:

- a) Análise e planejamento: diagnosticar a situação, separar os problemas das questões pessoais, identificar interesses das partes envolvidas, selecionar as possíveis opções e identificar critérios objetivos para se buscar acordo.
- b) Discussão: cada um dos lados deve buscar entender os interesses do outro e depois gerar opções que sejam mutuamente vantajosas e procurar concordar quanto a padrões objetivos para conciliar os interesses opostos.
- c) Separar as pessoas do problema: concentrar a atenção no objetivo da negociação.

³ A atitude de confiança vai além de um simples ato, sendo uma atitude humana que transcende os limites da razão; que consiste na crença que se deposita em alguém ou alguma coisa.

- d) Concentrar-se nos interesses: verificar os que são comuns e os conflitantes.
- e) Buscar alternativas de ganhos mútuos: encontrar o maior número possível de alternativas para a questão.
- f) Encontrar critérios objetivos: estabelecer um padrão razoável que seja consenso entre as partes envolvidas.

Não há um certo e um errado, nem um bom e um mau, o que regula essa polarização são os princípios éticos. Por essa razão, os padrões éticos devem ser os norteadores da negociação.

Algumas regras básicas sobre a negociação, sem conotação prescritiva, podem, ainda, ser lembradas, com o intuito de fazer refletir sobre o ato de negociar.

Regras básicas para negociação

- 1) Comece por si mesmo:
 - Quais são meus objetivos?
 - O que sei sobre negociação? Qual meu grau de credibilidade na organização como negociador? Qual o meu poder real de decisão? Conheço meus pontos fracos e fortes em comunicação? Qual a melhor solução de substituição?
- 2) Delimite o espaço da negociação:
 - O que pode incomodar, bloquear ou orientar o processo?
 - Quais são as minhas limitações? (se tenho “pavio curto”, se sou intolerante, se sou muito passivo...).
 - Identifique os limites, tanto no âmbito emocional quanto jurídico-normativo, para não exceder para além da capacidade de comprometer a sustentabilidade do acordo.
- 3) Conheça os parceiros:
 - Conheça sobre as atores envolvidos na negociação, ou seja, o repertório de condutas, a reputação, o prestígio, a credibilidade e a capacidade deles para sustentar acordos, entre outros.
- 4) Interrogue-se sempre sobre o que está em jogo na negociação:
 - Não perca de vista o essencial.
- 5) Adote um comportamento de negociador:
 - Convicção, clareza, adaptação, firmeza de propósitos, flexibilidade na relação, lucidez e imaginação.

- 6) Saiba que a solução ideal e única não existe:
 - Existem muitas soluções satisfatórias.
- 7) Inove:
 - Utilize a negociação para descobrir uma nova formulação dos problemas, ideias de melhoria e soluções em que não se pensou antes.
- 8) Procure um ganho para cada protagonista ao final da negociação:
 - Preferencialmente ganhos mútuos e compartilhados.
- 9) Recue:
 - Saiba administrar as tensões e os conflitos, dosar sua própria agressividade; saiba aceitar a agressividade recebida.
- 10) Mantenha percepção apurada:
 - Compreenda que a negociação não se encerra quando da formalização do acordo entre as partes, mas quando do seu efetivo cumprimento. Caso contrário, abre-se nova rodada de negociações.

Todos esses aspectos são reveladores de um requisito muito maior e que caracteriza a essência do ato de negociar: **exercitar a democracia.**

A negociação, ao contrário também do que se diz correntemente, não é uma competência exclusiva da liderança, muito embora a capacidade de liderar seja uma competência que transcende os limites do cargo ou da autoridade delegada. No entanto, a arte ou a capacidade de identificar as fontes disparadoras de conflito, adotar estratégias adequadas de resolução e mediar interesses conflitantes são competências essenciais para todos os atores envolvidos com a gestão participativa do SUS em contextos democráticos.

3.2 Liderança e trabalho em equipe

Ser gestor do sistema de saúde ou gerente de uma organização de saúde não o coloca ou o transforma na qualidade de líder, até porque, na acepção da palavra, liderança relaciona-se à capacidade de influenciar pessoas. Essa influência transcende os limites do cargo, das funções e/ou dos formalismos institucionais.

É possível que a autoridade do cargo possa ser utilizada para exercer algum tipo de influência ou poder sobre as pessoas ou grupos, mas, mesmo assim, não podemos afirmar que se trata de uma liderança natural, delegada e reconhecida por seus pares.

Não é sem sentido que o tema liderança é rodeado de controvérsias, mitos e crendices. Uma delas reside na crença de que a liderança é uma capacidade inata, ou seja, se nasce líder. Ao entendermos a liderança como uma capacidade de influência interpessoal, pode-se reconhecer que algumas pessoas possuem habilidades relacionais mais desenvolvidas do que outras pessoas, o que não significa negar a capacidade infinita do ser humano para mudar, transformar e aprender continuamente.

Sob essa perspectiva, pode-se afirmar que a liderança requer experiência e aprendizado constante para atualizar conhecimentos, aprimorar habilidades e transformar atitudes e comportamentos.

Nessa direção, a liderança situa-se ao alcance de todos, não se limitando aos seres dotados de uma “capacidade superior”, seja sob o aspecto do grau variado e desenvolvido de condutas interpessoais, seja do poder hierarquicamente instituído. Vale destacar a definição sobre líder, de Paulo Roberto Motta, que diz: “Líderes são pessoas comuns, que aprendem habilidades comuns, mas que, no seu conjunto, formam uma pessoa incomum” (MOTTA, 1994, p. 207).

Contudo, há hoje um consenso em torno da ideia de que a capacidade de um líder é aferida pela sua capacidade de influenciar pessoas, numa determinada situação, em direção a um objetivo comum. Nessa perspectiva, chamam a atenção dois aspectos: o verbo **influenciar** é diferente do verbo **mandar**, ainda que em ambos os verbos exista uma relação de poder. A influência é exercida por alguém sobre outro; é, portanto, um fenômeno relacional – é uma “relação”, envolve uma dimensão interpessoal. Ou seja, ela acontece entre pessoas que influenciam outras que se deixam influenciar. Não se lideram “coisas”. Por isso não existem líderes sem liderados. Do mesmo modo, a influência não acontece num vazio, ela existe em uma determinada situação, contexto histórico, cultural etc.

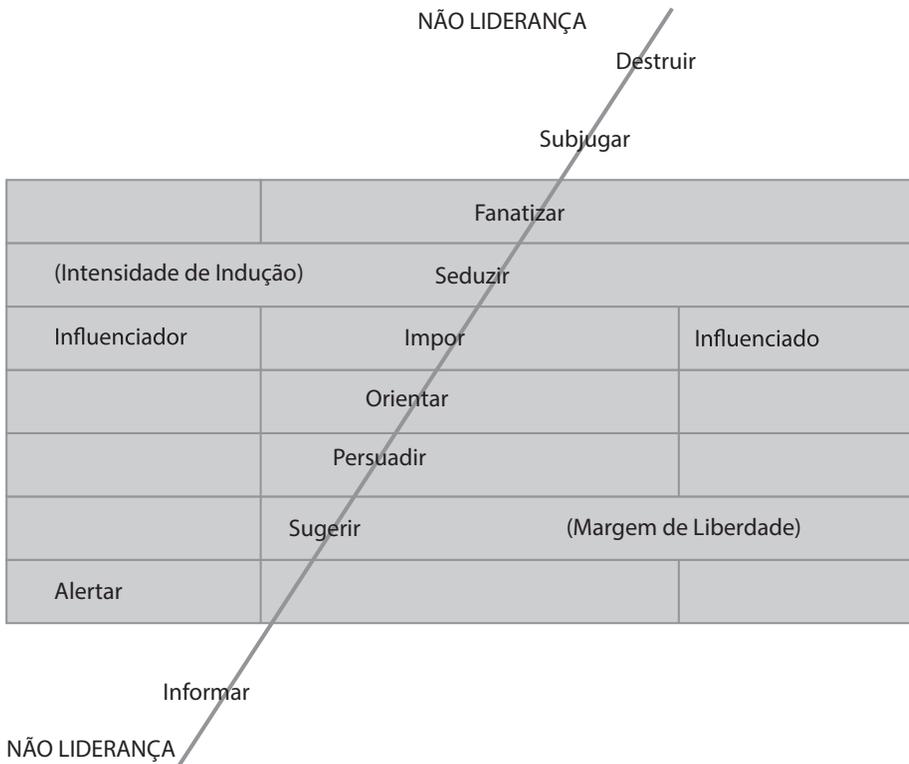
Quando fala-se em “influência”, é possível constatar muitas maneiras de influenciar pessoas.

Ruy Mattos (1991) nos “alerta” para a existência de um “contínuo” de intensidade de influência, que nos ajuda a refletir sobre como nós influenciemos os outros, ou como nos deixamos influenciar por outras pessoas. Observe a Figura 1 e reflita sobre essa gradação da influência. Pense sobre a linha muito tênue que existe entre, por exemplo, o ato de informar e o de alertar, ou o de orientar e o de impor.

É no ato de orientar que o processo de liderança se torna mais potente e efetivo, e essa é a forma mais democrática do processo de liderança, pois supõe a aquiescência do orientado quanto à orientação recebida. A ação de orientar define

o ponto de equilíbrio de poder entre o influenciador e o influenciado (LESSA, 2001). Cada um de nós tem nossa parcela de responsabilidade ao nos deixarmos seduzir, ou sermos influenciados por outra pessoa a ponto de nos fanatizarmos e, por consequência, nos destruímos. Ou seja, ao concordarmos com a opinião de outro ou nos identificarmos com determinado projeto, precisamos ter clareza sobre o que estamos defendendo e se, de fato, aqueles são nossos objetivos e se temos argumentos próprios para defendê-los. Portanto, cada um de nós pode estar na situação de influenciador e/ou influenciado, depende da situação. Nessa perspectiva, podemos afirmar que todos nós podemos exercer liderança.

Figura 1 – Contínuo de intensidade de influência (Estilos de influência)



Fonte: Mattos (1991).

Estilos de Liderança

Liderança autocrática, também conhecida como liderança autoritária ou diretiva, é quando o líder toma as decisões isoladamente, sem considerar as expectativas, os anseios e as opiniões do grupo e/ ou da equipe de trabalho.

O foco é direcionado para as tarefas, as quais são distribuídas pelo próprio líder, anulando a possibilidade do pensar e fazer estratégico das pessoas. Esse estilo de liderança pode gerar uma relação de dependência e/ou subordinação do grupo para com o líder, bem como uma concentração de atenção na figura deste último.

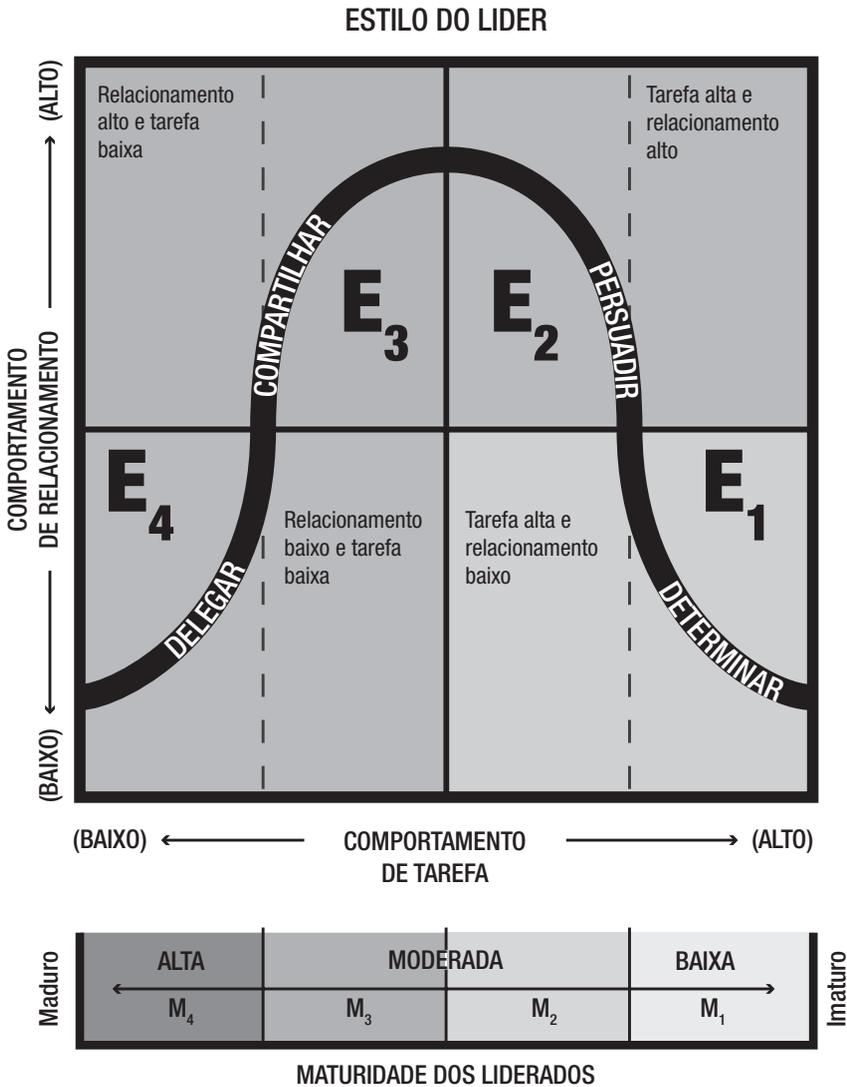
Liderança liberal ou *laissez-faire*, expressão francesa que significa “deixar fazer”, “deixar passar”. Esse estilo de liderança pode ser duplamente compreendido, em sentidos diametralmente opostos, uma vez que a liberdade conferida ao grupo e/ou equipe, para se autogerir e decidir sem supervisão, pode ser, também, interpretada como uma atitude de negligência por parte do líder, que deixa as coisas acontecerem, limitando suas intervenções ao mínimo possível.

Liderança carismática, centrada nas qualidades de fluência comunicativa e de empatia do líder, caracterizado pelo grupo como uma pessoa dotada de simpatia, cordialidade, com grande força psicológica para influenciar pessoas. Trata-se de uma liderança que se destaca, naturalmente, pelo carisma e pela credibilidade. Assim como carismático, existem outros nomes ou estilos de liderança utilizados para designar pessoas que contribuem para exercer uma influência positiva sobre o clima de trabalho e o desempenho organizacional, seja pela sua capacidade de canalizar visões futuristas (estilo visionário); aconselhar e acompanhar o desenvolvimento das pessoas dentro da organização (estilo conselheiro); ajudar as pessoas a se transformarem em líderes (liderança transformadora), entre outros.

Liderança democrática, identificada também como participativa ou consultiva, visto que envolve e/ou promove a participação das pessoas no processo decisório, o que implica definir, conjuntamente, estratégias, objetivos e diretrizes políticas, ficando a distribuição das tarefas sob a responsabilidade do próprio grupo. O papel central do líder, além de promover o debate e as discussões no grupo, consiste em assistir e propor alternativas na qualidade de aconselhador.

Liderança situacional, por compreender que a liderança é um fenômeno complexo e multidimensional, que atua no campo de força das relações humanas, com consequência no comportamento, nas atitudes e reações das pessoas, com efeito direto e/ou indireto nos resultados organizacionais, este estilo de liderança encontra-se circunstanciado a uma série de fatores, entre eles a maturidade do grupo. Sendo assim, esse tipo de liderança combina estilos diferenciados de atuação e depende da situação e dos estágios de desenvolvimento do grupo e/ou dos colaboradores, podendo exercer o papel de orientação ou de persuasão. Veja, na Figura 2, a seguir, a representação desses estilos de liderança.

Figura 2 – Esquema geral da Liderança Situacional



Fonte: Hersey; Blanchard (1986).

Conforme se percebe, muitas têm sido as abordagens sobre o tema liderança. Mais recentemente, novas contribuições também foram adicionadas ao debate, mediante as contribuições de vários autores sobre o que tem se denominado como **Liderança Servidora**.

A Liderança Servidora, segundo Autry (2010), tem despontado como aquela que reúne um conjunto de competências, integradas ao conhecimento, às habilidades

e às atitudes, com capacidade para criar ambientes de trabalho colaborativos, integrados e criativos, uma vez que procura ouvir as pessoas, entender/compreender os anseios, expectativas, ideias e proposições. Esta liderança:

- incentiva o grupo a discutir e compartilhar decisões, preservando sua autonomia política e identidade social;
- valoriza a diversidade como uma possibilidade para aprender com as diferenças;
- estimula o desenvolvimento humano e profissional;
- tem sua base de influência nas pessoas, agindo conforme a sua própria conduta, na qual procura estar a serviço do grupo e da organização, sendo presente, atuante e corresponsável com os resultados obtidos, sem prejuízo do processo vivenciado pelas pessoas;
- demonstra afeto, empatia e capacidade para compreender as pessoas, seus medos e conflitos;
- não tem seu foco direcionado para obter elogios ou ter seguidores, mas para incentivar a igualdade e o respeito mútuo entre as pessoas.

É uma liderança que tem na espiritualidade, entendida como um processo de transcendência, sua base de sustentação.

Todas as questões colocadas remetem a outro desafio para a gestão das organizações contemporâneas e, em particular, para os sistemas de saúde: a necessidade do trabalho em equipe como integrador das práticas de saúde, uma vez que o desempenho do trabalho em equipe é um processo indissociável da liderança exercida nas organizações de saúde.

Leia este trecho do Documento do Ministério da Saúde – Cartilha Humaniza SUS e reflita sobre o trabalho em equipe.

Percebe-se que ao longo do tempo os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais etc.), e não em objetivos comuns. Na verdade esse tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem ou haja solidariedade na assistência, e nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo [...]. O modelo de gestão que estamos propondo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. (BRASIL, 2009, p. 7 e 9).

Zanelli e colaboradores (2004) oferecem uma contribuição relevante ao apresentar as características diferenciais entre o que se convencionou identificar como Grupo e Equipe.

Quadro 1 – Características diferenciais de grupos e equipes de trabalho

Grupos	Equipes
Esforço individual	Esforço coletivo
Responsabilidade por resultados individuais	Responsabilidade compartilhada pelos resultados globais
Objetivo de trabalho individual	Objetivo de trabalho compartilhado
Unidades de trabalho dependentes	Unidades de trabalho semiautônomas ou autônomas

Fonte: Albuquerque; Puente-Palacios (2004).

Conforme se percebe, o trabalho em equipe diferencia-se pelo esforço coletivo, pelas responsabilidades e pelos objetivos compartilhados e pelas unidades semiautônomas ou autônomas, visando o alcance de metas e resultados. Para Baldwin e colaboradores (2008), o trabalho em equipe requer uma atenção especial desde o seu processo de composição, incluindo:

- tamanho da equipe;
- perfil dos participantes, preferencialmente, com habilidades complementares, observando-se as
- metas e os resultados a serem alcançados;
- autonomia e corresponsabilização dos atores envolvidos com os resultados;
- normas claramente estabelecidas para definir os limites individuais e coletivos;
- acompanhamento processual e avaliação dos desempenhos de cada componente e do seu conjunto.

O trabalho em equipe, no entanto, não se restringe ao mero alcance de metas e resultados, mas pressupõe um aumento no grau de comunicabilidade entre profissionais, áreas e setores, podendo atuar como facilitador de aprendizagem mediante a troca de conhecimentos, saberes e experiências entre as pessoas, com contribuições para a integração das práticas de saúde, qualificação das ações e sustentabilidade dos resultados de gestão.

3.3 Ferramentas de gestão: trabalho e motivação

Os conceitos apresentados anteriormente têm por objetivo refletir criticamente sobre o binômio trabalho *versus* motivação, sobre os fatores que geram motivação e afetam o desempenho organizacional e sobre o significado do trabalho para a nossa vida e para os resultados de gestão.

A palavra **trabalho** deriva do latim *tripalium*, que significa força, sacrifício, fardo, peso, o que lhe atribui uma conotação de algo extenuante e desgastante. Já a palavra **motivação**, também derivada do latim *motivus*, significa mover, o que imprime um sentido de **ativação** da ação; **direção** em busca do alvo ou objeto/objetivo desejado; **intensidade**, ou seja, variabilidade da força no decorrer do processo e **persistência** da ação, vetores esses que se constituem em constructo das principais teorias motivacionais, sejam das teorias de conteúdo ou de processo.

Em que pesem as contribuições das teorias de conteúdo,⁴ com foco direcionado para as necessidades e carências das pessoas, e as teorias de processo,⁵ cujos estudos concentram-se no processo pelo qual a conduta se inicia, mantém e finaliza, todas elas apresentam limitações para uma compreensão universal do comportamento humano em sua complexidade e circunstância, sendo, portanto, complementares entre si.

Todavia, para dinamizar o nosso processo de reflexão sobre o tema Trabalho e Motivação, será feita uma análise sob a perspectiva dos fatores que se interpõem como mediadores e que podem facilitar o desempenho organizacional e a sustentabilidade dos resultados de gestão.

Em revisão do estado da arte sobre o tema motivação no trabalho, Gondim e Silva (2004) destacam alguns fatores que atuam como mediadores entre motivação e desempenho no trabalho.

Veja, descritos a seguir, quais são esses fatores.

O **significado do trabalho** encontra-se relacionado à vivência de estados psicológicos de prazer, quando o mesmo é considerado como válido e importante, e a pessoa se autopercebe como responsável pelos resultados obtidos. No entanto, os autores alertam que esses estados psicológicos podem ser experimentados, quando da combinação de uma série de outras dimensões, entre as quais têm-se:

- variabilidade de habilidades que permitam a utilização de capacidades e potencialidades variadas;
- identidade e importância da tarefa, incluindo a visibilidade dos resultados;
- autonomia para planejar e executar o trabalho, sentindo-se responsável pelos esforços empreendidos e resultados obtidos;
- retroalimentação sobre o desempenho profissional por meio de *feedback*.

⁴ Entre elas, podemos destacar: a Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas, de Abrahram Maslow; a Teoria da Existência, Relacionamento e Crescimento (ERC), de Clayton Alderfer; a Teoria da Motivação pelo Êxito e/ou Medo, de David McClelland; a Teoria dos Dois Fatores, de Frederik Herzberg.

⁵ Nestas se inserem a Teoria da Expectativa, de Victor Vroom; a Teoria de Metas, de Ed Loke e Gary Latham, entre outras.

O **sistema de recompensas e punições** vigente nas organizações é composto por recompensas classificadas como intangíveis ou simbólicas, tais como elogios, reconhecimento público; e por recompensas tangíveis ou materiais, a exemplo de promoções, bonificação, entre outros. No entanto, Gondim e Silva (2004) ressaltam que o sistema de recompensas precisa ser voltado para atender ao que se propõe, com ações direcionadas para atender as reais expectativas de seus colaboradores. No que se refere ao sistema de punições, salientam que ele tem a finalidade de suprimir comportamentos indesejáveis. Contudo, as punições, ao tempo em que visam a coibição de comportamentos indesejáveis, podem ter efeito inverso ao repercutir no não-incentivo de outros comportamentos considerados desejáveis.

Estilo gerencial e qualidade do ambiente psicossocial. O estilo de quem gerencia ou exerce algum tipo de liderança influencia sobre a ambiência organizacional e os resultados de gestão. A visão que a gerência ou liderança tem sobre a concepção de homem e trabalho influencia no seu estilo de conduzir as situações no ambiente organizacional. Gondim e Silva (2004) ressaltam que, se a gerência não acreditar que os colaboradores podem ter iniciativa para realizar as tarefas e/ou atividades, ela estruturará rígidos sistemas de controle para alcançar os resultados almejados. Por sua vez, se a gerência compartilha da crença que as pessoas trabalham porque sentem prazer, entusiasmo e se identificam com o propósito e a missão institucional, adotará um estilo de liderança que estimule a participação coletiva, as decisões colegiadas, entre outras estratégias que reforcem o sentimento de identidade social do grupo com a organização. Destaca-se, ainda, que a participação, entendida como uma prática social, ao tempo em que contribui para a democratização das relações sociais, favorece o processo de articulação, inclusão, escuta qualificada e fortalecimento da cidadania social e organizacional com repercussões na ambiência psicossocial.

Convergência entre valores pessoais e organizacionais também são fatores que contribuem para a motivação e o desempenho organizacional. Quando esses valores colidem entre si, o estado psicológico das pessoas e/ou do grupo tende a ser afetado, bem como o clima organizacional e a sustentabilidade dos resultados de gestão. Se a organização, por exemplo, se diz pautar-se pelo respeito à diversidade, mas trata de forma discriminatória seus colaboradores, a dissonância entre o discurso e a prática gera descontentamentos e desmotivação com efeitos adversos ao desempenho individual e coletivo. Entretanto, quando há uma convergência entre valores pessoais e organizacionais, os efeitos costumam ser positivos para a ambiência psicossocial com repercussões na motivação das pessoas e no grau de entrega ao trabalho, tarefas e atividades.

Possivelmente, outros fatores relacionados à motivação e ao desempenho organizacional para sustentabilidade dos resultados de gestão podem ser agregados à compreensão desse tema, que não se esgota nesta breve análise, a

qual tem como propósito um despertar crítico e propositivo sobre a realidade das organizações públicas de saúde, o nosso pensar e fazer profissional e a nossa entrega à sociedade.

A síntese do que foi abordado até o presente momento pode ser apresentada na letra da canção “Caminhos do Coração”, de Gonzaguinha.

Há muito tempo que eu saí de casa
Há muito tempo que eu caí na estrada
Há muito tempo que eu estou na vida
Foi assim que eu quis, e assim eu sou feliz
Principalmente por poder voltar
A todos os lugares onde já cheguei
Pois lá deixei um prato de comida
Um abraço amigo, um canto prá dormir e sonhar
E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar
É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração
O coração, o coração
 (“Caminhos do Coração” – Gonzaguinha, 1982)

Este capítulo nos trouxe a consolidação teórica e a reflexão prática do quanto a gestão é muito mais que um conjunto de operações e técnicas, planilhas e sistemas, regras, normas. Gestão é uma ação humana, de gente para gente, com tudo o que a gente está susceptível a influenciar e ser influenciado. Isso não quer dizer que não seja uma prática criteriosa, com processos de trabalho definidos, mas que esses processos precisam ser desenvolvidos com a compreensão e o uso de ferramentas das relações humanas – e é preciso estar preparado para tanto.

Referências

- ALBUQUERQUE, F. J. B.; PUENTE-PALACIOS, K. E. Grupos e Equipes de Trabalho nas Organizações. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004, reimpressão 2009.
- AUTRY, J. A. *O líder servidor*. São Paulo: Verus Ltda., 2010.
- BALDWIN et al. *Desenvolvimento de habilidades gerenciais*. Rio de Janeiro: Campus, 2008.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – Gestão Participativa e Cogestão. Série B, *Textos Básicos de Saúde*, 2. ed., 4ª reimp. Brasília, 2009.
- DUPONT, C. *La négociation: conduite, théorie, applications*. Dalloz, 3^{ème} édition, 1990.
- GONDIM, S. M. G.; SILVA, N. Motivação no trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004, reimpressão 2009.
- GUIMARÃES, M. C. L. et al. Relatório final do projeto: avaliação da capacidade de gestão das organizações sociais – uma proposta metodológica. Salvador: Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2002.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. Trad. Edwino A. Royer. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.
- LESSA, J. *Mandar é fácil... difícil é liderar: o desafio do comando na nova economia*. 2. ed. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- MARTINELLI, P. D., ALMEIDA, P. A. *Negociação e solução de conflitos: do impasse ao ganha – ganha através do melhor estilo*. São Paulo: Atlas, 1998.
- MATTOS, R. A. *Gestão e democracia na empresa*. Brasília: Livres, 1991.
- MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 15. ed., Rio de Janeiro: Record, 2004.
- SANTANA, J. P. (Coord.). Texto de Apoio da Unidade III: a negociação como instrumento de gerência nos Serviços de Saúde. In: *Capacitação em gerência de unidades básicas de saúde do distrito sanitário*. Brasília: OPAS, 1993. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U3T1.pdf>.
- ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004, reimp. 2009.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Josimari Telino de Lacerda
Ana Paula Veber
Claudia Flemming Colussi
Joslene Lacerda Barreto
Maria Cristina Marino Calvo

4.1 Planejamento normativo e estratégico

Neste capítulo vamos reconhecer a importância do planejamento nas organizações, em especial na assistência farmacêutica, além de identificar a missão organizacional. Também serão diferenciadas as diversas posturas do processo de planejamento.

Para viabilizar o que é planejado, os indivíduos se associam a outros e conformam as organizações, que, segundo Maximiano (1992, p. 40), podem ser definidas como “uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos. Por meio de uma organização torna-se possível perseguir e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa”.

Cada organização tem uma finalidade que a tornou necessária e garantiu a sua estruturação. Trata-se da razão de ser da organização, também denominada MISSÃO e que, segundo Mintzberg (2003), define a função básica

das organizações na sociedade, nos termos dos produtos e dos serviços que produzem para seus clientes.

O sucesso de uma organização se dá pelo cumprimento da missão dela. É ela que agrega e orienta a ação de todos os seus membros e tem, na figura do gestor, o responsável pela condução do processo administrativo, dos recursos e das pessoas na direção.

Pode-se dizer que o planejamento faz parte do que se chama ciclo administrativo, ou seja, o conjunto de tarefas e atividades que, sequencialmente e de modo contínuo, é utilizado para administrar uma organização.

O ciclo administrativo (PDCA) é composto de quatro etapas:

- 1) **(Plan) planejamento:** estabelece missão, objetivos, metas, procedimentos e processos (metodologias) necessários para o alcance dos resultados;
- 2) **(Do) execução:** as ações ou o conjunto de ações planejadas são executadas;
- 3) **(Check) controle/avaliação:** trata-se de monitorar e avaliar, periodicamente, os processos e os resultados, confrontando-os com o planejado, os objetivos, as especificações e o estado desejado; e
- 4) **(Act) ação:** momento de corrigir possíveis falhas ou problemas identificados no monitoramento ou na avaliação, de forma a melhorar a qualidade, a eficiência e a eficácia, aprimorando a execução.

Figura 1 – Ciclo PDCA, de Deming ou de Melhoria Contínua



O planejamento é uma importante ferramenta de gestão. É um instrumento que busca diagnosticar a realidade, propor alternativas para transformá-la, identificar meios para viabilizar essa transformação e realizar ação oportuna para executar as atividades pensadas pela organização.

Por meio do planejamento são definidos os objetivos e as metas. Também são formuladas estratégias, já com a definição de prazos e responsáveis pelas ações necessárias ao alcance da missão.

Na sociedade moderna, praticamente, todas as atividades produtivas estão vinculadas a uma ou mais organizações. Alguns projetos sociais são de tal forma ambiciosos e complexos que só podem ser atingidos se articularmos um conjunto amplo e, em geral, heterogêneo de organizações. É o caso do setor da saúde, que articula diferentes unidades, programas e serviços para garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade, conformando interesses e conflitos, o que exige um grande esforço e muita competência na sua gestão.

E na assistência farmacêutica acontece da mesma forma. São várias etapas – algumas sequenciais, outras sobrepostas – que devem ser executadas de maneira harmônica para que se alcance o objetivo fundamental da assistência farmacêutica: garantir acesso e uso racional dos medicamentos.

Para que se consiga atingir esse objetivo principal, vários atores precisam ser considerados: os usuários do sistema, com suas necessidades em saúde para serem atendidas; os profissionais de saúde, com seus conhecimentos e habilidades; os produtores e distribuidores de medicamentos, com seus interesses próprios... E, entre todos eles, o gestor, tendo que articular os recursos, as necessidades dos usuários e os diversos interesses em todas as esferas relacionadas.

Enfim, é um trabalho bastante complexo que requer preparo, capacidade técnica e condições para planejar.

Por conta do planejamento ser uma ferramenta essencial para a condução do processo administrativo, cabe refletir, agora, sobre o que se entende por planejamento.

Vários são os autores que refletem sobre esse tema. Trouxemos aqui as reflexões de Oliveira (2007), que sintetiza, de maneira objetiva, os principais aspectos conceituais da área. Segundo ele, o propósito do planejamento pode ser definido como “o desenvolvimento de processos, técnicas ou atitudes

administrativas que permitam avaliar as consequências futuras de decisões presentes e influenciá-las”.

O exercício sistemático do planejamento potencializa o alcance dos objetivos por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório.

A riqueza está no processo de análise de uma realidade, que permite a identificação do que se deseja alcançar e das decisões a serem tomadas para produzir os resultados esperados. Isso envolve modos de pensar a realidade, questionamentos para melhor compreendê-la e um processo de decisão continuado sobre o que, como e quando fazer, quais os responsáveis pelas ações e quais os custos envolvidos.

Percebe-se que o processo de planejamento não pode ser delineado longe dos atores que, efetivamente, executam as ações de assistência farmacêutica. Afinal, são eles que conhecem as características peculiares desse setor, com suas potencialidades e dificuldades, e que terão suas atividades diárias possivelmente alteradas pelo resultado do processo de planejamento.

Portanto, há a necessidade de que esse processo seja conduzido ou conte com a participação dos técnicos que trabalham em nível local, com as atividades de gestão da assistência farmacêutica. A forma como se percebe a realidade conduz o processo do planejamento. Cabe destacar que essa compreensão permite a adoção de duas formas no processo de gestão e planejamento: a postura normativa e a postura estratégica/situacional.

A postura normativa trabalha em uma perspectiva em que o planejamento é definido como mecanismo, por meio do qual se obteria o controle dos fatores e das variáveis que interferem no alcance dos objetivos e resultados almejados. Nesse sentido, ele assume um caráter determinista em que o objeto do plano, a realidade, é tomado de forma estática, passiva, pois, em tese, tende a se submeter às mudanças planejadas.

A postura normativa assume alguns pressupostos em relação à realidade:

- a separação entre o sujeito e o objeto de atuação;
- a existência de uma verdade única, expressada pelo diagnóstico realizado pelo sujeito;
- a redução da sociedade a comportamentos previsíveis;
- a negação de outros sujeitos e resistências;
- a ausência de incertezas;
- a exclusão da dimensão política; e
- a perspectiva fechada para o projeto a ser executado, com a certeza de que, se seguidos os cálculos minuciosamente realizados, o êxito do planejamento estará garantido.

Já, a postura **estratégica/situacional** assume a realidade em um nível de complexidade muito maior. Nessa postura, sujeito e objeto se confundem, pois

o sujeito é parte do todo social, assim como outros interesses que se organizam para realizar seus próprios projetos.

Portanto, podemos observar que não existe um único diagnóstico da realidade.

Cada grupo social, conforme os valores, interesses e posição que ocupa na situação, possui seu próprio diagnóstico, sua percepção da realidade. Nesse âmbito, o comportamento dos demais sujeitos não pode ser reduzido a respostas previsíveis a estímulos prévios, mas se caracteriza pela criação de alternativas muitas vezes surpreendentes, próprias da ação humana. Com essa presunção, esse tipo de gestão se caracteriza pela incerteza, o campo em que ela transita incorpora a probabilidade do conflito e, por conta disso, o processo de planejamento só pode ser assumido como um processo aberto e sem final definido *a priori*.

O pensamento estratégico no planejamento em saúde nos permite fazer as adaptações necessárias ao contexto, diante da rapidez com que a realidade se modifica. Por exemplo, em uma determinada situação podem ter sido planejadas ações e previstos investimentos para a melhoria da estrutura física e da organização do almoxarifado de medicamentos do município, que se encontrava em condições precárias de funcionamento. Porém, nesse mesmo período, agrava-se a reclamação dos usuários das farmácias em decorrência da demora no atendimento, da falta de medicamentos, entre outros problemas. Nesse caso, a transferência da prioridade da reforma do almoxarifado torna-se necessária, e o problema da falta de medicamentos passa a demandar o investimento de ações e recursos (BRASIL, 2006).

4.2 Planejamento em saúde

O planejamento em saúde tem a origem na necessidade de otimizar os recursos disponíveis na década de 1960, por conta da necessidade de qualificar a gestão das políticas sociais.

O planejamento em saúde tem no método do Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (Cendes/OPAS) de programação sanitária, apresentado em 1965, o primeiro instrumento de planejamento e programação sistemático aplicado pelos sistemas nacionais de saúde no continente americano.

O método Cendes/OPAS assentava-se em cálculos de inspiração econômica, visando potencializar a relação custo-benefício. Pautava-se pela postura normativa e orientava, majoritariamente, o planejamento em saúde. Assim, normas e portarias, elaboradas e definidas por técnicos e gestores nos gabinetes dos ministérios e das secretarias de saúde orientavam as ações de saúde, em todo o território nacional de maneira uniforme e padronizada.

O pensamento estratégico, aplicado ao planejamento, teve como objetivo superar problemas inerentes à formulação normativa de planos, cuja principal crítica se referia ao fato de o planejador atuar como agente externo e adotar um sistema em que não se consideravam outros atores (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 2002).

O grande avanço do planejamento estratégico foi a abertura do diálogo entre os sujeitos do mesmo ato de planejar, tendo a questão da viabilidade política como papel central. A formulação do enfoque estratégico rompe com a normatividade e admite o conflito entre forças sociais, o que possibilita a inclusão da análise e da construção da viabilidade política no processo de planejamento.

São três as vertentes do planejamento estratégico, elaboradas por autores latino-americanos:

- Mário Testa, com a Formulação do Pensamento Estratégico, o Postulado de Coerência e a Proposta de Diagnóstico;
- Carlos Matus, com a proposta do Planejamento Estratégico Situacional; e
- o plano de ação da Escola de Medellín, elaborado por Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barrenechea para o alcance d'As Metas da Saúde para Todos, em 2000, da OMS.

Os pontos elementares comuns a todos eles são:

- 1) reconhecer a existência de conflitos;
- 2) admitir o planejador como ator social do sistema planejado;
- 3) aceitar a existência de mais de uma explicação diagnóstica; e
- 4) pressupor a existência de sistemas sociais históricos, complexos, incertos e não bem definidos (RIVERA; ARTMAN, 1999; SANTANA, 1997).

O **Planejamento Estratégico Situacional**, de Carlos Matus, surge da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Para tanto, ele elaborou um método de planejamento em que ação, situação e ator formam um todo complexo, centrado em problemas e em operações que deverão ser desencadeadas para o enfrentamento desses problemas.

São quatro os momentos propostos por Matus:

- 1) o **momento explicativo**: momento em que se analisam a realidade presente e o hiato existente entre o agora e o futuro desejado. Nele se desenvolve a complexa tarefa de identificar e selecionar problemas, explicar com profundidade as causas de cada um e do seu conjunto. Trata-se de marcar a situação inicial do plano. É um momento importante, que deve contar com a participação ampla de todos os atores envolvidos para análise dos problemas que os afetam;
- 2) o **momento normativo**: é o momento em que se desenha o que deve ser. Nele são definidas as operações que, em diferentes cenários, levam

à mudança da situação inicial, conduzindo-a à situação ideal. Deve, portanto, estar centrado na eficácia direcional de suas operações, ou seja, promover a discussão cuidadosa da eficácia de cada ação em relação à situação-objetivo, relacionando os resultados desejados com os recursos necessários e os produtos de cada ação;

- 3) **o momento estratégico:** é o momento em que se analisam as restrições e as facilidades que interferem no cumprimento do desenho normativo. Relaciona-se à questão da viabilidade e, portanto, aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo. Nesse momento são identificados os atores envolvidos no processo e o grau de concordância e oposição desses atores ao futuro desejado e às ações previstas; e
- 4) **o momento tático-operacional:** é o momento decisivo, em que toda a análise feita nos momentos anteriores se transforma em ação concreta. É o momento de fazer e monitorar as ações com proposição de mudança/ajustes ao longo do processo.

4.3 Tipologia de problemas

Os problemas podem ser classificados por tipos e o planejamento tem importância nesse processo.

Planejar consiste, basicamente, em decidir com, antecedência, o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro. (CHORNY, 1998).

O conceito de planejamento, anteriormente descrito, remete à noção de processo, continuidade. De algo sempre em construção, na busca de uma situação almejada a partir da análise da situação em que nos encontramos.

Então, é o planejamento que permite alcançar a Imagem-Objetivo, o futuro desejado, construindo um caminho entre o presente e o ponto almejado. Por isso, o processo de planejamento deve englobar: a análise das nuances da situação atual; a avaliação dos recursos políticos, econômicos, administrativos e cognitivos; e a compreensão do posicionamento dos atores que dominam esses recursos, para a elaboração de ações adequadas ao alcance de nossos objetivos.

A abordagem feita até o presente momento usa o referencial teórico do planejamento estratégico situacional (PES). Essa forma de pensar o planejamento diferencia-se do planejamento normativo pela orientação por problemas e não por planos setoriais. O PES está intimamente relacionado com a análise da realidade, que muda muito e rapidamente. Essa é a grande vantagem do PES.

O planejamento normativo, ao adotar planos setoriais e de longo prazo, não considera a análise da realidade em suas várias dimensões, perde a coerência com a realidade mutante e torna-se ineficaz.

A reflexão deste capítulo tem como tema um ponto-chave do planejamento estratégico: o problema. Pode-se conceituar como problema toda e qualquer situação considerada insatisfatória ou impeditiva para um ator alcançar seus propósitos.

Ou seja, problema é todo fator, aspecto, situação que impede o alcance da Imagem-Objetivo. Se considerarmos a agilidade com que a realidade muda, a diversidade de atores envolvidos na construção dessa realidade, e as diferenças de percepção da mesma, concluiremos que os problemas variam no tempo e na perspectiva de quem os identifica. Entre integrantes de uma mesma realidade, o que é problema para um ator social, pode ser oportunidade para outro. Por exemplo:

- 1) a ausência de medicamentos em uma unidade de saúde (US) pode ser problema para a coordenação e equipe da US; mas uma oportunidade para o proprietário da farmácia ao lado, que poderá aumentar seus lucros durante o período;
- 2) o fechamento da US pode ser um problema para a população, que ficará sem atendimento durante um período na semana; mas uma oportunidade para a equipe de saúde discutir e organizar os serviços para melhor atender à comunidade.

Portanto, a identificação e priorização de problemas deve ser um processo de construção coletiva, envolvendo um conjunto de atores sociais interessados em mudar uma dada realidade ou identificados com um mesmo objetivo.

Tipologia de problemas

Os problemas podem ser simples ou complexos, de difícil ou fácil solução. E podem ser classificados quanto à: natureza, posição na organização, governabilidade e complexidade.

- a) Classificação dos problemas segundo sua natureza:
 - **Problemas atuais:** são os identificados no presente e monitorados por dados e informações quantitativas ou qualitativas. Exigem solução imediata.
 - **Problemas potenciais:** problemas que não estão presentes, mas são identificados fatores e/ou determinantes que favorecem o seu aparecimento. Exigem ações de controle/intervenção sobre os fatores de risco.
 - **Problemas solucionados:** já ocorreram no passado e estão sob controle epidemiológico. Exigem ações de manutenção e/ou consolidação epidemiológicas para evitar reincidência.

- b) Classificação dos problemas segundo a posição na organização:
- **Problemas intermediários:** referentes à organização e ao funcionamento dos serviços. São os vividos no cotidiano da organização e que causam interferência na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados.
 - **Problemas terminais:** referentes às necessidades e demandas de saúde/doença da população. São os vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização.
- c) Classificação dos problemas segundo a governabilidade:
- **Problemas de controle total:** possibilitam intervenção imediata e sua solução depende apenas do interesse dos atores envolvidos no planejamento.
 - **Problemas de baixo controle:** requerem acúmulo de poder de intervenção. Necessitam de estratégias de convencimento de outros atores para potencializar a atuação sobre esses problemas.
 - **Problemas fora de controle:** não há poder de intervenção sobre eles. Interferem na realidade, mas não há como intervir neles. Devem ser considerados no planejamento como auxiliares na clareza da análise situacional.
- d) Classificação dos problemas segundo a complexidade:
- **Problemas estruturados:** são mais simples em virtude de terem causas conhecidas e soluções, geralmente, consensuais.
 - **Problemas quase-estruturados:** são mais complexos, geralmente têm muitas causas (multicausais), nem sempre fáceis de serem todas identificadas, e nem sempre possuem propostas consensuais para sua solução.

No contexto da área da saúde, não há como deixar de elaborar estratégias para o enfrentamento dos problemas segundo sua natureza. Em geral, é dada atenção aos problemas atuais, sob o argumento de que a grande demanda dos serviços e a falta de tempo nos absorvem completamente.

Quando a atuação é orientada para o atendimento à livre demanda e as medidas preventivas não são feitas, corre-se o risco de contribuir para o aumento da demanda. Isso acontece porque os fatores determinantes e/ou casuais permanecem inalterados e os problemas acumulam e ampliam.

Em saúde, os problemas, geralmente, são mais complexos (quase estruturados), e o planejamento que se orienta por problemas deve, preferencialmente, trabalhar com problemas terminais, já que nossa finalidade é superar as dificuldades dos usuários e não apenas da organização. Nessa área, o que importa é o resultado e não os produtos. Um elevado número de consultas

médicas não tem relevância nenhuma se os índices de morbimortalidade permanecerem elevados ou mesmo em elevação.

4.4 Definição de problemas

A primeira medida a tomar é a definição dos problemas, reconhecidamente um dos passos mais importantes para uma boa solução. Alguns autores referem que a percepção e a definição correta do problema são mais difíceis do que sua solução. Um problema mal definido leva a soluções equivocadas, perda de tempo e de recursos.

Deve-se levar em conta que os problemas tratam de um estado negativo da realidade e denotam, em geral, ausência, carência, insuficiência de um fator desejado, ou presença de um fator indesejado. Os problemas devem ser formulados do modo mais preciso e completo possível. Assim, facilita-se a priorização e a explicação, que são os passos seguintes do planejamento e que contribuem para a elaboração das ações necessárias ao enfrentamento desses problemas.

A definição deve conter, minimamente, as seguintes informações: tamanho (magnitude) do problema, população atingida ou envolvida, localização e dimensão temporal. Por exemplo: existência de focos domiciliares de *Aedes aegypti* em todos os bairros do município de Florianópolis em 2013.

É preciso estabelecer o que é problema e o que é um simples incômodo. Segundo Matus (1993), a diferença entre problema e incômodo está na capacidade de descrevê-lo e explicá-lo.

Se não se sabe definir e explicar muito bem um problema, ele não poderá ser considerado como tal e não teremos solução oportuna para ele. Portanto, a definição correta do problema requer uma cuidadosa exploração de informações sobre a situação. Somente assim podemos perceber, entender e focalizar os aspectos relevantes para a solução efetiva do mesmo.

É importante que a situação seja examinada de diferentes pontos de vista, colhendo informações, impressões e percepções dos vários atores envolvidos no processo de planejamento. Com isso, pode-se determinar quais dados são mais importantes para compreender a situação e definir o problema corretamente.

A forma como definimos nossos objetivos e a maneira como vemos o problema afetam fortemente o modo como abordamos a situação e os resultados que obtemos. Com frequência, a definição adotada determina totalmente as

ações para a solução. Para ilustrar essa afirmação, considere a situação que segue. Imagine que você coordena uma unidade de saúde e começa a receber reclamações sobre a lentidão do serviço da farmácia. A primeira coisa que você faz é tentar definir o problema da melhor forma. As soluções para o problema dependem de como você o define. Examinemos algumas definições e as soluções que elas originam para que seja vista como a definição condiciona as soluções criadas.

- a) **Definição do problema:** não há pessoal suficiente no setor.
Solução do problema: aumentar o número de funcionários para dispensação de medicamentos.
- b) **Definição do problema:** o sistema de registro de entrada e saída de medicamentos no computador é demorado e complicado.
Solução do problema: trocar o sistema de registro e/ou estudar medidas alternativas para o registro no horário de pico.
- c) **Definição do problema:** pico de demanda em alguns horários.
Solução do problema: reunir as equipes e estabelecer um escalonamento de horários de atendimento aos usuários.
- d) **Definição do problema:** pessoal da farmácia pouco capacitado.
Solução do problema: providenciar treinamento do pessoal.

O exemplo demonstra que a definição correta do problema requer uma cuidadosa exploração de informações sobre a situação. Somente assim podemos perceber, entender e focalizar os aspectos relevantes para uma solução efetiva.

Priorização de Problemas

A priorização de problemas consiste no momento em que os atores envolvidos para resolver uma determinada situação de saúde se reúnem para discutir e selecionar aqueles mais importantes, relevantes para a comunidade.

Além de complexos, os problemas na área da saúde são numerosos. É comum nos depararmos com uma lista enorme de problemas, que de tão grande nos imobiliza, pois não sabemos por onde começar. Também não é possível estabelecer ações para resolver todos os problemas de uma só vez. Além disso, a maioria dos problemas possui interface com os demais, sendo, muitas vezes, causa ou consequência entre si.

Para priorizar os problemas, é fundamental responder aos seguintes questionamentos:

- O problema é muito frequente?
- É considerado importante?
- Existem conhecimentos e recursos disponíveis para que a equipe de saúde possa enfrentá-lo?

Esses questionamentos orientam a tomada de decisão sobre quais são os problemas prioritários. Isso porque, considerando que cada ator possui uma dimensão própria da realidade e dos problemas, é necessário homogeneizar os aspectos que orientarão o processo de priorização. Entre esses aspectos, denominados critérios, os mais comuns são: magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e factibilidade.

- a **MAGNITUDE** de um problema de saúde pode ser entendida como o número de pessoas e a frequência com que o problema atinge uma determinada área ou população. Quanto mais pessoas são atingidas e mais frequente é o problema, maior é a magnitude, portanto maior sua importância.
- a **TRANSCENDÊNCIA** de um problema é a representação do grau de interesse que as pessoas do bairro ou da comunidade têm em solucionar o problema. Trata-se da importância do problema. Quanto mais gente se interessa, maior transcendência e importância tem o problema.
- a **VULNERABILIDADE** de um problema é o grau de fragilidade que este tem quando se desenvolvem as intervenções possíveis com a tecnologia disponível. Quanto mais fácil é a possibilidade de um problema ser resolvido ou diminuído através de uma intervenção, mais vulnerável ele é.
- a **URGÊNCIA** de um problema relaciona-se ao prazo para enfrentá-lo. Em geral, confere alto grau de risco aos envolvidos. A gravidade de suas consequências define a urgência de um problema.
- a **FACTIBILIDADE** de um problema refere-se à disponibilidade de recursos materiais, humanos, físicos, financeiros e político para resolvê-lo. Quanto mais disponíveis os recursos, mais factível ele é.

O número de problemas priorizados depende do potencial de mobilização do grupo envolvido no processo de planejamento. Como referido anteriormente, a maioria dos problemas possui interface com os demais. Utilizando a técnica de priorização e o conhecimento sobre os problemas, você estará elegendo os principais e, de regra, conseguirá resolver outros de maneira concomitante.

A aplicação da técnica dá-se por meio da utilização de uma tabela. A partir de um debate com o grupo envolvido no planejamento, deve-se estipular um valor para cada critério de priorização do problema. Considera-se uma pontuação cuja escala seja 0 para a inexistência do critério analisado, 1 para pouco, 2 para um padrão médio, 3 para um nível alto e 4 para um nível muito alto. O somatório classificará o grau de prioridade dos problemas, segundo essa avaliação técnica. Veja, a seguir, como esse quadro pode ser montado (Quadro 1).

Quadro 1 – Matriz de priorização dos problemas

Problema	Magnitude Tamanho	Transcendência Interesse	Vulnerabilidade Reversão	Urgência Espera	Factibilidade Recursos	Total
Descrever problema	(Inserir valor atribuído na priorização)	Somatório dos valores				

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a priorização, a etapa seguinte é a explicação dos problemas: suas causas e consequências.

4.5 Explicação do problema

Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for. (MATUS, 1993).

É preciso descrever e explicar os problemas, desde as causas até as consequências, identificando o fluxo e as relações de interdependência, o que desenhará a rede explicativa. Uma rede bem definida permitirá a identificação do que os autores do planejamento estratégico denominam **nós críticos** – pontos ou aspectos que, quando modificados, por si só promovem a alteração de outros ou de uma série de pontos na rede, potencializando a resolução do problema.

O primeiro passo é a eleição dos **descritores dos problemas** – informações quantitativas ou qualitativas dos mesmos. Não se trata aqui do elenco de causas ou consequências, mas da caracterização do problema para que se tenha a dimensão e a localização do que é preciso enfrentar. Trata-se de informar o tamanho, a população, a localização e a temporalidade do problema. Essa descrição orientará, posteriormente, o descritor de resultado, ou seja, o quanto do problema é esperado solucionar com o conjunto de ações definidas no plano, e o efeito esperado do planejamento.

Digamos que o problema priorizado seja o uso excessivo de medicamentos no município. Sem dúvida é um importante problema, mas com esse enunciado não é possível identificar exatamente do que se trata. É preciso um maior detalhamento.

Assim, torna-se necessário buscar os descritores e chegar às seguintes informações:

D1: Aumento em 40% do uso de antibióticos e em 60% do uso de analgésicos e anti-inflamatórios entre 2008 e 2012.

D2: Entre a população com faixa de renda C e D, o gasto familiar com medicamentos cresceu 30% no período entre 2008 e 2012.

D3: As vendas de medicamentos sem prescrição médica ou odontológica tiveram incremento de 45%.

Agora, sim, temos um melhor detalhamento do problema em questão. É preciso, então, conhecer os motivos que permitiram chegar a esse quadro e as consequências da manutenção ou acirramento do problema. Essa explicação deve englobar todos os descritores identificados. Começa-se perguntando: o que causou aumento do uso de antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios nesse período (D1)? A cada causa identificada segue a pergunta sobre o que causou esse aspecto, e assim por diante, até esgotar sua explicação. O mesmo procedimento é feito para os descritores D2 e D3, lembrando que uma causa pode ser comum a dois ou mesmo aos três descritores. Estabelecamos o fluxo de relação causal para obter a rede explicativa. O mesmo deve ser seguido na descrição das consequências. Uma estratégia é imaginar a construção de uma árvore explicativa, na qual o problema seria o “caule”, abaixo dele (a “raiz”) estariam representadas as causas elencadas e a “copa” seriam as consequências, como indicado na Figura 2; ou estabelecer um fluxograma situacional, conforme proposto por Carlos Matus, com a utilização de quadros e setas, como pode ser observado na rede explicativa do nosso problema, no exemplo da Figura 3.

Figura 2 – Esquema da árvore explicativa

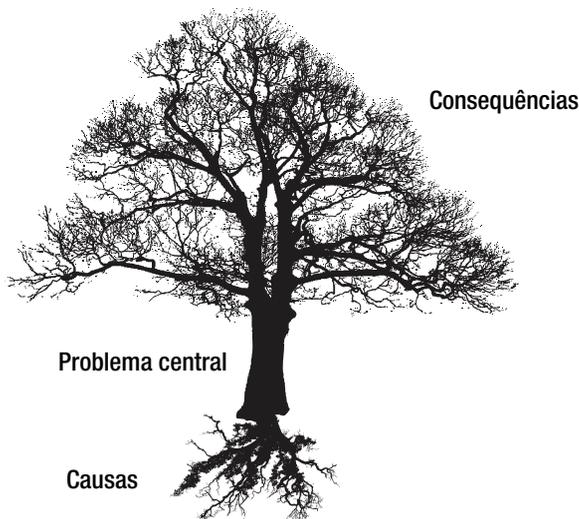
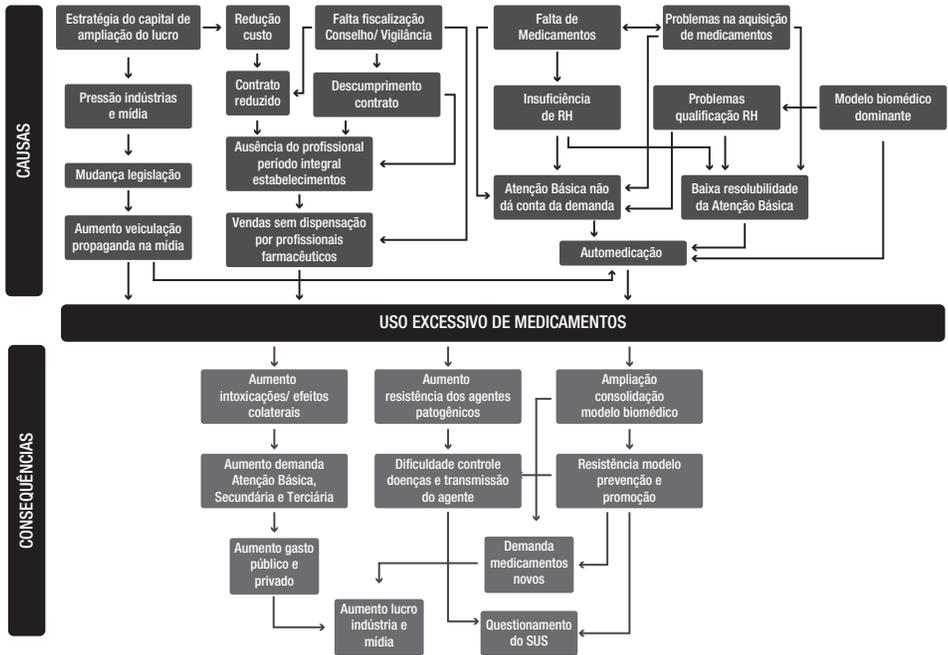


Figura 3 – Rede explicativa do problema



Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Figura 3 é apresentado um exemplo da rede explicativa do problema “Uso excessivo de medicamentos”. Isso, claro que, na perspectiva de um grupo inserido em um contexto, o que caracteriza o planejamento estratégico situacional. Essa explicação partiu da reflexão sobre o que poderia causar a situação explicitada nos descritores. Por exemplo: a automedicação, fruto da hegemonia do modelo biomédico, é uma causa comum aos três descritores. A baixa resolubilidade da Atenção Básica e a dificuldade em atender a demanda contribuem para a automedicação, uma vez que a população tenta resolver seu problema imediato, estimulada pela veiculação de propagandas na mídia e pela facilidade da venda de medicamentos sem dispensação de farmacêuticos. Aspectos relativos aos profissionais de saúde, tais como número insuficiente e problemas de qualificação, contribuem para a baixa resolubilidade e dificuldade em atender a demanda, assim como a baixa qualidade da farmácia pública e a insuficiência de medicamentos. O passo seguinte é estabelecer as relações, por exemplo: falta de medicamentos é resultado de problemas na aquisição, e, ao mesmo tempo, acentua essa deficiência. Ambos interferem na resolubilidade e na dificuldade em atender a demanda da Atenção Básica. Prosseguindo assim, percebe-se que estabelecemos um fluxo de causalidade, de modo a permitir a identificação de possíveis nós críticos.

4.6 Momento normativo: desenhando um plano de ação

No momento normativo são definidas as operações que, em diferentes cenários, levam à mudança da situação inicial, conduzindo-a à situação ideal. Trata-se de detalhar as ações a serem executadas no período de vigência do planejamento elaborado. Para êxito do plano, cada operação e ação deve estar relacionada a um objetivo específico, bem como devem estar identificados os recursos, os responsáveis, os prazos e os produtos esperados.

A partir da explicação dos problemas, podemos gerar os objetivos, que expressarão a situação futura, a ser alcançada após a resolução dos problemas. Mas, como isso se procederá? Simples, a partir da causa e da consequência convergente você constrói o **objetivo geral** e os **objetivos específicos**. Desse modo, os objetivos específicos expressam o que é necessário fazer para cumprir o objetivo geral.

Com a situação ideal, os descritores de resultados e a matriz explicativa (árvore ou espinha de peixe), haverá condições de elaborar uma planilha operativa ou operacional. Por isso, é fundamental a construção de uma boa explicação para o problema, de modo a permitir a identificação das soluções necessárias e suficientes para o seu enfrentamento.

A planilha operacional corresponderá à definição de quais operações e ações serão desenvolvidas para enfrentar o problema, priorizando o alcance de cada um de seus objetivos específicos.

O preenchimento da planilha é essencial para organizar o plano de ação local para intervenção sobre o problema e assegurar o êxito do planejamento. Deve-se buscar o maior detalhamento possível para evitar o imprevisto, assegurando a execução através dos responsáveis, no prazo estabelecido e com os recursos disponíveis.

4.7 Momento estratégico: construindo a factibilidade e a viabilidade do plano

Nem sempre o conjunto de ideias sobre como enfrentar os problemas que identificamos, valorizamos e elencamos no plano serão suficientes para que os problemas sejam solucionados. É preciso construir a capacidade de resolver aquilo que se acredita necessário para mudar a realidade que nos preocupa.

Um plano não é monopólio de um grupo. É preciso identificar os atores envolvidos no processo e o grau de concordância e de oposição destes quanto ao futuro desejado e às ações previstas.

Analisando os problemas com um olhar estratégico, é preciso levantar a viabilidade e a factibilidade das ações que estão no plano, de acordo com os conceitos a seguir apresentados.

- **Viabilidade:** é a possibilidade política de se realizar um projeto. Essa possibilidade vai depender do grau de apoio, de rejeição ou de indiferença que outros atores ou grupos sociais, importantes no enfrentamento do problema, venham a manifestar.
- **Factibilidade:** significa a existência de recursos financeiros, tecnológicos e de gerenciamento para a realização do projeto.

Para ajudar a perceber a real dimensão da factibilidade e da viabilidade das operações do planejamento que serão analisadas, deve-se analisar as ações propostas, separando-as em dois grupos:

- as que podem ser realizadas apenas pela própria equipe, com os recursos que ela possui; e
- as que precisam de outros recursos e apoios para serem realizadas.

Normalmente, para superar problemas complexos, precisa-se de apoio e recursos que estão fora do seu controle direto. É relativamente fácil definir se existem recursos materiais para realizar determinada ação, ou seja, a factibilidade. Porém, definir sobre a viabilidade, o apoio político ao plano é, às vezes, muito mais difícil.

Por isso, as ações, que dependem de outros atores sociais e dos recursos que eles controlam, precisam de algo além da sua vontade de fazer: precisam de capacidade de convencimento, precisam de argumentos que garantam o apoio dos outros atores aos seus projetos.

Esses aspectos devem constituir o elenco de ações do planejamento. É a isso que Matus se refere ao afirmar, em seu decálogo, que o planejamento:

- a) admite questões políticas como variáveis operacionais;
- b) não adivinha o futuro, mas constrói cenários.

Durante o momento estratégico, são identificados, com mais detalhes, os atores sociais interessados ou envolvidos nos projetos. Nessa análise, deve-se avaliar o **interesse** e o **valor** que eles dão a esses projetos.

Com essa avaliação, é possível eleger a melhor forma de interação com esses atores, buscando preservar o plano e, principalmente, aumentar a sua capacidade de realização, construindo a **viabilidade** e **factibilidade** por meio da associação de interesses e valores.

O conceito de **interesse** se refere à posição das pessoas ou dos grupos em relação à determinada questão, problema ou ação. Esse interesse pode ser classificado como de apoio, rejeição ou indiferença. A indiferença pode ser ainda classificada como real, tática ou por desatenção. A indiferença tática significa que o ator ou grupo social dissimula um interesse real positivo ou negativo sob a máscara da indiferença. Em momento oportuno, ele poderá surpreender, assumindo o interesse real em relação a uma determinada questão. A indiferença por desatenção, por sua vez, é aquela que o ator assume por não ter tido oportunidade de conhecer aspectos que o levariam a um posicionamento mais definido.

O valor refere-se a um grau de intensidade do impacto que uma ação tem ou pode ter sobre uma determinada pessoa ou grupo. Trata-se, portanto, de estimar o grau de importância que determinado problema ou ação tem para o conjunto de atores envolvidos. Pode-se expressar o valor que um ator social dá a uma determinada ação como Alto (A), Médio (M) ou Baixo (B).

Uma vez definido o perfil dos atores, o momento seguinte é estabelecer a forma de relacionamento com cada um deles, de modo a obter o máximo de benefícios e o mínimo de ônus.

Trata-se da definição de estratégias de atuação classificadas em três tipos: **cooptação**, **negociação** ou **conflito**.

A **cooptação** é um processo de sedução e aliciamento de um ator social, diante de uma proposta para a qual ele não faz qualquer restrição essencial. É a associação de interesses sem qualquer concessão de qualquer das partes. Por outro lado, a **negociação** é um processo mais complexo, que exige do interessado a capacidade de ceder em alguns pontos para garantir o apoio do parceiro, que, por seu lado, pode também abrir mão de algum detalhe do seu projeto para consolidar a aliança pretendida. Aqui, os interesses também têm alguma afinidade, mas não são tão grandes que comportem o apoio sem contrapartida. Em ambas há cooperação, diferindo apenas no grau de maleabilidade e compartilhamento.

O **conflito** é a estratégia assumida quando não há nenhuma possibilidade de aliança ou acordo. Deve ser adotada quando esgotadas as possibilidades anteriores. O planejador deve considerar que o conflito é um risco e pode resultar em perdas, que, dependendo do grau, podem comprometer até o seu papel enquanto planejador e a manutenção do problema na realidade. Portanto, uma boa análise de poder e de alcance das estratégias adotadas é imprescindível.

O arco direcional do planejamento estratégico nem sempre é contínuo. Muitas vezes é preciso ampliar o leque de ações para acúmulo de poder e garantia de sucesso.

Leitura complementar: Para complementar os conhecimentos sobre a construção do planejamento, sugere-se como leitura o capítulo *Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde*, do livro *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*, organizado por Carmem Fontes Teixeira.

4.8 Momento tático-operacional: intervindo para o alcance da mudança

Após a análise estratégica, o plano é redefinido e chega-se ao momento de ação. As operações definidas no momento normativo serão executadas; a espinha de peixe, construída no momento explicativo, passará por alterações, com o apoio viabilizado pelo cálculo interativo e pelas iniciativas pensadas no momento estratégico. Trata-se do fechamento e da renovação do arco. Com tais alterações, outro cenário se desenhará. Como a realidade é dinâmica, é preciso, então, monitorar as ações, prevendo correção de rumos ao plano inicialmente pensado. É preciso, em um determinado momento, realizar a avaliação do plano implementado, em um processo de retroalimentação do planejamento.

Nos momentos anteriores, definiu-se um plano, com indicação de responsáveis e prazos de execução das ações, aliado a estratégias de viabilidade e factibilidade. Porém, é necessário um grupo de acompanhamento do plano geral, isto é, um grupo de condução ou o coordenador que, junto com o responsável pela ação individualmente, acompanhará a sua realização.

Nesse processo de acompanhamento e monitoramento do plano, se define em que momento serão deflagradas as ações planejadas, em que sequência elas se desenvolverão, e se asseguram as condições mínimas para a execução das ações. Periodicamente, realiza-se o monitoramento das ações e programam-se ações de correção de rumos para o cumprimento dos objetivos propostos. É preciso definir um calendário de reuniões de acompanhamento do plano e os instrumentos de prestação de contas das ações, que podem ser relatórios escritos ou verbais, planilhas, gráficos, tabelas.

É importante, também, definir a periodicidade e a forma mais adequadas para as avaliações do planejamento. Em geral, se avalia ao final do período de vigência do plano. É possível, porém, avaliar também durante o processo de

implantação do plano. É importante ressaltar que isso depende da finalidade da avaliação e da temporalidade do plano.

Dessa forma, “para que” e “para quem” são elementos essenciais dessa definição. É possível avaliar o plano a partir do grau de satisfação dos usuários; ou do cumprimento de metas e ações; ou da relação custo-benefício; ou do impacto dos resultados sobre a população.

Uma vez definidos tais aspectos, prossegue-se com a seleção dos indicadores que comporão a matriz avaliativa. Para avaliar e monitorar o planejamento, as operações identificadas no momento normativo comporão, minimamente, o leque de indicadores de avaliação, e as ações poderão ser monitoradas em uma periodicidade menor. Outros indicadores de natureza política, porém, poderão ser acrescentados, como, por exemplo, indicadores que mensurem o grau de sucesso das estratégias de viabilidade do plano.

O planejamento em saúde, em especial o Planejamento Estratégico Situacional, é uma ferramenta importante para a gestão da assistência farmacêutica. Os profissionais deparam-se com problemas no dia-a-dia dos serviços, e técnicas e métodos de planejamento nos auxiliam na definição das ações a serem desenvolvidas para reverter esses problemas. Mas, para isso, precisamos sempre ter em mente onde queremos chegar, qual é a Imagem-Objetivo. Qual é a Imagem-Objetivo do serviço de assistência farmacêutica?

Outra questão importante é que a realidade é dinâmica e precisamos estar preparados para readequar o planejamento se a situação inicial identificada for modificada. Isso justifica a adoção do Planejamento Estratégico Situacional.

Lembrar, também, que nada disso será construído sem o envolvimento dos demais atores: gestores, profissionais de saúde, usuários, entre outros. O apoio e o envolvimento desses atores são fundamentais para o sucesso do plano.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, V. F. *Gerenciamento da rotina do trabalho do dia a dia*. Belo Horizonte: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 1994.
- CHORNY, A. *Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes*. *Cuadernos Médico Sociales*, v. 73, p. 5-30, 1998.
- MAXIMIANO, A. C. A. *Introdução à administração*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

OLIVEIRA, D. P. R. *Planejamento estratégico*. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 355-366, 1999.

SANTANA, J. P. (Org.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. *Planejamento em saúde*. São Paulo: FSP-USP, 2002.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Joslene Lacerda Barreto
Maria Cristina Marino Calvo

5.1 Avaliar

A avaliação está no nosso dia a dia, das questões mais simples às mais complexas. Você já parou para pensar nisso?

Você consegue se lembrar de como o seu dia começou hoje, sobre quantas questões você teve que parar para pensar, organizar o seu dia? Seja para levar o filho à escola, o carro à oficina, seja para fazer outra atividade qualquer, você deve ter pensado no seu tempo disponível, no trajeto a ser percorrido, em quem deveria ir junto, em informar a essa pessoa a hora...

Imagine que, para cada coisa que você planejou fazer, instintivamente você avaliou se poderia fazer ou não, se o tempo que você tinha disponível seria suficiente, se teria tempo para abastecer o carro etc.

O que você fez foi planejar uma atividade específica ou o seu dia todo. Você, além de planejar, teve que avaliar qual seria a melhor escolha a ser feita para alcançar o resultado que pretendia e, depois, da mesma forma, avaliar suas ações para decidir se faria novamente da mesma forma, no mesmo lugar, com as mesmas pessoas ou, até, se não seria melhor fazer de outro modo.

Claro que essas avaliações não aconteceram de forma sistematizada. Você não usou fórmulas ou outras ferramentas para chegar a alguma conclusão. Sua experiência e conhecimento sobre as opções disponíveis, provavelmente, foram suficientes para, muito rápido, chegar a uma solução.

Assim como nesse exemplo, no trabalho, tanto nas atividades rotineiras como em novos projetos, sempre é necessário algum tipo de avaliação para você chegar a conclusões, indispensáveis para um avanço estruturado.

O que será mostrado aqui é que a avaliação pode e deve ser estruturada e que há ferramentas para isso. Serão apresentados conceitos que precisam ser conhecidos para que a avaliação possa ser entendida e utilizada durante todo o processo da gestão da assistência farmacêutica.

O primeiro conceito que será trabalhado neste capítulo é o de **avaliar**.

Avaliar significa “emitir um juízo de valor” sobre alguma coisa.

As pessoas passam grande parte do tempo avaliando alguma situação, mas cada um pode atribuir diferentes juízos de valor para uma mesma situação. O processo de avaliação é automático, inerente ao ser humano.

Uma forma bastante comum de avaliação é aquela que estabelece um valor monetário sobre determinado objeto ou serviço, ou quando ocorre uma verificação de aprendizado no sistema escolar. Essas avaliações são traduzidas em preços e notas ou conceitos, respectivamente. E pode acontecer de o valor definido pelo vendedor ou pelo professor não coincidir com o valor atribuído pelo comprador ou pelo aluno.

Isso nos leva a pensar que a avaliação não tem um resultado confiável ou consistente?

Para responder a essa pergunta, deve-se ter em mente que as questões em jogo são “quem define o que será avaliado” e “com quais critérios” se avaliará.

Deve-se ter em mente, ainda, que, dependendo da posição do avaliador e da finalidade da avaliação, os resultados podem ser diferentes. Não se deve esquecer, contudo, que avaliar envolve uma investigação e, por isso, exige métodos claros para obtenção dos dados e, principalmente, das informações usadas para análise desses dados em função dos critérios de sucesso.

Figura 1 – Diversidade na avaliação



Fonte: Elaborado pelos autores.

Esses exemplos do cotidiano ilustram alguns dos vários aspectos envolvidos no processo de avaliar, por isso não se pode falar apenas em “avaliar” determinado objeto, ação ou serviço. Há necessidade de estabelecer precisão ao ato de avaliar, demonstrando, claramente, os critérios, definindo parâmetros, considerando os atores envolvidos, incorporando os aspectos culturais e institucionais inerentes ao que é avaliado.

A avaliação muda de acordo com o contexto através do tempo, gerando mais complexidade das informações, e tornando-a mais sofisticada em termos de seus propósitos.

Não há uma definição única para avaliação. A variação e as imprecisões encontradas na literatura são provocadas pelo fato de que o termo “avaliação”, para ganhar significado, necessita estar acompanhado de outros termos que informem sobre o objeto e o sujeito da avaliação, além dos seus propósitos, objetivos e modos de proceder (GARCIA, 2001). No entanto, existem alguns consensos estabelecidos:

- o conceito de avaliação está diretamente relacionado com a ideia de formular um juízo de valor sobre o objeto a ser avaliado, o que incorpora uma carga subjetiva;
- medir nem sempre significa avaliar; e
- a avaliação deve ser um processo dinâmico, sistêmico.

É muito importante não perder a memória de todas as informações já construídas sobre os serviços em que se atua – elas sempre podem ajudar a compreender e melhorar a realidade atual, por mais equivocadas ou antiquadas que possam parecer!

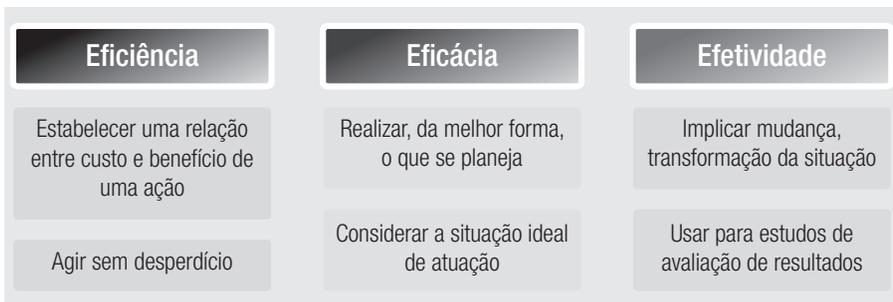
5.2 Avaliação em saúde

Logo após a Segunda Guerra Mundial, o Estado começou a intervir nas políticas sociais – educação, assistência social, emprego e saúde. Essa intervenção do Estado, na economia, criou a necessidade de se encontrar meios para que a destinação de recursos fosse a mais eficiente possível. Os economistas foram os primeiros a utilizar métodos para analisar as vantagens e os custos, e constituíram as primeiras formas de avaliação no setor público.

Desse período, destacam-se os termos eficiência, eficácia e efetividade:

- 1) falamos de eficiência quando estabelecemos uma relação entre o custo e o benefício de determinada ação, programa, projeto, ou seja, quando procuramos fazer mais com menos recursos. É quando agimos sem desperdiçar recursos;
- 2) eficácia significa realizar, da melhor forma, as ações que se planejam ou se programam, considerando uma situação ideal de atuação; e
- 3) efetividade implica mudança de determinada realidade ou transformação de uma situação, sendo muito utilizada para o estudo de avaliação de resultados.

Figura 2 – Termos da avaliação de resultados



Fonte: Elaborado pelos autores.

O uso da avaliação, com indicadores pertinentes às realidades locais, pode contribuir não apenas com o trabalho gerencial, mas com todo o processo de planejamento. O juízo de valor decorrente da avaliação indicará a decisão

a ser tomada nos programas ou serviços de saúde. Portanto, é necessário que esteja claramente definido quem tem poder de decidir e no que irá decidir. Nas situações de indefinição desses aspectos, não se faz uma avaliação propriamente dita, e sim um diagnóstico de situação.

A avaliação é, muitas vezes, considerada uma atividade tediosa ou complexa, cujos resultados são utilizados somente se convenientes aos gestores. É muito importante mudar essa concepção e encarar a avaliação como uma ferramenta essencial da gestão, usada para aprimorar nossas ações, alcançar nossos objetivos da melhor forma possível no contexto considerado, aumentando a eficiência e a efetividade na tomada de decisão quanto à aplicação dos recursos e à definição de rumos.

Principalmente, deve-se entender que a avaliação não é uma ação isolada das demais ações, que precise ser realizada por um especialista em momentos especialmente destinados a ela.

Independentemente da posição ocupada na instituição, sempre temos decisões a tomar ou oferecemos subsídios para que outros tomem decisões. Então, é necessário que se tenha clareza dos papéis e das responsabilidades no processo decisório. No entanto, todos avaliam, de alguma forma, as atividades cotidianas, e o adequado seria que esse esforço natural fosse sistematizado. Dessa forma, as medidas, as comparações e os julgamentos feitos possibilitariam o redirecionamento das ações e um melhor desempenho.

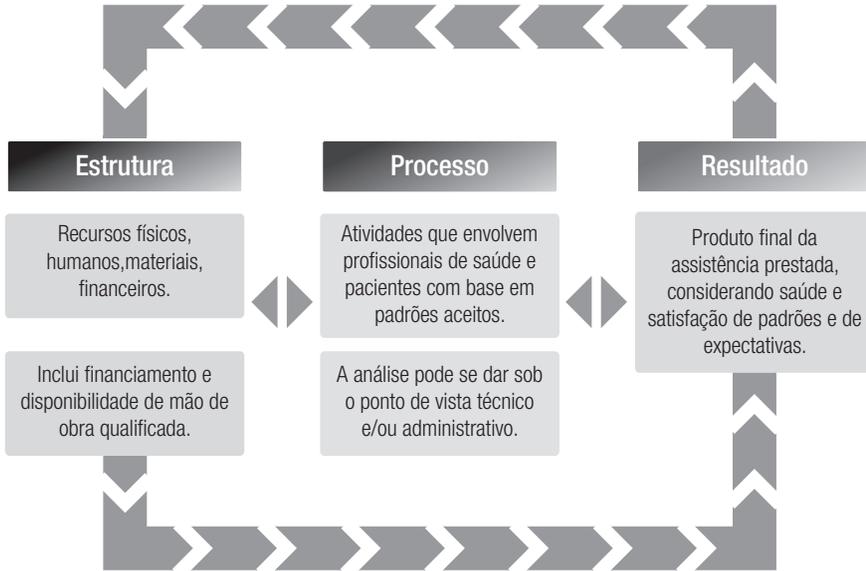
Vários autores mencionam que as maiores dificuldades para realizar avaliações não são técnicas, mas políticas, como de vontade, de sensatez, de sentido comum, de sensibilidade pedagógica, de flexibilidade e de criatividade.

5.3 Tipologias de avaliação

Existem muitas concepções sobre saúde e suas práticas. A cada uma delas associam-se diferentes definições e técnicas de avaliação dependendo do enfoque adotado, o qual varia desde a avaliação do cuidado individual até a avaliação de complexos sistemas nacionais de saúde. Muitas técnicas e métodos de avaliação têm sido desenvolvidos e aplicados.

Das várias abordagens adotadas na avaliação em saúde, o modelo mais empregado para avaliação da qualidade em saúde, principalmente referente aos cuidados médicos, é o de Donabedian (1980), de estruturação sistêmica, que estabelece a tríade “estrutura–processo–resultado”.

Figura 3 – Tríade da estruturação sistêmica



Fonte: Elaborado pelos autores.

Esse modelo entende a estrutura como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde, e inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. O processo compreende as atividades que envolvem profissionais de saúde e pacientes com base em padrões aceitos. A análise pode ocorrer sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, e os resultados buscam o produto final da assistência prestada, considerando saúde e satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1980).

Leitura complementar: Um exemplo de aplicação desse modelo na avaliação da assistência farmacêutica é descrito no artigo de Maria Auxiliadora Oliveira e colaboradores, intitulado *Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro*, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

O mesmo autor, Donabedian (1980), propôs os sete pilares da qualidade como uma alternativa para avaliar objetos mais complexos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Pilares da qualidade

Pilares	Significado
Eficácia	O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis.
Efetividade	Melhoria na saúde nas condições usuais da prática cotidiana.
Eficiência	Custo com o qual dada melhoria na saúde é alcançada.
Otimização	Efeitos do cuidado da saúde relativamente aos custos.
Aceitabilidade	Atender aos desejos, às expectativas e aos valores dos usuários.
Legitimidade	Aceitabilidade pela comunidade ou sociedade em geral.
Equidade	Ser justo na distribuição do cuidado na população.

Fonte: DONABEDIAN, 1980.

Leitura complementar: Muitos têm sido os modelos propostos para avaliar qualidade, e você pode ler mais sobre isso no livro 3 da Coleção Saúde e Cidadania, escrito por Malik e Schiesari, denominado *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*.

Novaes (2000) realizou uma análise das variáveis que orientaram as decisões conceituais e metodológicas na construção das principais modalidades de avaliação propostas na literatura, identificando **três linhas predominantes de abordagens para avaliação em saúde** (Quadro 2):

- investigação avaliativa;
- avaliação para decisão; e
- avaliação para gestão.

Quadro 2 – Caracterização de tipos de avaliação em saúde

Critérios	Tipos de avaliação em saúde		
	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização e Compreensão	Caracterização e Quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo, experimental, quase experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual/replicado	Corrente/pontual	Integrado/contínuo

Fonte: Novaes (2000).

A avaliação também pode ser classificada considerando sua dimensão temporal, ou seja, o momento em que ela é realizada; esse momento costuma ser identificado como *ex-ante* e *ex-post*, caso ocorra antes ou depois de iniciada a atividade em questão.

- A avaliação *ex-ante* é realizada para identificar os aspectos positivos e negativos antes de iniciar a atividade, permitindo que se decidam a pertinência e a adequação de sua implantação da forma como foi planejada.
- A avaliação *ex-post* ocorre após a implantação da atividade, enquanto está sendo executada ou após sua conclusão e permite identificar necessidades de alteração, bem como as mudanças ocorridas desde a situação inicial.

Ainda temos a avaliação de impacto, um tipo de avaliação *ex-post* realizada quando se considera que houve tempo para alcançar o impacto esperado, que pode ser após meses ou anos do término da atividade.

A partir de sua natureza, a avaliação pode ser classificada como normativa ou avaliativa.

- A avaliação é normativa quando, de acordo com Draibe (2001), assume característica mais pragmática e consiste em medir/julgar uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços utilizados (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas.
- Já, a avaliação classificada como pesquisa avaliativa afere julgamento *ex-post* usando métodos científicos, a partir da análise da pertinência dos fundamentos teóricos, da produtividade e de resultados de uma intervenção, relacionando-os com o contexto no qual se situa, com o objetivo de contribuir para a tomada de decisão.

É importante ressaltar, na perspectiva de uma avaliação não normativa e mais orientada pela lógica da pesquisa avaliativa, que não basta apenas identificar problemas, é necessário definir a Imagem-Objetivo desejada, já que o problema é definido como a lacuna entre a Imagem-Objetivo e a situação atual. Esse problema será maior ou menor dependendo de como estamos vendo a distância entre a Imagem-Objetivo e a realidade atual.

Imagem-Objetivo, segundo Matus (1983), é uma situação futura ideal ou desejada, que marca a direção das estratégias a serem implantadas. Podemos considerar como Imagem-Objetivo uma meta ativa, a ser buscada mediante a atuação consciente e planejada, que não esteja condicionada pela disponibilidade presente de recursos nem por prazos ou tempos definidos.

Na construção de uma Imagem-Objetivo precisa-se, de acordo com Matus, observar os requisitos a seguir.

- a) Representatividade: deve expressar as aspirações de grupos sociais realmente representativos e responder a problemas verdadeiros e transcendentais para eles;
- b) Validade: ser capaz de mobilizar uma estratégia viável;
- c) Singularidade: apresentar categorias qualitativas que representem determinado padrão ou estilo de desenvolvimento;
- d) Direcionalidade: deve representar o que se pretende alcançar no futuro;
- e) Capacidade semiótica: deve expressar com poucos símbolos a gama de problemas e soluções que se busca equacionar.

Por outro lado, também é muito importante, na perspectiva da pesquisa avaliativa, compreender e analisar os resultados encontrados. Precisamos saber o que vamos fazer com os resultados da avaliação. Por exemplo, no caso da gestão da assistência farmacêutica, os resultados revelam o quê? Que mudanças ou alterações precisamos promover, efetivamente, na nossa realidade, para o alcance dos objetivos da gestão?

Políticas, programas e serviços de saúde são, frequentemente, objetos da pesquisa avaliativa, uma vez que exigem uma avaliação que:

- revele a relação entre condições, meios, resultados e impactos de uma intervenção;
- verifique a eficácia e a eficiência das ações; e
- detecte dificuldades e obstáculos e produza recomendações que possibilitem corrigir rumos ou disseminar lições e aprendizados.

Leitura complementar: Um exemplo de aplicação desse modelo, na avaliação da gestão da assistência farmacêutica, tem-se no artigo de Barreto e Guimarrães *Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil*, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

As avaliações podem, ainda, de acordo com sua natureza, ser distinguidas entre avaliação de resultados ou somativa e de processo ou formativa (DRAIBE, 2004). A avaliação de resultado procura responder o quanto e com que qualidade os programas cumpriram seus objetivos. Nesse caso, os objetivos abrangem três tipos de resultados, denominados pela autora como resultados propriamente ditos, impactos e efeitos.

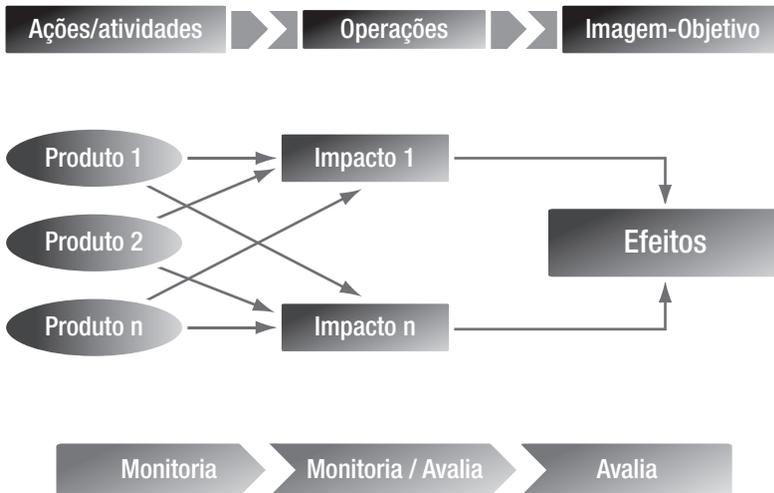
Essa diferenciação é pertinente na definição do foco de avaliação e na seleção de indicadores adequados “para aferir cada um desses níveis de realização dos programas” (DRAIBE, 2004, p. 20). Assim, no primeiro nível de realização dos programas estão os resultados propriamente ditos, que correspondem

aos “produtos do programa previstos em suas metas e derivados do processo particular de produção” (DRAIBE, 2004, p. 21).

No segundo nível, encontram-se os impactos que correspondem “às alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém e por ele são provocadas” (DRAIBE, 2004, p. 21). E, por último, encontram-se os efeitos que correspondem a outros tipos de impactos que podem ser esperados ou não, mas que vão além do grupo-alvo, afetando o meio social e institucional no qual o programa se realizou.

Veja na Figura 4, a seguir, a representação do processo envolvido, desde a execução de atividades até a formação da Imagem-Objetivo.

Figura 4 – Fluxo de resultados e momentos do M&A



Fonte: Elaborado pelos autores.

A avaliação de processo, na visão de Draibe (2004), tem como foco o desenho e as características organizacionais e de desenvolvimento dos programas, tendo como objetivo a detecção de fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que o programa atinja seus resultados da melhor maneira possível.

Esse tipo de avaliação avança em relação ao diagnóstico de dada situação, porque constrói compromissos em relação a uma direção futura que se pretende alcançar (Imagem-Objetivo).

Todo conhecimento é importante, visto que ajuda a compreender a realidade e a avaliar, utilizando métodos científicos, até porque não existe um modelo metodológico único, não existe um padrão.

Precisamos adaptar a partir do momento em que tomamos a decisão sobre: o que estamos avaliando; qual o foco da avaliação; o que queremos com

ela; e qual a Imagem-Objetivo que estamos perseguindo. Enfim, o conteúdo teórico vai dar a sustentação para as respostas das questões que definirão o tipo de avaliação que pretendemos.

A avaliação permite entender melhor nosso processo de trabalho, comparar nossos resultados com os objetivos pretendidos, corrigir problemas durante a execução das ações e propor mudanças que melhorem nossa atuação. Ela é parte indissociável da gestão da assistência farmacêutica e deve fazer parte do cotidiano de seu trabalho. Entretanto, para realizar a avaliação é necessário conhecer precisamente aquilo que será objeto do estudo, ter clareza dos objetivos perseguidos, buscar a participação dos envolvidos no processo, sem imprimir caráter punitivo, e a vontade política para expor nossas fragilidades e, com isso, contribuir para resolver os problemas encontrados.

Para avaliar, precisamos, antecipadamente, responder a questões, tais como o que avaliar, quem avalia, para que avaliar e como avaliar. Para isso, precisamos levar em conta todo esse conhecimento com o intuito de escolhermos, de forma adequada, qual o tipo de avaliação que responde ao objetivo que pretendemos.

5.4 Avaliação da gestão da assistência farmacêutica

Cabe destacar que os resultados da avaliação serão influenciados pelas concepções e práticas de saúde, pelos parâmetros e critérios adotados, pelos valores e pela motivação dos envolvidos, e pelo aspecto do objeto que está sendo avaliado.

A primeira questão que se coloca remete para “o que está sendo avaliado em cada programa ou política?” É o processo (implementação); é a gestão (condução); são os resultados finalísticos (impacto); são as metas previamente definidas (programado x realizado)? É um diagnóstico de situação ou a construção/busca de uma Imagem-Objetivo?

Na literatura científica, pode-se encontrar uma diversidade de artigos sobre avaliação da assistência farmacêutica, sendo, muitos deles, voltados para as atividades operacionais da área. Nesse contexto, verificam-se: qual medicamento foi dispensado; a presença de medicamento vencido; as condições da prescrição médica; as condições de aquisição; o acesso a determinada terapia medicamentosa, entre outras. Todas essas atividades estão relacionadas, principalmente, ao ciclo logístico da assistência farmacêutica.

No entanto, a gestão da assistência farmacêutica vai muito além dessas atividades, considerando que existe uma série de aspectos mais relacionados ao campo de pesquisa das ciências sociais que não são investigadas, provavelmente devido a uma lacuna histórica na formação profissional do farmacêutico.

A intenção aqui é verificar como está a gestão da assistência farmacêutica, produzindo um diagnóstico ou levantamento situacional.

O diagnóstico traz uma série de informações importantes, mas o nível de exigência pode ser maior com objetivo de melhorar a qualidade. Dificuldades e obstáculos devem ser detectados, assim como produzidas recomendações e correções de erros, além da disseminação de lições e aprendizagens. Este tipo de avaliação é considerado como uma pesquisa interessada ou Policy Oriented (DRAIBE, 2004).

Uma avaliação desse tipo se caracteriza também como uma avaliação de processo, que é entendida como aquela que foca o desenho, as características organizacionais e o desenvolvimento de programas, detectando os fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que um dado programa atinja os resultados da melhor maneira possível (DRAIBE, 2004).

Esse tipo de avaliação exige levantamento de hipóteses ou de premissas, que são formuladas à luz de uma Imagem-Objetivo referenciada pelos avaliadores e pelos outros atores envolvidos, para que possibilite ir além da descrição dos fenômenos e avaliar os achados, de acordo com critérios partilhados e explícitos.

A Imagem-Objetivo deve explicitar o consenso de diversos atores sobre o que seria ideal para a gestão da assistência farmacêutica naquele momento. Com isso pretende-se dizer que daqui a alguns anos, ou até em menos tempo, essa Imagem-Objetivo não servirá mais, quando, então, será preciso reconstruí-la, reformulá-la, repensá-la. Também será assim com alguns indicadores, que precisarão ser excluídos ou modificados ou até ter seu parâmetro alterado, visto que esse é um processo contínuo.

Lembre-se sempre de que estamos falando da realidade, e que o fato de aplicar o protocolo de indicadores e de mostrar seus resultados, mesmo sem intencionalidade, já é desencadeador de mudanças em algumas práticas. Quando realizamos uma entrevista ou aplicamos um questionário, a atenção é despertada para alguns aspectos que, antes, envolvidos na rotina do trabalho, não eram considerados importantes pelos atores.

Outra questão a ser definida é sobre “Quem avalia?”. Essa definição é importante ao considerarmos que a procedência dos avaliadores pode influenciar o processo de avaliação. Avaliadores externos – não vinculados à instituição – possuem a vantagem de não estarem envolvidos diretamente com o objeto, o que pode conferir maior imparcialidade na avaliação. Por outro lado, podem possuir menos conhecimento do objeto avaliado, implicando em compreensões fragmentadas dos aspectos envolvidos.

Avaliadores internos são aqueles que pertencem à instituição executora, mas não são responsáveis pela execução do programa a ser avaliado. Se por um lado essa posição oferece a vantagem do conhecimento do objeto, por outro implica no risco de o envolvimento institucional prejudicar a avaliação.

É frequente a combinação de avaliadores externos e internos para ampliar as vantagens das posições, constituindo-se, neste caso, avaliações mistas. Ainda, pode ocorrer de o responsável pela execução ser o próprio avaliador, quando se trata de uma autoavaliação. A avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) é uma proposta de auto-avaliação, conduzida por equipes de saúde da família, coordenadores de unidades de saúde e gestores de sistemas. A avaliação que será feita mais frequentemente também é desse tipo. Serão avaliadas ações, operações, procedimentos e programas pelos quais é responsável, com a finalidade de identificar possibilidades de melhorar.

Exemplos dessa avaliação são os estudos de linha de base, conduzidos por universidades para o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF).

Leitura complementar: Para saber mais sobre os Estudos de Linha de Base, sugerimos a leitura do artigo *Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/ Proesf): considerações sobre seu acompanhamento*, de Bodstein e colaboradores, publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

As definições prévias, referentes a “o que avaliar” e “quem avalia”, são decisivas no sucesso do desenho dos modelos metodológicos de avaliação, os quais devem apresentar um arcabouço conceitual capaz de orientar a formulação de premissas e parâmetros claros.

Faz-se necessário definir metodologias adequadas a cada objetivo e a cada realidade, por isso não existe um modelo único ou um formulário padrão, visto que esses serão adaptados a partir dos seguintes pontos:

- o que se está avaliando;
- qual o foco da avaliação;
- o que queremos com esta avaliação; e
- que definição de Imagem-Objetivo estamos perseguindo.

Se, ao avaliar, estamos comparando, dando valor, precisamos deixar claro com o que estamos comparando. Isto é, a Imagem-Objetivo deve estar muito bem definida, para possibilitar uma análise segura dos resultados.

Outra questão que orienta a avaliação é “vou avaliar para quê?”, ou seja, devemos nos perguntar para que servem os resultados obtidos com a avaliação.

A tipologia proposta por Novaes (2000) oferece um bom resumo das finalidades das avaliações em saúde, realizadas nos últimos anos, quais sejam: Investigação Avaliativa, Avaliação para Gestão, e Avaliação para Decisão.

Enquanto a avaliação é considerada um exercício seletivo, realizado em diferentes momentos, buscando o alcance de resultados, podemos dizer que o monitoramento é um exercício contínuo e sistemático, que visa oferecer informação oportuna e em tempo eficaz sobre a condução do objeto monitorado em direção do alcance dos resultados, revelando o progresso ou os obstáculos existentes. Ou seja, o monitoramento permite avaliar a eficácia das intervenções, constituindo-se uma das formas de avaliação realizadas com a finalidade de aprimoramento. Além de identificar os problemas rapidamente, o monitoramento deve produzir respostas ágeis aos problemas detectados. Além disso, normas e critérios devem estar previstos para medidas de correção.

Para monitorar, é necessário um sistema de indicadores pertinentes, que forneçam informações úteis, precisas e sintéticas para quem responde pela execução das ações.

O monitoramento dos indicadores do pacto e a vigilância epidemiológica de agravos são exemplos dessa forma de avaliação.

A avaliação para subsidiar a decisão deve responder as questões levantadas por aqueles que vivenciam o objeto a ser avaliado (programa de saúde, modelo de assistência), sendo que o conhecimento e a vivência do avaliador sobre o objeto são decisivos neste processo de avaliação.

A avaliação é subsidiada por escolhas conceituais que são dependentes do objeto de avaliação, assim, por exemplo, ao contextualizar a gestão da assistência farmacêutica municipal que pretendemos avaliar, fica claro que a intenção não é avaliar uma gestão qualquer, mas uma gestão transparente, descentralizada e compartilhada no âmbito municipal; e, a partir das dimensões da gestão da assistência farmacêutica, é construído um protocolo de indicadores.

Indicadores para avaliação

Os indicadores constituem a tradução do fenômeno que vamos avaliar e são construídos a partir dos dados desse fenômeno. Os dados, por sua vez, são valores, números, palavras, frases, que precisam ser analisados para oferecer informação.

Numa avaliação de processo, os indicadores funcionam como sinalizadores da realidade, constituindo-se em parâmetros quantitativos ou qualitativos, revelando

se os objetivos estão sendo bem conduzidos. Já, em uma avaliação de resultados, os indicadores revelam se os objetivos foram alcançados (MINAYO, 2009).

As principais fontes de dados em saúde são os levantamentos contínuos, registrados na medida em que os fatos ocorrem. Nos hospitais e nas unidades de saúde, por exemplo, os dados são registrados continuamente. A cada atendimento são feitas anotações nos prontuários, registrados procedimentos ou internações, efetivados encaminhamentos para outros serviços. Dois exemplos de registros contínuos na assistência farmacêutica são os registros da dispensação de medicamentos (controle de estoque) e de liberação de medicamentos controlados (necessidade legal).

Quando os dados podem ser obtidos diretamente pelo interessado, por meio de investigações, entrevistas, documentos, observações, são denominados **primários**. Já, quando são obtidos por meio de consulta a bancos de dados ou relatórios, publicados e conduzidos por outras pessoas ou instituições, são denominados **secundários**.

Os dados disponíveis em sistemas de informações são expressos em números, quantidades ou contagem de eventos. Alguns são apresentados na forma de taxas ou proporções de ocorrências. Todavia, a explicação oferecida por dados quantitativos pode não ser suficiente para a avaliação pretendida. Nesse caso, são necessários outros dados, que subsidiem as análises qualitativas, as quais aprofundam o conhecimento do objeto.

A combinação de abordagens qualitativas e quantitativas permite avaliar programas de saúde de forma mais abrangente. Tanaka e Melo (2001) fazem uma boa síntese sobre a indicação das abordagens quantitativas e qualitativas, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Síntese sobre uso de abordagens quantitativas ou qualitativas

Utiliza-se a abordagem quantitativa	Utiliza-se a abordagem qualitativa
Para avaliar resultados que podem ser contados e expressos em números, taxas, proporções.	Para avaliar resultados individuais dos participantes de um programa, serviço ou atividade.
Para conhecer a cobertura e a concentração do programa.	Para responder a questões sobre como, o que e por que.
Para conhecer a eficiência do programa.	Para avaliar a dinâmica interna de processos e atividades.
Para responder a questões relativas a quanto.	Para obter uma descrição global e destacar as nuances de um programa ou serviço.
Para avaliar atividades cujos objetivos sejam bastante específicos.	Para avaliar atividades cujos objetivos são gerais e pouco específicos.

Utiliza-se a abordagem quantitativa	Utiliza-se a abordagem qualitativa
Quando o objeto a ser avaliado possui diferenças de grau (exigindo uma lógica de mais ou de menos).	Quando se quer personalizar o processo de avaliação.
Quando se busca estabelecer relações significativas entre variáveis.	Quando a coleta de dados quantitativos é tão rotineira que não se presta mais atenção ao significado expresso por eles.
	Quando o objeto a ser avaliado possui diferenças de gênero.

Fonte: Tanaka; Melo (2001).

Difícilmente um indicador isolado fornecerá a explicação que se deseja. Para conseguir a explicação necessária, o mais provável é que seja necessário um agrupamento de vários indicadores. Assim sendo, ao verificar que a dispensação de determinado medicamento está alta, por exemplo, não basta fazer tal indicação, devem também serem buscadas as explicações da causa dessa ocorrência, e em que condições isso está ocorrendo.

São critérios para seleção de um indicador:

Quadro 4 – Critérios para seleção de um indicador

Validade	Factibilidade	Confiabilidade	Inteligibilidade	Reprodutibilidade
O fenômeno ou a situação medido(a)/ observado(a) pelo indicador é relevante para o que se pretende avaliar?	Existe disponibilidade e são acessíveis ou possíveis de serem coletados os dados e as informações necessárias ao cálculo do indicador?	Os dados e as informações disponíveis para o cálculo do indicador/ou os dados a serem coletados são confiáveis?	A forma de calcular o indicador é compreensível a todos?	O indicador pode ser utilizado em todas as situações a serem avaliadas?
O indicador reflete o que se deseja avaliar?				

A qualidade de um indicador está fortemente vinculada à qualidade dos dados que lhe dão origem. Este é o maior problema para a avaliação: encontrar bons dados para formular bons indicadores. Temos muitas fichas, formulários, relatórios e sistemas para registro de dados, mas eles são, muitas vezes, incompletos ou não confiáveis. Essa situação pode ser consequência da falta de interesse por parte dos envolvidos na coleta, na análise e no uso dos dados e da informação. Se, por um lado, os profissionais que estão no atendimento direto da população (responsáveis pela maior parte dos registros de dados) devem ser alertados quanto a esse problema, também os gestores precisam ser conscientizados de que o uso frequente e sistemático dos dados para analisar as situações de trabalho e gestão vai influir diretamente na qualidade dos dados.

A avaliação da gestão depende de mais fatores do que os indicadores quantitativos possam esclarecer, isto é, são necessários dados de natureza qualitativa, sendo que tais dados dependem de investigação, busca e coleta específicas. Os instrumentos para coleta desses dados são pensados especificamente para o que se deseja saber naquela ocasião. Podem ser entrevistas, reuniões de grupos, observação de situações, relatórios, atas, entre outros, os quais são cuidadosamente verificados e registrados para posterior interpretação por parte do avaliador. Para a avaliação de uma política pública, como a assistência farmacêutica, é preciso ter clareza dos seus objetivos, dos seus princípios e das suas metas, ou seja, aonde queremos chegar. Minayo (2009) chama a atenção de que a escolha dos indicadores para avaliação deve levar em conta os aspectos da política organizacional que queremos analisar, e recomenda a adoção de um sistema (protocolo) de indicadores baseado:

- 1) nas concepções, nos interesses e nos enfoques da organização e dos atores envolvidos;
- 2) no contexto (cada avaliação produzirá um sistema de indicadores específicos);
- 3) no modo da gestão e dos recursos.

Nessa direção, a proposta de construção de um protocolo de indicadores para monitoramento e avaliação do Plano Operativo da assistência farmacêutica do seu local (ou programa, ou projeto etc.) de atuação considera todo o processo de construção coletiva desse plano, onde esses aspectos foram incluídos.

Para cada necessidade há que se pensar e formular os instrumentos e as técnicas adequados.

5.5 Modelo metodológico para avaliação da gestão da assistência farmacêutica

Não existe uma fórmula mágica para avaliar, nem existe uma planilha-padrão que garanta o sucesso da avaliação.

A apresentação de um modelo metodológico para avaliação tem como objetivo indicar um caminho. Esse trajeto ajuda nas escolhas que devem ser feitas para realizar a avaliação da gestão da assistência farmacêutica. A intenção desse modelo é detectar dificuldades e obstáculos e produzir recomendações, aproximando-nos da pesquisa avaliativa Policy Oriented (DRAIBE, 2004). Esse tipo de avaliação, pautada na lógica da pesquisa, exige levantamento de hipóteses ou de premissas, que são formuladas à luz de uma Imagem-Objetivo referenciada pelos avaliadores e outros atores envolvidos, o que permite ir além da descrição dos fenômenos e avaliar os achados, de acordo com critérios partilhados e explícitos.

Etapas de formulação do modelo metodológico de avaliação da gestão da assistência farmacêutica

Etapa 1 – Formulação

Nesta etapa devem ser definidos os conceitos-guias que possibilitam a construção da Imagem-Objetivo da gestão da assistência farmacêutica, ou seja, aponta para o que se quer perseguir, aonde se quer chegar, tendo como fundamento as seguintes diretrizes:

- O processo de avaliação requer escolhas fundamentadas no contexto técnico, social e político da gestão a ser avaliada.
- As escolhas conceituais devem ser discutidas e consensuadas não só entre os pesquisadores do grupo de pesquisa, como também com os diferentes atores envolvidos na sua gestão (como, por exemplo, os farmacêuticos da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, especialistas da área de gestão e de avaliação).
- A Imagem-Objetivo e os indicadores não são definitivos, eles são definidos levando em conta o contexto local, trata-se, portanto, de um processo contínuo e em constante aperfeiçoamento.
- Os indicadores são construídos a partir dos conceitos-guias definidos para esta avaliação e das premissas definidas para cada uma das dimensões da gestão.
- Os indicadores mensuram coisas diferentes.

Etapa 2 – Operacionalização

Nesta etapa ocorre a aplicação do protocolo de indicadores nos locais objetos da avaliação (amostra), para isso, entende-se necessário fazer algumas definições prévias como:

- Definir critérios para a amostra a ser avaliada.
- Identificar os informantes-chave, detentores das informações relevantes sobre a gestão da assistência farmacêutica. No atual contexto em que se encontra a assistência farmacêutica no Brasil, consideramos como informantes-chaves os seguintes atores: secretários municipais de saúde, coordenadores da assistência farmacêutica, gerentes de unidades básicas de saúde, coordenadores de programas de saúde, farmacêuticos, prescritores (médicos e odontólogos), usuários.

Etapa 3 – Etapa Síntese – Plano de análise ou “caminho de volta”

Parametrização dos indicadores

Após definição dos tipos de indicadores selecionados, deve-se partir para sua parametrização, ou seja, atribuir “uma medida” desejável como referência

para análise/leitura dos resultados de cada indicador. Os parâmetros devem ser contextualizados com a realidade dos fenômenos que estão sendo avaliados, e são definidos a partir de discussão com os diferentes atores envolvidos com a assistência farmacêutica, levando em consideração o contexto do SUS no país. Para tanto, sugere-se considerar o seguinte:

- a adoção de uma escala com quatro pontos de corte, para indicar os resultados que forem obtidos por meio da frequência de determinadas respostas entre um conjunto de atores. Essa escala, considerada inclusiva, pode ser de 25%, 50%, 75% e 100%, que representam os percentuais de respostas esperadas.
- A adoção de uma escala de cores para representação dos resultados. Para tanto, sugere-se tomar como modelo a sinalização utilizada no trânsito: verde (situação positiva, que deve ser mantida ou ultrapassada); amarela (situação de cuidado); e vermelha (situação de perigo); a cor roxa (como intermediária entre o amarelo e o vermelho) significando uma situação de alerta.

Em síntese, os resultados, a partir do conjunto de indicadores, serão dados da seguinte forma:

- Os indicadores que apresentam a cor vermelha revelam as situações que precisam ser priorizadas.
- Os indicadores que apresentam a cor roxa indicam uma situação de alerta que revela que precisa ser modificada.
- Os indicadores que apresentam a cor amarela revelam situações que já evidenciam avanços, mas que precisam ser aperfeiçoados.
- Os indicadores que apresentam a cor verde revelam uma situação positiva, ou seja, que estão de acordo com a Imagem-Objetivo que se deseja construir.

Leitura dos resultados

Para reconhecer os pontos críticos, bem como os pontos altos da gestão da assistência farmacêutica, retoma-se a matriz e faz-se a leitura crítica dos resultados obtidos por meio dos indicadores. Tendo em vista o desenho da avaliação, esse retorno à matriz permite, entre outros aspectos:

- identificar os indicadores que obtiveram piores e melhores resultados;
- identificar os constrangimentos¹ à gestão, os quais podem se situar em diferentes níveis do sistema de saúde;
- promover discussões internas com a equipe sobre os determinantes e os condicionantes do comportamento de determinadas variáveis;

¹ Pode ser entendido como constrangimento tudo o que pode interferir de forma negativa, ou seja, que impeça, que atrase, que limite, que dificulte a observação de qualquer uma das características da gestão.

- definir e articular estratégias para superação dos constrangimentos identificados, e/ou para manutenção das condições favoráveis, em curto, médio e longo prazo.

Essa característica de retorno à matriz confere a este modelo metodológico a condição de ferramenta de gestão, importante para avaliar e acompanhar os constrangimentos e as oportunidades na condução da política de assistência farmacêutica básica, no âmbito municipal e suas interfaces com as instâncias estadual e federal do Sistema Único de Saúde.

Esse modelo de avaliação não se encerra em si mesmo, ao contrário, subsidia o planejamento do presente na direção da conquista de um desenvolvimento pleno da capacidade de gestão da assistência farmacêutica no SUS.

Referências

- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- DONABEDIAN, A. The Definition of Quality: A Conceptual Exploration. In: _____. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. v. 1. p. 3-31.
- DRAIBE, S. M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC, 2001. p. 15-42.
- DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE, 2004. p. 15-42.
- GARCIA, R. C. *Subsídios para organizar avaliações da ação governamental*. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para discussão, n. 776).
- MATUS, C. *Política y plan*. México: FCE, 1983.
- MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, supl. 1, p. 83-91, 2009.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.
- OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. F. S. C.; SANTOS, E. M.; COSENDEY, M. A. E.; LUIZA. V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1429-1439, 2002.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.

OPERACIONALIZAÇÃO DE UM PROCESSO DE PLANEJAMENTO

Joslene Lacerda Barreto
Marcelo Campese
Sandra Maria Chaves dos Santos
Maria do Carmo Lessa Guimarães

Os conteúdos de gestão, planejamento e avaliação no Curso Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD foram trabalhados de maneira transversal, com o desenvolvimento de exercício de planejamento estratégico situacional, construindo um Plano Operativo (PO) com foco na gestão da Assistência Farmacêutica.

De forma didática, o processo de construção visou exercitar habilidades de autonomia, pró-atividade e comunicação, desenvolvido no local de trabalho dos estudantes. Os estudantes foram motivados a mobilizar diferentes atores, interpretar e sistematizar as informações na identificação e priorização dos problemas. A partir do problema priorizado, os estudantes projetaram a “Imagem-Objetivo”, a situação ideal, propondo soluções para resolução ou melhorias, sendo estimulados pelo Curso a estudantes a concluírem esta atividade com uma proposta de intervenção no serviço.

Este capítulo apresenta a origem da proposta de intervenção denominada Plano Operativo e o conteúdo necessário para o desenvolvimento desta atividade.

6.1 Introdução

A proposta de elaboração de um Plano Operativo teve início no final da década de 1980, quando o estado da Bahia recebeu a visita de Carlos Matus, criador do Planejamento Estratégico Situacional (PES). No período, foi desenvolvida uma proposta de planejamento flexível, coletiva e democrática para a construção do Sistema Único de Saúde, que se iniciava. Em 1997, houve a primeira iniciativa para os cursos de especialização em assistência farmacêutica na Universidade Federal da Bahia, utilizando os princípios do PES, que viriam a constituir o Plano Operativo. A partir das experiências adquiridas, as professoras Maria do Carmo Lessa Guimarães e Sandra Maria Chaves dos Santos propuseram que a disciplina Planejamento em Serviços Farmacêuticos tivesse um Plano Operativo, construído de forma modular a partir dos momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional do PES. Foram propostas matrizes para sistematização dos procedimentos para cada momento do PES, inclusive com a inclusão da matriz explicativa por meio da espinha de peixe.

Mesmo com algumas resistências, essa experiência foi bem recebida pelos profissionais e serviços, dando visibilidade à assistência farmacêutica e permitindo seu desenvolvimento no estado da Bahia. A partir da experiência do Plano Operativo, desenvolvida no curso presencial de gestão da assistência farmacêutica, da Universidade Federal da Bahia, a equipe do Curso de “Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD” convidou as professoras Joslene Barreto e Maria do Carmo Lessa Guimarães para elaborarem esta atividade, voltada à educação a distância. Então, o Plano Operativo teve abrangência nacional, em que diferentes experiências e propostas foram apresentadas. O uso desta ferramenta, para conhecer, refletir e propor soluções para a qualificação da assistência farmacêutica, resultou no relato de diversos casos de sucesso, no reconhecimento inédito da assistência farmacêutica em muitos municípios e, também, em casos de resistência e oposição à abordagem democrática do Plano Operativo. O texto “O Plano Operativo como produto técnico e objeto de um processo pedagógico de formação em saúde: a experiência na capacitação em Assistência Farmacêutica”, elaborado pelas professoras Maria do Carmo Lessa Guimarães e Sandra Maria Chaves dos Santos, conta um pouco da história do Planejamento Estratégico e expõe como ele foi aplicado na Secretaria de Saúde da Bahia, na década de 1980. A leitura do texto vai contribuir, trazendo alguns conceitos-chave do PES, para o desenvolvimento do Plano Operativo.

Leitura complementar: O texto *O Plano Operativo como produto técnico e objeto de um processo pedagógico de formação em saúde: a experiência na capacitação em Assistência Farmacêutica*, elaborado pelas professoras Maria do Carmo Lessa Guimarães e Sandra Maria Chaves dos Santos, está disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3001>>.

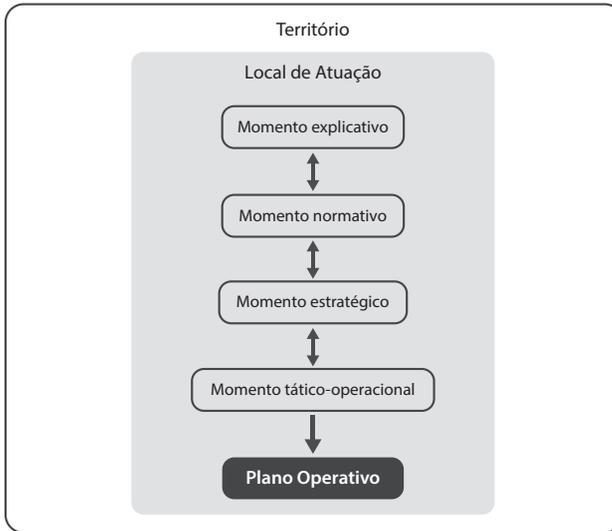
6.2 Planejamento Estratégico Situacional aplicado ao Plano Operativo

O Plano Operativo é uma atividade prática para o exercício e para a expressão de sua aprendizagem sobre gestão, fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Ao exercitar habilidades de autonomia, proatividade e comunicação, você agregará elementos determinantes em sua capacidade de buscar informações referentes aos dados solicitados, de mobilizar os diferentes atores, de interpretar e sistematizar as informações na identificação dos problemas. O Plano deve documentar e enunciar os acordos construídos entre os atores envolvidos, no contexto daquele foco de atuação e naquele momento particular, indicando para onde se quer conduzir e como pretendemos agir. Assim, podemos dizer que o propósito do Plano é dar direcionalidade à gestão para intervir numa realidade sobre a qual não temos controle. É essa falta de controle sobre a realidade que impõe a necessidade de uma visão estratégica.

Este é um dos motivos de utilizarmos o PES, pois ele prevê um planejamento participativo com o envolvimento dos diferentes atores relacionados ao tema, que analisem e relacionem o que deve ser feito e o que pode ser feito, buscando mecanismos para viabilizar o Plano, que entendam o planejamento como um processo dinâmico que, ao longo de sua elaboração e execução, sofre influências internas e externas.

O Plano Operativo é construído por etapas, que envolvem a identificação de problemas, a priorização entre eles para a seleção de um a ser explicado, a explicação do problema selecionado, a elaboração de operações e ações para resolução, a análise da viabilidade dessas operações e ações, e a construção de indicadores para a avaliação da implantação do Plano. O diagrama, a seguir, apresenta, de forma esquemática, a disposição dos momentos que resultarão no Plano Operativo do local de atuação que você irá definir.

Figura 1 – Diagrama de construção do Plano Operativo



Fonte: Elaborado pelos autores.

A sequência linear estabelecida para os momentos do PES constitui-se um recurso didático, uma vez que, em um planejamento real, eles formam uma cadeia contínua, sem começo e fim definidos. Essa sequência linear, aqui apresentada, só faz sentido porque cada momento possui conteúdos e propósitos distintos, e o processo de planejamento apresenta diferentes momentos dominantes, o que possibilitou, didaticamente, propor instrumentos metodológicos próprios para cada momento do planejamento. No entanto, ressalta-se que os momentos do planejamento estratégico são interdependentes, uma vez que cada momento, quando dominante, é suportado em sua condução pelo conteúdo de todos os outros momentos.

A primeira atividade do Plano Operativo é reconhecer o território no qual o local de trabalho em que você atua está inserido e quais as instâncias e serviços com os quais esse local se relaciona institucionalmente. Dessa forma, será conhecido melhor o território no qual o serviço se insere. Este território não é apenas geográfico, mas também diz respeito ao organograma da secretaria de saúde, aos atores, às instituições e aos setores que mantêm uma relação direta com o local de atuação. A partir deste território, define-se um foco para o desenvolvimento do Plano Operativo.

O que é o foco do Plano Operativo?

O primeiro passo para saber o que é o foco do Plano Operativo é caracterizar o local de atuação, que está inserido em um território maior. Lembre-se de que

nenhum serviço ou atividade de saúde é isolado do contexto em que está situado. Comece a pensar quais são os sujeitos, os serviços, os setores e as instituições com as quais o serviço ou a atividade em que você atua se relaciona. Toda esta rede é essencial para o aprimoramento dos serviços e a melhoria do atendimento ao usuário, e deve ser considerada na construção do Plano Operativo.

Para execução do Plano Operativo, o território deve ser entendido como diferente do local de atuação. Por exemplo: se você trabalha na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) com a aquisição e o armazenamento de medicamentos para o município de Boticas, seu local de atuação é a CAF e o seu território é o município de Boticas. Neste caso, você pode definir como foco do Plano Operativo a CAF ou um dos serviços prestados, como, por exemplo, aquisição, armazenamento etc. Estabelecendo como foco a CAF, no território que ela se insere, estão os diferentes setores que interagem com a CAF, como o setor de licitação da secretaria de saúde, as unidades para onde são distribuídos os medicamentos, a regional de saúde do estado que distribui alguns medicamentos para a CAF, a coordenação da assistência farmacêutica municipal, a direção de logística e recursos materiais da secretaria de saúde, entre outros.

Existem várias opções e configurações diferentes, observe e reflita sobre o seu território para exercitar um olhar mais ampliado sobre a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Para conhecer a realidade do território, busque fontes de dados confiáveis e concretos, visite outros setores, faça contatos com diferentes atores. Conheça a abrangência do serviço do qual você faz parte e verifique que relações ele estabelece. Essa experiência dará a você a oportunidade de conhecer ou, em muitos casos, de rever o território sob um olhar crítico, desenvolvendo habilidades muito importantes na sua formação para gestão. Esta reflexão também ajudará na identificação do foco e dos atores que serão convidados a elaborar o Plano.

A primeira decisão a ser tomada é quanto à escolha de onde será desenvolvido o Plano, ou seja, o foco do Plano Operativo. É você quem definirá o foco com a intenção de construir um Plano para o serviço que você executa e sobre o qual tem mais governabilidade.

O foco pode ser tanto um local quanto um serviço farmacêutico do seu território, da sua instituição, ou até um programa ou tipo de atividade em que atua. Por exemplo, se você é farmacêutico gestor da assistência farmacêutica municipal seu foco pode ser, entre outros:

- a) a assistência farmacêutica do município;
- b) a Central de Abastecimento Farmacêutico;
- c) o setor de compra de medicamentos;
- d) o Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- e) uma farmácia municipal;
- f) os serviços farmacêuticos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Para realizar o Plano Operativo, é fundamental definir isso de forma clara. Dê preferência a um foco com que tenha mais proximidade, onde cumpre sua carga horária de trabalho, onde tem mais acesso a informações e a outras pessoas que podem contribuir. Pense na governabilidade que tem sobre aquele foco.

Falando em gestão

O vértice Governabilidade do sistema, de acordo com Carlos Matus, significa a necessidade de construir fortes alianças com pessoas que apoiem o projeto e construir condições mais favoráveis para que o projeto possa se tornar realidade. Isso quer dizer que é importante que se reduzam as resistências ao projeto que se pretende desenvolver que, dessa forma, torna-se viável e factível. Devemos reconhecer que, muitas vezes, as situações que vivemos em nosso cotidiano de trabalho estão fora de nossos espaços de conhecimento, de intervenção ou de poder. Se tivermos essa situação, precisamos buscar articulações e construir parcerias e alianças. A governabilidade de um sistema é construída a partir da identificação de possíveis aliados, de grupos de “resistências” e até mesmo daqueles contrários ao projeto de governo. A tarefa de um gestor é, ao analisar esse cenário, pensar estrategicamente, conduzir para a construção de alianças fortes e capazes de fortalecer o seu projeto. Em algumas situações, elevar nossa governabilidade é uma tarefa imprescindível, sob pena de não conseguirmos levar adiante nossos propósitos. A construção da governabilidade passa também pela importante construção da autonomia. Essa autonomia significa que os sujeitos diretamente envolvidos (a equipe/os usuários) devem pensar, tomar decisões e ter poder de buscar os recursos e os apoios para implantar as ações e as diretrizes que entendem necessárias. Todo processo de condução revela algum grau de autonomia decisória, considerando que, em determinados contextos, é muito importante conquistar a autonomia necessária para poder tomar decisões e executá-las.

A definição clara de que o foco do Plano Operativo seja um setor ou uma atividade ajudará na identificação dos diferentes atores (setores/órgãos/

instituições), cujas atividades são interdependentes da que é desenvolvida pelo local de atuação.

Lembre-se de que são os diferentes atores, inclusive você e seus colegas mais próximos, que elaborarão o Plano Operativo para o foco escolhido por você.

Veja o exemplo a seguir e faça a atividade de definição do seu foco e a listagem de atores e serviços que estão relacionados com as atividades desenvolvidas. Essas informações são importantes para a oficina de identificação, priorização e explicação do problema do momento explicativo do PES.

A) Definição do foco de atuação e identificação dos atores

- 1) Qual o nome da instituição em que você trabalha?
- 2) Qual o tipo de instituição (Esfera Administrativa)?
 - () Municipal
 - () Estadual
 - () Federal
 - () Universidade
 - () ONG, OSS, OSCIP, Cooperativa
 - () Parcerias
 - () Outra. Qual?
- 3) Qual o setor/local de lotação?
- 4) Descreva, de forma sintética, as atividades desenvolvidas por você em seu local de atuação (responsabilidades). (até 750 caracteres)
- 5) Identifique, para cada atividade descrita na questão anterior, os setores envolvidos e as pessoas de referência (elas podem ser do mesmo serviço, do mesmo local ou de outros setores e instituições), que são os outros atores importantes para o desenvolvimento do seu Plano Operativo.

Observação: Lembre-se de que o mais importante não é a quantidade de atores, e sim o conhecimento dos atores sobre seu serviço e o poder a eles instituído (político, influência, decisão) na resolubilidade dos possíveis problemas identificados. Utilize-se das reflexões que fez sobre o território para responder esta questão.

Exemplo:

Setor/local de atuação: Farmácia da unidade de saúde Rio Branco

Atividade	Atores relacionados (setor/nome)	Justificativa (qual a relação desta pessoa/setor com as atividades que são desenvolvidas em seu local de atuação)
Solicitação de medicamentos	Almoxarifado	
	Setor de compras	
	Financeiro	
	...	
Dispensação de medicamentos	Usuário	
	Médico prescritor	
	Administrador da unidade	
	Técnicos que trabalham na farmácia	

6) O foco escolhido para o desenvolvimento do Plano Operativo foi? _____

6.3 Momento explicativo

No momento explicativo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) realiza-se a análise situacional utilizando estratégias que envolvem a participação de outros atores e da sociedade por meio das diferentes explicações sobre a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas. Esse é o diferencial do diagnóstico situacional e que constitui um grande desafio ao grupo de planejadores.

Para efeito didático, este momento é dividido em três fases, conforme apresentado no Quadro 1.

Do ponto de vista do planejamento, nesta fase, você será subsidiado pelos conteúdos conceituais do PES: momentos, triângulo de governo, o conceito de problema, priorização e explicação de problemas, além de outros conceitos básicos orientadores do PES.

Ao final do momento explicativo, tem-se como produto para avaliação, a relação de todos os problemas identificados, com destaque para o problema

priorizado, os descritores¹ e a matriz explicativa do problema priorizado. Essas etapas devem ser elaboradas em uma oficina ou reunião com a participação dos atores envolvidos com o foco do Plano Operativo, identificados anteriormente e outros atores que se julgar útil à concretização do planejamento.

Quadro 1 – Fases do momento explicativo

Momento	Fases	Atividades
Explicativo	Fase I: identificação e priorização de problemas do local de atuação	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento de diferentes atores. Identificação de problemas a partir de diferentes atores. • Priorização dos problemas. • Identificação dos descritores, ou seja, evidências do problema priorizado.
	Fase II: explicação do Problema priorizado – diagrama de espinha de peixe	<ul style="list-style-type: none"> • Definição da imagem-objetivo. • Identificação das causas e consequências do problema priorizado. • Envolvimento de diferentes atores na explicação do problema priorizado. • Utilização do instrumento de explicação do problema priorizado.
	Fase III: revisão dos dados referentes à explicação do problema	Este período é reservado para finalização de todo o momento explicativo, fazendo uma revisão da explicação do problema priorizado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para realizar o momento explicativo, faz-se necessário cumprir algumas etapas.

- 1) Definição do foco onde será desenvolvido o Plano Operativo e identificação dos atores.**
- 2) Apresentação e discussão da proposta do Plano Operativo, para o(a) Secretário(a) de Saúde ou outra autoridade responsável pelo território e para o gestor da assistência farmacêutica:** nesta etapa, é importante identificar uma interlocução política, que possa contribuir para viabilizar o Plano Operativo, buscando, inclusive, envolvê-la no processo de elaboração e desenvolvimento da atividade.
- 3) Organização das oficinas ou reuniões de trabalho (durante um dia ou um turno):** A oficina ou reunião de trabalho para elaboração do Plano Operativo é o momento em que você convida os atores para construir, junto com você, o Plano. É um momento essencial para o PES, pois é quando o Plano ganha força coletiva, envolve diferentes olhares e saberes fundamentais para que o Plano desenvolvido seja útil e exequível para o foco escolhido.

¹ As evidências que revelam por que a situação descrita é considerada um problema.

Siga os seguintes passos para realizar a oficina/reunião:

- a) Convidar os diferentes atores (setores/órgãos/instituições) identificados anteriormente.
- b) No primeiro contato, você deve deixar claro que o objetivo da oficina é a identificação dos problemas relacionados com a atividade ou o serviço foco do Plano naquele território.
- c) Todos os participantes deverão identificar um problema relacionado com o local de atuação e explicitar a definição dos problemas, ou seja, os seus descritores, como esse problema se manifesta, como se evidencia na prática, e explicar os seus possíveis determinantes (causas) e as suas consequências. Esse conjunto de problemas deverá ser apresentado conforme o modelo da matriz para elencar os problemas identificados na oficina.
- d) Caso não se conclua a explicação do problema na primeira oficina, ou que você e os participantes da oficina achem necessária uma maior discussão com os mesmos atores, ou sintam necessidade de inclusão de outros atores, esse mesmo assunto deverá ser discutido em outra oficina.

Nesse momento, também é importante programar uma agenda para as próximas oficinas.

Fase I – Identificação e priorização de problemas

Organização da oficina

Para identificar e priorizar um problema, seguindo os princípios do PES, você deverá realizar uma oficina² com os atores identificados no primeiro exercício do Plano Operativo. Veja o que é necessário para a realização da oficina.

Antes da realização da oficina, é importante:

- Definir o foco do trabalho.
- Identificar os atores importantes para participarem do processo.
- Estabelecer uma data e um horário (início e término).
- Encontrar e reservar o local para a realização da oficina.
- Convidar os participantes formalmente (sugerimos convite por telefone e/ou pessoalmente, além da carta). Nesse momento já expõe os objetivos da atividade.

² Chamamos de oficina porque se espera a participação e contribuição de todos os participantes e a elaboração de um produto final, mas você pode usar outras terminologias mais adequadas a sua realidade, tais como reunião ou grupo de trabalho.

- Providenciar os materiais necessários para a realização da oficina (projektor, computador, papel, canetas, lápis, cartazes, papel pardo, entre outros), de acordo com a metodologia que pretende adotar. Sugerimos que disponha de cópias impressas dos documentos e conteúdos do Plano Operativo para consulta, caso seja necessário.
- Confirmar a reserva do local e a presença dos convidados dias antes da realização da oficina.
- Elaborar, para os participantes, uma apresentação com os conceitos-chave, discutidos no Plano Operativo, uma vez que é provável que eles não tenham experiência do tema.

Falando em gestão

Lembra-se da construção da governabilidade? Pois bem: no PES, não é à toa que é fortemente recomendado que este momento da identificação dos problemas seja o mais participativo possível, preferencialmente incluindo outros setores e usuários do serviço a ser planejado. Além da grande contribuição que outros olhares trazem para o aperfeiçoamento do serviço, esta é uma oportunidade concreta de discutir a assistência farmacêutica de forma ampliada, de mostrar o papel da assistência farmacêutica e de comprometer outras pessoas com as questões da área. Só quem participa ativamente de um planejamento sente-se mais comprometido com a resolução dos problemas que ajudou a identificar. É a hora de conquistar aliados para os projetos da assistência farmacêutica.

Confirmar a presença

Confirmar e registrar a presença de todos, agradecer a participação e apresentar a proposta do Plano Operativo para o local de atuação. É importante deixar claro que esta oficina refere-se à identificação e priorização dos problemas relacionados ao seu foco.

Registrar o encontro

Eleger alguém para fazer a relatoria da oficina. Pode ser um estagiário, outro trabalhador ou até mesmo você. Também pode ser utilizado o recurso de gravação, mas lembre-se de que, neste caso, todos os participantes presentes devem consentir que as falas sejam gravadas.

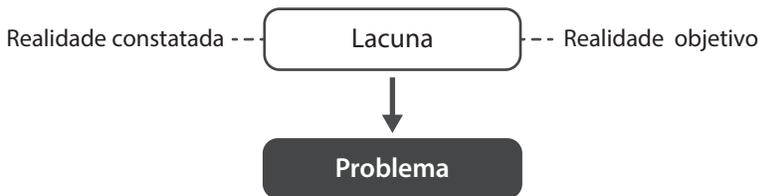
O registro da oficina é fundamental para o desenvolvimento do Plano Operativo. A descrição de como foi a elaboração do Plano, as estratégias adotadas, as facilidades e dificuldades encontradas nesse processo; como chegou ao problema priorizado; como foi explicado; e quais operações e ações foram propostas será fundamental para a análise estratégica e a viabilidade do Plano.

Debater questões norteadoras

Ao iniciar a discussão da oficina, é recomendado que cada participante se apresente. Com isso, as discussões poderão se iniciar. Para o debate, utilize as duas questões norteadoras, sugeridas a seguir.

- **Quais as atividades desenvolvidas pelo serviço foco do Plano Operativo?** Este questionamento deve ser instigado no sentido de que todos falem sobre as atividades que conhecem, relativas ao serviço em questão. Caso seja necessário, após todos falarem, você pode complementar, no sentido de que todos tenham uma ideia mais ampla sobre as atividades desenvolvidas pelo serviço. Essa dinâmica revela a visibilidade do serviço. Para agilizar a dinâmica, determine, antecipadamente, um tempo máximo para cada participante falar, inclusive você. Lembre-se de que todos podem ter, também, outros compromissos.
- **Quais situações-problemas você vê para o foco?** Este questionamento é a razão da oficina. Precisa ficar claro que aqui estamos entendendo problema como a lacuna entre a realidade vivida, constatada, e a realidade desejada para determinado ator social. Apesar de ter solicitado que cada pessoa traga o problema identificado, provavelmente muitos não o farão, por isso, deixe um tempo para que cada um possa concluir essa etapa e, depois, passe para o quadro ou *datashow* ou papel (pardo, *flip chart*) cada um dos problemas identificados.

Figura 2 – A realidade constatada e a realidade desejada



Fonte: Elaborado pelos autores.

Muito cuidado com a censura! Se você ou outro ator não concordar com algum problema identificado, não o descarte agora, faça com que as opiniões emitidas sejam respeitadas, mesmo que haja discordâncias de pensamentos, e procurem, juntos, identificar as evidências do problema. Nesse momento, identificar os problemas a partir dos diferentes olhares é muito importante e, lembrando Matus (1993), é só assim que podemos explicar uma realidade. Afinal, antes da declaração do ator, o problema é apenas uma necessidade sem demanda política. Uma situação torna-se problema pelo mal estar que produz ou pelas oportunidades que gera.

Caso alguém considere que uma situação identificada não seja um problema e isso gerar discussão, proponha que este seja mantido como um

problema, respeitando a opinião do ator que o identificou. Nas próximas etapas, se a situação levantada realmente não for um problema, isso ficará evidente.

O mais importante é verificar se os problemas estão escritos de forma clara, e se todos entendem a que se referem. Caso seja necessário, com o auxílio do grupo, faça modificações na redação do texto do problema até que o conteúdo fique claro, no sentido da intensidade e abrangência, tornando-se inteligível para todos os presentes.

Por exemplo, se um dos problemas priorizados for a falta de medicamentos na farmácia, é necessário levar em consideração se faltam sempre todos os medicamentos, em todas as farmácias do município. A redação do problema deve ser suficiente para que qualquer pessoa que a lê possa ter uma ideia do problema naquele local.

Você, provavelmente, vai verificar a existência de alguns problemas identificados que são muito parecidos entre si, ou que uma situação identificada é mais ampla e engloba outra situação citada (problema). Discuta com o grupo sobre essas situações e entrem em acordo quanto à identificação de problemas escritos de forma clara e inteligível. Essa lista final, provavelmente, será um pouco menor que a relação inicial de problemas, o que revela o quanto o grupo está coerente e participativo. No processo de condução, você é responsável por garantir que os problemas estejam redigidos de maneira clara, o que será fundamental na hora de priorizar os problemas e de explicar o problema priorizado. Para isso, quando você perceber ou alguém apontar a falta de clareza de um problema, pergunte ao autor, ou mesmo ao grupo, qual o entendimento sobre o tema. A manifestação de entendimentos diferentes pode indicar que há falta de clareza.

Para aprimorar a identificação de um problema, procure realizar perguntas-chaves para que todos contribuam. Quando o problema ocorre? Qual a frequência? Qual o período? Onde ocorre? Quais são os sujeitos afetados? Por que é um problema? Pergunte qual seria a situação ideal em oposição a esse problema.

Fique atento: buscar aumentar a clareza de um problema não deve servir como desculpa para eliminar esse problema da lista, nem em função da opinião de alguém que não concorda que aquele problema figure no elenco. Adote como princípio que a opinião de todos é importante, e que, mesmo que alguns defendam que determinado problema não é pertinente, a proposta é que ele seja mantido até o grupo compreender que deva ser eliminado, o que pode acontecer na hora da priorização. Lembre a todos que, caso um problema apontado por alguns como impertinente fique para a lista de priorização, se for o entendimento da maioria, talvez ele não seja considerado uma prioridade, ou surpreenda a todos que não o enxergavam e mostre-se um problema relevante para o foco, naquele momento.

A ideia é que todos se sintam valorizados na participação no planejamento, estimulando a participação nas próximas etapas e em novas atividades de planejamento.

Não insista na readequação de um problema quando não houver acordo. O impasse pode prejudicar a dinâmica, e a revisão da redação ou da pertinência do problema ocorrerá de forma natural nas próximas fases, quando o grupo perceber, na hora de priorizar os problemas, que não compreendeu o que queria dizer aquele problema. Isso pode acontecer também na etapa de explicar o problema, elaborar objetivos ou definir ações e operações para alcançar a Imagem-Objetivo. Caso você perceba isso em um momento de trabalho individual, faça uma proposta e apresente aos atores assim que possível. O respeito às definições coletivas demonstra que você compreendeu que o PES é uma ferramenta de planejamento participativo, no qual a democracia figura como base. Não se exima de conduzir o processo, mas não imponha a sua vontade. A coesão do trabalho coletivo é chave para o momento estratégico do PES, que você realizará posteriormente.

Elencar os problemas

Primeiramente, você deve listar os problemas. Preste atenção à maneira como eles estarão descritos, pois devem dar uma adequada descrição da realidade. Veja o exemplo: ao elencar como problema a “aquisição de medicamentos”, não está claro o que é visto como um problema, ou seja, não está descrito suficientemente. Pode ser que, na realidade, ocorra “insuficiência de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos necessários para suprir a demanda”, ou “o processo de aquisição de medicamentos é muito lento”, ou “não há participação da equipe da Assistência Farmacêutica na elaboração do processo licitatório”. Você viu, são três formas diferentes de tratar de problemas na aquisição de medicamentos. O importante é que, ao ler o enunciado do problema, qualquer pessoa entenda sobre o que se está falando e que o que foi descrito seja entendido, de forma inequívoca, como um problema. O Quadro 2 apresenta a matriz onde serão elencados os problemas identificados na oficina.

Quadro 2 – Matriz para elencar os problemas identificados na oficina

Nº	Problema identificado
01	
02	
03	
...	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Atenção! Nesse momento, a ordem de descrição dos problemas não é importante. Você compreenderá o porquê durante a etapa de priorização.

Priorizar os problemas identificados

Com a relação final dos problemas identificados, você deve conduzir a oficina para a próxima etapa, que é a priorização dos problemas identificados. Para isso, é necessário que:

- a relação dos problemas seja colocada na Matriz para elencar os problemas identificados na oficina;
- todos os participantes tenham acesso à Matriz para elencar os problemas identificados na oficina (disponibilize cópia para cada ator participante, projeção, desenho no quadro ou cartazes etc.).

Tenha em mente que a identificação de problemas impõe conhecimentos sobre a realidade em foco no planejamento. Como cada ator tem conhecimentos e perspectivas distintas sobre esse foco, os problemas se apresentam, para cada ator, de forma diferente. Aqui você consegue reconhecer a importância daquele momento inicial, no qual pedimos a cada ator que falasse o que sabia sobre o serviço foco do Plano e sobre a indicação para buscar um entendimento comum sobre o mesmo. Assim, a priorização de problemas é o resultado da valoração de cada problema pelos diferentes atores envolvidos. Essa valoração depende da concepção de vida, do conhecimento e da experiência de cada ator sobre o sistema de saúde. Esses valores pessoais, bem como os interesses de cada ator ao participar do planejamento, determinam a atribuição da pontuação na escala de prioridades individuais, indicada pelos atores, individualmente, para definir a ordem de enfrentamento dos problemas.

Falando em gestão

A priorização de problemas consiste no momento em que os atores envolvidos em resolver uma determinada situação de saúde se reúnem para discutir e selecionar aqueles mais importantes, relevantes para a comunidade. Além de complexos, os problemas na área da saúde são numerosos. É comum nos depararmos com uma lista enorme de problemas a qual, de tão grande, nos imobiliza, pois não sabemos por onde começar. Também não é possível estabelecer ações para resolver todos os problemas de uma só vez. Além disso, a maioria dos problemas possui interface com os demais, sendo, muitas vezes, causa ou consequência entre si. Então, não se preocupe se um problema que parece muito importante não for o priorizado no momento inicial, isso não significa que ele não poderá ter ações que o resolvam com o desenrolar da construção do planejamento como um todo.

É fundamental definir um método e os critérios para fazer a priorização. Esse método envolve parâmetros de priorização e sua escala, devendo ficar claro, para cada participante, o significado de cada parâmetro e de cada valor na escala empregada. Recomenda-se a utilização dos seguintes parâmetros para a priorização:

- **Magnitude** – mede a frequência do problema e o número de pessoas por ele atingidas.
- **Transcendência** – mede o quanto as pessoas se importam com o problema.
- **Vulnerabilidade** – indica a facilidade de resolução do problema com os recursos disponíveis.
- **Urgência** – indica a percepção sobre qual o prazo existente para o enfrentamento do problema.
- **Factibilidade** – mede os recursos disponíveis para a resolução do problema, incluindo recursos materiais, humanos, físicos, financeiros e políticos.

Para cada um dos parâmetros analisados, cada ator deve atribuir uma pontuação, de 0 a 4. Na oficina, você deve apresentar a planilha de priorização e explicar cada um dos critérios. Deixe visível a todos os critérios e um resumo do significado de cada um (sugerimos que, para isso, use o Quadro 3, apresentado a seguir). É fundamental que, durante a atividade individual, cada ator use os critérios da forma mais semelhante possível. Determine um tempo para que, individualmente, cada ator estabeleça as prioridades, atribuindo valor e interesse sobre cada um dos problemas apresentados na Matriz para elencar os problemas identificados na oficina.

Lembre-se de que 0 indica que, para aquele parâmetro, a importância é nula, 1 para pouco, 2 para um padrão médio, 3 para alto e 4 para muito alto. Observe o Quadro 3.

Apresentamos um exemplo que justifica a importância das informações prestadas para os parâmetros de priorização.

Imagine um município com cerca de 2 mil habitantes, no interior do país. Esse município não tem recursos financeiros disponíveis, estando, inclusive, com os salários dos funcionários atrasados três meses. Nesse município, não há coleta de lixo, o qual acaba acumulando-se nos domicílios, trazendo risco de doenças. No último semestre, no local, ocorreram 20 óbitos por dengue, 150 novos casos de febre amarela e 40 novos casos de leptospirose.

Quadro 3 – Parâmetros para priorização de problemas

Pontos	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Factibilidade
	Tamanho (Afeta a quem?)	Interesse em resolver	Reversão (Tendo os recursos, é fácil de resolver?)	Espera (Se não intervir no problema, há agravamento da situação?)	Existem recursos disponíveis?
0	O problema não afeta ninguém	Esse problema não gera interesse na resolução	Mesmo com os recursos disponíveis, não será resolvido	Não tem pressa	Não há recursos disponíveis de nenhuma ordem (materiais, humanos, físicos, financeiros e políticos)
1	Afeta poucas pessoas	Para poucos é interessante resolvê-lo	Será muito difícil resolver o problema, mesmo com os recursos disponíveis	Pode esperar um pouco	Os recursos disponíveis são escassos
2	Afeta algumas pessoas	É interessante que esse problema seja resolvido	Há possibilidade de resolução do problema, caso os recursos estejam disponíveis	Deve ser resolvido o mais cedo possível	Existem alguns recursos disponíveis, porém são insuficientes
3	Afeta muitas pessoas	Muitos se interessam pela resolução deste problema	As possibilidades de resolução são grandes, caso os recursos estejam disponíveis	As possibilidades de resolução são grandes, caso os recursos estejam disponíveis	A maior parte dos recursos são possíveis
4	Afeta a grande maioria das pessoas	Há um interesse geral na resolução deste problema	Com os recursos disponíveis, o problema será resolvido facilmente	É necessária uma ação imediata	Existem recursos suficientes para a resolução do problema

Fonte: Elaborado pelos autores.

Uma pequena parcela da população, porém, está preocupada, enquanto a maior parte da comunidade não se importa com essa situação, preferindo mantê-la assim, a contribuir, mensalmente, com uma taxa de coleta de lixo. A prefeitura possui uma área afastada da cidade, longe de lençóis freáticos, adaptada, estruturalmente, para ser utilizada como aterro sanitário. Além disso, possui um caminhão para a coleta dos resíduos, embora o mesmo encontre-se sem condições de uso, por falta de manutenção preventiva, havendo a necessidade de investir um valor, razoavelmente, elevado para recuperar as condições do veículo. Ainda, há recursos humanos ociosos na prefeitura do município, que podem ser, adequadamente, qualificados para o trabalho na coleta de resíduos.

Analisando o problema “inexistência de coleta de lixo”, pode-se pensar da seguinte maneira:

- **Magnitude** – todo o município é afetado pela falta de coleta de lixo, portanto, é um problema de grande magnitude, poderíamos atribuir a pontuação 4 para este item.
- **Transcendência** – como uma pequena parcela da população se importa com o problema, poderíamos atribuir a pontuação 1 para este item.
- **Vulnerabilidade** – para a implantação de um programa de destinação de resíduos para esse município, os três elementos mais importantes seriam o local de armazenamento dos resíduos, o veículo para transporte e os recursos humanos para a execução da atividade. Vimos que o município já possui o local adequado; o veículo existe, porém sem condições de uso; e há recursos humanos, porém sem treinamento. Assim, poderíamos considerar como vulnerabilidade 3, já que a maior parte dos recursos já estão presentes no município, havendo necessidades de treinamento de pessoal e conserto do veículo.
- **Urgência** – todos conhecemos os problemas causados pela destinação inadequada do lixo. No caso desse município, a elevada incidência de febre amarela, leptospirose e os óbitos por dengue aumentam a urgência com que a situação deve ser resolvida. Poderíamos pontuar como grande urgência, com nota 4.
- **Factibilidade** – O município, atualmente, não conta com qualquer recurso financeiro que possa ser investido no conserto do veículo, ou no treinamento de pessoal. Portanto, a factibilidade de investimentos financeiros para a resolução do problema poderia ser considerada muito baixa, tendo pontuação zero.

O Quadro 4 apresenta um exemplo de Matriz de priorização, relacionada ao problema da inexistência de coleta de lixo, avaliado por quatro atores diferentes.

Quadro 4 – Exemplo de Matriz de priorização relacionada ao problema inexistência de coleta de lixo

Problema	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Factibilidade	Total
	Tamanho (Afeta a quem?)	Interesse em resolver	Reversão (Tendo os recursos, é fácil de resolver?)	Espera (Se não intervir no problema, há agravamento da situação?)	Existem recursos disponíveis?	
Inexistência de coleta de lixo	4+2+3+1: 10	1+2+1+1: 5	3+4+3+3: 13	3+2+1+3: 9	0+0+0+1: 1	38

Fonte: Elaborado pelos autores.

Considerando a pontuação atribuída, individualmente, pelos atores para cada critérios, faz-se a soma dos pontos e a pontuação total representa a visão coletiva daquele problema, de acordo com os critérios estabelecidos.

Após o tempo estabelecido e com a confirmação de que todos já atribuíram os valores aos diferentes problemas, solicite o formulário de priorização e realize a consolidação dos valores para verificação das pontuações finais de cada problema. A pontuação é individual e não deve ser criticada ou censurada, mesmo que seja muito diferente da maioria. Lembre-se de que a análise situacional reconhece que a realidade é explicada por diferentes atores, com propósitos diversos.

Neste exemplo, nós atribuímos valores a somente um dos problemas, mas, na sua tabela, existem mais problemas, e todos devem ser analisados e pontuados. Para fazer a priorização, utilize a matriz denominada Matriz de Priorização de problemas, apresentada no Quadro 5.

Quadro 5 – Matriz de Priorização de problemas

Problema	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Factibilidade	Total (somatório da pontuação de todos os atores)
	Tamanho (Afeta a quem?)	Interesse em resolver	Reversão (Tendo os recursos, é fácil de resolver?)	Espera (Se não intervir no problema, há agravamento da situação?)	Existem recursos disponíveis?	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
...						

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com os dados consolidados, os problemas foram devidamente priorizados. Para definir qual problema tem maior prioridade na sua realidade atual, analise o somatório dos pontos de cada um deles. Este somatório classificará o grau de prioridade dos problemas, segundo esta avaliação técnica. Ou seja, o problema que apresentou um maior valor é considerado prioritário naquele momento.

E o que fazer com os outros problemas identificados? Não pense que os outros problemas devem ser esquecidos. Esta priorização o ajuda a definir, no momento atual, em qual ordem esses problemas devem ser enfrentados, a partir da importância que o problema tem para a comunidade e para o serviço,

bem como da capacidade técnica, política e econômica que o serviço dispõe para resolvê-lo.

Neste momento, entre todos os problemas elencados, é possível afirmar que o considerado prioritário, aquele que deve receber as ações de enfrentamento num primeiro momento, é o que obteve maior pontuação. Em um planejamento, os diferentes problemas devem ser enfrentados de acordo com a ordem de prioridade.

A priorização parte de uma avaliação pessoal. Assim, cada ator tem um entendimento diferente sobre a situação, e é preciso reconhecer essas diferentes formas de “ver” a mesma situação, para termos uma explicação da realidade.

Descrever o problema priorizado

O problema mais pontuado é o problema priorizado para o Plano Operativo, realizado pelos estudantes do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. Agora você precisa revelar as evidências que fazem com que essa situação priorizada seja considerada um problema; identificar que dimensão esse problema tem, qual a sua intensidade e sua abrangência. Com a descrição do problema, podem surgir dúvidas quanto à forma como o problema está escrito ou, até, se a situação é um problema ou uma evidência de outro problema maior. Essas dúvidas devem ser trabalhadas entre os atores que priorizaram o problema, e, juntos, vocês podem fazer as modificações que julgarem necessárias para que o problema selecionado realmente reflita a realidade do serviço.

Assim é o Planejamento Estratégico Situacional (PES), uma informação nova e um novo olhar podem redirecionar o que foi planejado.

O descritor ou a evidência é uma situação que caracteriza, de forma precisa, os fatos que motivam o ator a perceber o problema. Ou seja, é uma evidência que faz com que você considere essa situação como um problema no contexto onde ele se situa, verifique que dimensão e que intensidade esse problema tem.

Para ilustrar a identificação contextualizada dos descritores de um problema, vamos acompanhar, a seguir, uma planilha que revela como um mesmo problema pode ter diferentes descritores em contextos diversos e como a elaboração do descritor nos indica um direcionamento para a ação.

Considere que, em três municípios, o mesmo problema foi priorizado: desestruturação da Assistência Farmacêutica municipal. Lendo apenas o enunciado do problema, não fica claro o que se entende como estrutura da Assistência Farmacêutica, isso só ocorre quando conhecemos os descritores, ou

seja, as situações que evidenciam essa desestruturação. O Quadro 6 apresenta possibilidades de descritores para esse problema.

Quadro 6 – Exemplos de possibilidades de descritores para o mesmo problema

Problema	Descritores		
	Município 1	Município 2	Município 3
Falta de estrutura da assistência farmacêutica municipal para atender a demanda por medicamentos, de forma a garantir o acesso e seu uso racional.	Faltam 15% dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	Faltam medicamentos básicos nas unidades de saúde.	Pacientes circulam por várias unidades de saúde sem acesso aos medicamentos.
	Falta de profissionais e auxiliares capacitados para atender toda a demanda.	Não há farmacêuticos e auxiliares nas unidades de saúde em quantidades suficientes.	Número insuficiente de recursos humanos para atuar nas farmácias.
	A CAF e as farmácias não possuem equipamentos, mobiliário e de informática.	Usuários vão à rádio e à promotoria pública, semanalmente, para solicitar medicamentos.	Falta de equipamentos e mobiliário em quantidade suficiente para atender as farmácias das unidades de saúde.
	A CAF está localizada em espaço físico inadequado.	A infraestrutura física da CAF e das unidades de saúde é insuficiente.	Baixa autonomia da coordenação da assistência farmacêutica para a tomada de decisões.

Legenda: CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Falando em gestão

Os descritores são colocados como informações quantitativas ou qualitativas que revelam o problema. Não se trata aqui do elenco de causas ou consequências, mas da caracterização do problema para que se tenha a dimensão e a localização do que é preciso enfrentar. Com os descritores, deve ficar bem claro para você, para os participantes da oficina ou para uma outra pessoa que queira conhecer o conteúdo do Plano Operativo, que aquele problema é realmente um problema importante, que está “evidente” que não é uma invenção, é real. Trata-se de informar o tamanho, a população, a localização e a temporalidade do problema. Essa descrição orientará, posteriormente, o descritor de resultado, ou seja, o quanto do problema é esperado solucionar com o conjunto de ações definidas no Plano, e o efeito esperado do planejamento.

No exemplo, notamos que a repetição de situações/descriptores (como: falta de medicamentos, de estrutura física, de equipamentos e de profissionais), em todos os municípios, revela um entendimento comum em relação à estruturação da Assistência Farmacêutica. No entanto, o município 2 traz a questão da visibilidade da Assistência Farmacêutica como um problema que interfere naquele contexto com a estruturação da Assistência Farmacêutica, e o município 3 traz aspectos relacionados à autonomia.

Nesses casos, tanto as semelhanças quanto as diferenças na forma como o problema se torna visível revelam o entendimento do problema na perspectiva dos atores que participaram da construção do Plano Operativo naquele contexto.

Assim, fica claro entender quando fala-se que os descritores estão corretos quando conseguem revelar o problema no contexto no qual ele se insere.

Lembre-se de que a riqueza do planejamento está no processo em si. Analisar um serviço e definir “o que queremos” e “como alcançá-lo” é um processo permanente e envolvente dentro de uma instituição.

Alguns atores podem se retrair ou se achar menos envolvidos com o problema priorizado, por não ter sido a escolha deles eleita como prioridade (isso pode acontecer com você mesmo). A priorização é resultado da percepção sobre a realidade como o conjunto dos atores presentes à oficina a definem. É importante que ninguém se desestime e que deixe de colaborar na definição dos descritores e na próxima fase, que consiste na explicação do problema. A visão que construiu o elenco de problemas e definiu os descritores é fundamental na sua explicação. Resolver o problema priorizado é apenas o primeiro passo. No futuro próximo, os outros problemas também deverão ser trabalhados. Deixe essa situação clara para os participantes da oficina; assim, você estará estimulando a participação em outras atividades da assistência farmacêutica.

Fase II – Explicação do problema

Esta fase pode ser realizada na mesma oficina. Caso perceba-se não ser possível, uma nova oficina pode ser agendada com essa finalidade. O que vai determinar é a dinâmica da atividade, de acordo com o tempo que se dispõe e a evolução dos trabalhos. Alerta-se que é essencial que seja feita coletivamente. Nesta etapa, você exercitará a explicação do problema por meio da construção da espinha de peixe, que proporciona melhor visualização das causas e das consequências do problema selecionado.

Após a priorização e descrição do problema, você deve definir a Imagem-Objetivo, ou seja, aonde deseja chegar. Para isso, é necessário incluir os descritores, ou seja, as evidências, uma vez que são essas situações que confirmam a existência do problema.

Falando em gestão

Imagem-Objetivo, segundo Matus (1993), é uma situação futura ideal ou desejada, que marca a direção das estratégias a serem implantadas. Podemos considerar como Imagem-Objetivo uma meta ativa a ser buscada, mediante a atuação consciente e planejada, que não esteja condicionada pela disponibilidade presente de recursos nem por prazos ou tempos definidos.

A explicação do problema é a identificação das causas e consequências principais, a partir da construção de um diagrama de causa e efeito. Existem dois diagramas muito utilizados para esse fim: o diagrama conhecido como árvore de problemas e o diagrama de Ishikawa. Aqui será usada uma adaptação do diagrama de Ishikawa, também conhecido como espinha de peixe.

O importante nesta etapa é que você consiga apreender, dos diferentes atores, as prováveis causas e consequências para explicar o problema priorizado.

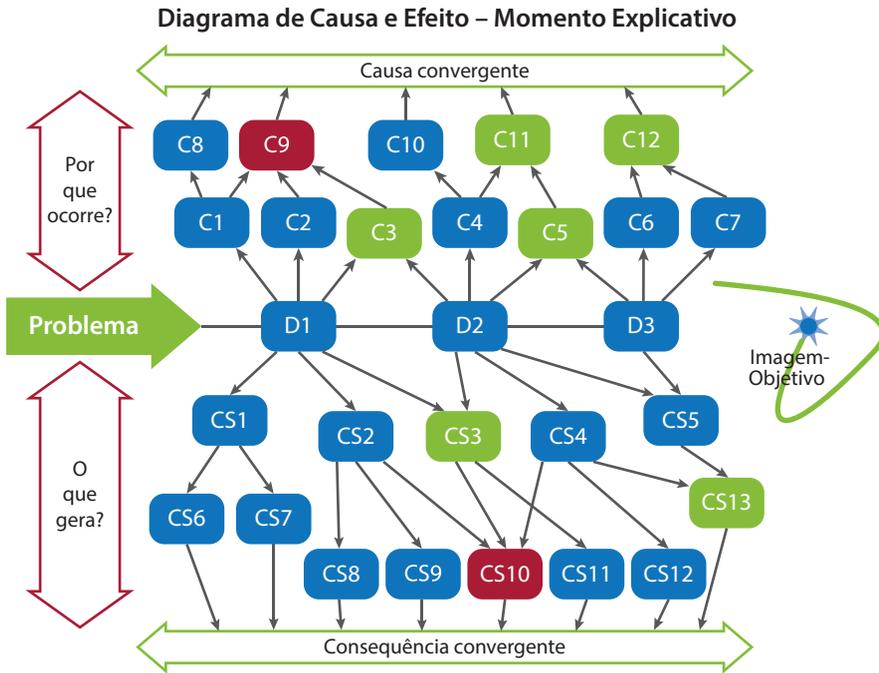
Uma estratégia muito produtiva é ir desenhando a espinha de peixe num local visível a todos os atores participantes, à medida que a discussão ocorre. Desse modo, a construção fica mais dinâmica, pois todos conseguem visualizar os diversos níveis de causas e consequências, e isso confere maior clareza à análise para todos. Para isso, o mais adequado é utilizar um quadro branco ou papel *kraft* (pardo).

O momento de análise das possíveis causas e consequências se reveste de um valor especial também, porque cada ator tem uma percepção diferente da realidade e uma lógica própria, sem falar dos conhecimentos e das informações que mudam a realidade de cada indivíduo.

Promova a geração/tempestade de ideias ou *brainstorming*, para a análise das possíveis causas, a partir da pergunta-chave Por que isso ocorre?; e para a análise das prováveis consequências, a partir da pergunta O que isso provoca ou gera? Siga essas sugestões e você terá a explicação para o problema priorizado. Em caso de dúvidas, retome as questões sugeridas anteriormente e veja como ficará mais claro.

Apresentamos, na Figura 3, a ilustração esquemática da espinha de peixe. Compreender essa figura pode facilitar a construção da espinha de peixe.

Figura 3 – Exemplo de espinha de peixe



Fonte: Elaborado pelos autores.

Observe algumas características das relações definidas para as causas e consequências elencadas. Para isso, acompanhe o exemplo a partir da Figura 3: pergunte porque o descritor D1 ocorre? A resposta será a causa C1, mas por que C1 ocorre? A resposta será C8 e C9, que ocorrem em função da causa convergente. Se a causa convergente faz com que todas as outras também aconteçam, logo, se for resolvida, serão eliminadas todas as causas dos descritores. Para as consequências, pense da seguinte forma: o descritor D1 gera três diferentes consequências. Sendo que, ao perguntar o que gera CS1, será obtida como resposta as consequências CS6 e CS7. A principal consequência, a consequência convergente, é gerada em função de diferentes consequências elencadas. Com o Plano Operativo, a intenção é que se resolva a causa convergente para eliminar a consequência convergente e, desta forma, melhorar os descritores fazendo com que se aproxime da Imagem-Objetivo.

Na prática, a resolução de algumas causas pode impactar sobre outras, resolvendo-as ou mudando os descritores do problema. Ou seja, à medida que as ações planejadas vão sendo executadas, a realidade muda, e outros processos ocorrem. Isso, às vezes, de maneira imprevista, pois as relações entre causas e descritores estabelecidas por você e pelos atores não são a totalidade das relações existentes. O modelo resultante do momento explicativo é uma simplificação; a

realidade é mais complexa, e alguns efeitos emergentes inesperados são frutos dessa complexidade.

Segue um passo a passo para o preenchimento da espinha de peixe – explicação do problema:

- 1) À esquerda, escreva o problema priorizado.
- 2) Nas caixas da linha central, em direção ao resultado esperado (Imagem-Objetivo), liste os descritores que revelam como ele se manifesta na realidade, ou seja, as várias formas de manifestações do problema, as evidências da existência do problema.
- 3) Explícite a Imagem-Objetivo que você deseja construir para reverter o problema e coloque na caixa da extrema direita.
- 4) Para cada descritor, procure responder “por que isso acontece”? As respostas a esses porquês constituem-se em suas causas, que podem ser políticas, econômicas, sociais, administrativas, gerenciais, técnicas, de mercado e de produto. Liste-as nas caixas da parte superior do diagrama.
- 5) Para cada causa identificada, faça um novo questionamento “por que isso acontece?” até você conseguir uma resposta que possa constituir-se numa causa mais geral/estrutural, a causa convergente.
- 6) Para cada descritor, procure responder “que consequências esses problemas provocam?” ou “o que eles geram?” e liste as repostas nas caixas da parte inferior do diagrama. O diagrama de causa e efeito é desenhado para ilustrar, claramente, as várias causas e consequências de um problema. Para cada manifestação de um problema, seguramente, existem inúmeras causas e consequências.
- 7) Para cada consequência, repita a pergunta até você conseguir uma resposta que possa constituir uma consequência mais ampla (convergente). Se você não conseguir chegar a uma causa ou consequência convergente, não se preocupe, pois, na próxima fase, você fará a revisão de todo esse processo. A causa e a consequência convergentes são importantes para dar prosseguimento ao desenvolvimento do Plano Operativo.

O diagrama de causa e efeito foi desenvolvido para representar a relação entre o efeito e todas as possibilidades de causa que, de algum modo, contribuam para esse efeito. Um diagrama de causa e efeito detalhado tomará a forma de uma espinha de peixe, daí o nome alternativo de diagrama espinha de peixe. A partir de uma lista de possíveis causas bem definidas, as mais repetidas devem ser identificadas, pois, certamente, serão os “determinantes” do problema.

Entenda que a forma da espinha de peixe pode variar muito. Isso ocorre por vários motivos. Um dos fatores a se considerar, nesse momento de aprendizagem, é que os atores que colaboram com você estão igualmente aprendendo, especialmente se eles não têm experiência com o PES. Assim,

todos, inclusive você, precisam de um tempo e de experiência para compreender a metodologia e colaborar de uma forma mais qualificada. Outro motivo para as variações na espinha de peixe é a complexidade de um problema e a dificuldade natural de conseguir explicá-lo. Seja como for, convença-se e lembre a todos que os resultados obtidos correspondem ao que de melhor pode se obter naquele momento. Lembre-se sempre de valorizar o processo e a forma participativa como esses resultados estão sendo obtidos.

Fase III – Revisão dos dados referentes à explicação do problema

A revisão do que foi elaborado até o momento é muito importante, pois é a partir da espinha de peixe que serão definidos os elementos que precisam ser modificados para a superação do problema. Lembre-se de que é preciso agir para eliminar as causas e não os sintomas do problema, assim, tornando-se imprescindível investigar a fundo as causas do problema e os seus contribuidores.

O processo vivido na oficina gera reflexões, que podem aparecer na forma de novas sugestões e considerações relevantes ao planejamento. Revisar e modificar não significa não ter feito certo da primeira vez; significa, sim, que o conhecimento empregado na elaboração do planejamento é construído a partir da experiência de viver esse processo, o que produz reflexões únicas, especialmente devido à construção coletiva, que se traduz em uma oportunidade única de planejamento. Você pode conversar com os atores que ajudaram você a construir a espinha para socializar suas reflexões.

6.4 Momento normativo

O Plano Operativo identificou e priorizou os problemas do foco; descreveu e elencou a Imagem-Objetivo e explicou o problema priorizado. No momento normativo, a questão é “Onde se quer chegar?”.

Para isso, será preciso estabelecer as operações e ações necessárias para provocar uma mudança na situação inicial do problema priorizado, em direção à Imagem-Objetivo definida.

O momento normativo corresponde ao desenho de como deve ser a realidade, ou seja, a definição do que se deseja alcançar (situação objetivo), a partir da situação inicial apresentada no momento explicativo. A situação objetivo deve representar uma situação oposta em relação ao problema explicado e aos descritores identificados na espinha de peixe.

A identificação das operações deve levar em conta se estas são suficientes para atingir a Imagem-Objetivo, bem como a disponibilidade de recursos para executá-las.

A partir da espinha de peixe revisada, na qual se realizou a explicação do problema, você vai identificar os objetivos geral e específicos do Plano Operativo, assim como definir o conjunto de operações e ações necessárias para o alcance da situação objetivo.

Dica: considere como objetivo uma ação com uma finalidade. Lembre-se sempre disso!

As causas identificadas na espinha de peixe revelam “o que”, ou seja, qual ação precisa ser realizada para modificar o problema em direção do resultado esperado, que é a Imagem-Objetivo do problema.

As consequências identificadas no diagrama da espinha de peixe nos revelam o “para que”, ou seja, a finalidade de desenvolvermos ações que modifiquem o problema em direção ao resultado esperado.

Assim, a causa e a consequência convergentes, identificadas na espinha de peixe, devem orientar a formulação do objetivo geral em longo prazo do seu Plano Operativo. A causa convergente vai orientar a ação a ser realizada, e a consequência vai orientar para a finalidade de se fazer esta ação.

Atenção! Se você não chegou à causa ou consequência convergentes, volte à espinha, siga a orientação dada e continue a fazer as perguntas-chave (“Por que ocorre?”, “O que gera?”) até encontrá-las. Por isso, recomenda-se a revisão da espinha.

Comece o objetivo com um verbo em sua forma infinitiva e que não esteja sujeito a variadas interpretações, por exemplo: identificar, resolver, construir, realizar, adquirir, obter, vender, criar, contratar, efetuar, comprar, entre outros.

O objetivo geral de longo prazo do Plano Operativo é definido a partir da causa e da consequência convergentes. Veja no exemplo:

- **Causa convergente:** ausência de um modelo organizacional da rede de serviços da assistência farmacêutica municipal.
- **Consequência convergente:** redução da qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.
- **Objetivo geral do Plano Operativo para este exemplo:** promover a implantação de um modelo organizacional para estruturação da rede

de serviços da assistência farmacêutica, promovendo a melhora do acesso aos medicamentos e seu uso racional.

Esse é um objetivo de alcance em longo prazo e com uma abrangência bem ampla, incorporando, inclusive, a Imagem-Objetivo definida para o problema.

Dica: lembre-se de que a construção dos objetivos e das operações deve ser orientada pela explicação do problema.

Retorne à espinha de peixe construída no momento explicativo, releia o que você escreveu como causa e consequência convergentes, reflita criticamente e construa o texto do objetivo geral a longo prazo do seu Plano Operativo. Você pode verificar como esse objetivo é muito mais amplo do que o problema priorizado. Isso ocorre porque o problema representa apenas a ponta do iceberg. A partir desse problema foi possível identificar outros problemas que você vivencia na sua prática profissional.

Construção dos objetivos específicos do Plano Operativo

Agora é hora de construir os objetivos específicos do Plano Operativo, e, para isso, você vai seguir a mesma lógica de construção utilizada para o Objetivo Geral, só que utilizando os níveis intermediários das causas e consequências identificadas no diagrama de espinha de peixe.

Focalize sua atenção na parte inferior do diagrama de espinha de peixe e escolha o último nível de consequências, aquele logo anterior à consequência convergente, e, a partir das consequências identificadas neste nível, construa os objetivos específicos do seu Plano. Você já sabe que objetivo é uma ação com uma finalidade. Assim, para ajudá-lo nessa construção, volte seu olhar para um nível das causas intermediárias, aquele logo abaixo da causa convergente. É essa lógica de análise que deve orientar a construção dos objetivos específicos.

Voltemos ao exemplo para ver os objetivos específicos:

- Promover a implantação das farmácias distritais, considerando os requisitos técnicos necessários para ampliar o acesso aos medicamentos.
- Implantar um sistema informatizado, interligando as farmácias e a CAF, a fim de aumentar a comunicação entre os estabelecimentos.
- Adequar a quantidade de pessoal às necessidades dos serviços farmacêuticos para um atendimento humanizado aos usuários.
- Promover educação continuada aos profissionais da assistência farmacêutica, melhorando a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.

As consequências e as causas intermediárias devem orientar a formulação dos objetivos específicos do Plano Operativo. Para isso, mantenha o foco no último nível, aquele anterior às consequências e causas convergentes. Atenção, não é necessário ter, para cada consequência, um objetivo correspondente. Faça uma análise crítica quanto à abrangência dos objetivos construídos!

O Plano começa a ganhar forma com a definição do objetivo geral, orientado a partir da consequência e da causa convergentes, dos objetivos específicos, considerando as causas e consequências intermediárias, e da indicação de quais elementos precisam ser modificados para o alcance dos objetivos, o que permite a definição das operações do Plano, ou seja, a definição do que fazer.

Definição das Operações

As causas devem orientar a formulação das operações para a superação do problema.

A operação consiste em “o que fazer” para modificar o problema em direção ao objetivo geral. É a unidade básica do Plano para o desenho, execução, controle e análise das transformações desejadas. A elaboração das operações deve estar comprometida com as características dinâmicas do problema, suas causas, com o que se deseja alcançar e as diferentes variáveis envolvidas.

As operações podem ser formuladas para:

- criar novas condições ou situações;
- ajustar situações existentes (melhorias, orientações, redesenhos);
- negociar situações (articulações, intercâmbios, cooperações, convênios).

Para cada problema são identificadas diferentes causas, o que obriga a estabelecer operações diferentes e complexas para solucionar o problema. Isso, dito dessa forma, pode levar ao entendimento que construir as operações é uma tarefa árdua e até intuitiva. De certo modo, isso é verdade. Mas não se preocupe, pois existem métodos para isso também. Para orientar essa construção, vamos propor que as operações sejam formuladas a partir dos objetivos específicos definidos.

As operações devem ser formuladas de forma precisa, concisa, direta e objetiva. Lembre-se de que é preciso identificar neste momento:

- o que?
- como?
- quem?
- quanto? e
- quando fazer?

Cada operação poderá originar várias ações, as quais podem ser chamadas de etapas necessárias para o alcance da operação, ou seja, para as transformações necessárias. Para elaborar as operações e ações, é fundamental “calcular” suas possibilidades e/ou dificuldades de realização, a fim de alcançar a Imagem-Objetivo desejada.

Continuando com o mesmo exemplo, acompanhe no Quadro 7.

Quadro 7 – Exemplo de definição das operações com base nos objetivos específicos

Objetivos específicos	Operações
1) Promover a implantação das farmácias distritais, considerando os requisitos técnicos necessários para ampliar o acesso a medicamentos.	1) Elaboração e aprovação do projeto das farmácias distritais.
	2) Aquisição de mobiliário e equipamentos para as farmácias distritais.
2) Aquisição de mobiliário e equipamentos para as farmácias distritais.	3) Aquisição ou adesão ao sistema informatizado.
	4) Treinamento dos funcionários das farmácias distritais.
3) Adequar a quantidade de pessoal às necessidades dos serviços farmacêuticos para um atendimento humanizado aos usuários.	5) Identificação das necessidades de recursos humanos para as farmácias distritais.
	6) Definição das funções de cada profissional.
4) Promover educação continuada aos profissionais da assistência farmacêutica, melhorando a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.	7) Elaboração de um projeto de educação continuada e capacitação para os profissionais da rede municipal em URM.

Legenda: CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico / URM – Uso racional de medicamentos

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao construir o momento normativo, você está trabalhando com a espinha de peixe do momento explicativo, e essa nova forma de olhar os mesmos dados pode trazer à tona questões que você ache importante acrescentar à espinha de peixe. Isso é normal no PES, e representa um avanço importante seu em relação à forma como você “vê” o problema priorizado. Na verdade, revela um aprendizado novo que fez você ampliar seu olhar. Volte à espinha e faça as alterações que julgar importantes, quantas vezes forem necessárias. Lembre-se de que todas as matrizes são inter-relacionadas. Assim, ao alterar a espinha de peixe, faça uma revisão nas demais matrizes.

As ações ou atividades representam o que você precisa fazer para realizar cada uma das operações. Assim, não existe um número preestabelecido, pode acontecer que uma única operação precise de quatro ou mais ações, enquanto em outra operação apenas uma ação seja suficiente. Mais uma vez, é a sua

realidade que dirá o que você precisa fazer, lembre-se de que quanto mais você detalhar, mais fácil será para você acompanhar a realização da operação.

Veja como o exemplo anterior pode continuar no Quadro 8, formando, assim, a matriz do momento normativo.

Quadro 8 – Exemplo de matriz do momento normativo

Objetivos específicos	Operações	Ações	
1. Promover a implantação das farmácias distritais, considerando os requisitos técnicos necessários para ampliar o acesso aos medicamentos.	1. Elaboração e aprovação do projeto das farmácias distritais.	Elaborar o projeto para implantação das farmácias distritais.	
		Agendar reuniões com o setor de planejamento, engenharia e infraestrutura para apresentar e desenvolver o projeto.	
	2. Aquisição de mobiliário e equipamentos para as farmácias distritais.	Encaminhar o projeto ao secretário de saúde e ao Conselho Municipal de Saúde.	
		Elaborar relação do mobiliário e equipamentos para as farmácias distritais.	
2. Implantar um sistema informatizado, interligando as farmácias e a CAF, a fim de aumentar a comunicação entre os estabelecimentos.	3. Aquisição ou adesão ao sistema informatizado.	Verificar a disponibilidade dos equipamentos junto ao patrimônio da prefeitura.	
		Identificar os diferentes sistemas informatizados disponíveis.	
	4. Treinamento dos funcionários das farmácias distritais.	Encaminhar o processo de aquisição ou adesão do sistema informatizado escolhido.	
		Solicitar capacitação dos funcionários das farmácias.	
		Reservar infraestrutura necessária para a capacitação.	
		Organizar escala e cronograma da capacitação.	
3. Adequar a quantidade de pessoal às necessidades dos serviços farmacêuticos para um atendimento humanizado aos usuários.	5. Identificação das necessidades de recursos humanos para as farmácias distritais.	Elaborar relação de quantidade de trabalhadores atuais e quantidade necessária para atender a demanda das farmácias.	
		Encaminhar para recursos humanos da prefeitura o atendimento a demanda.	
4. Promover educação continuada aos profissionais da assistência farmacêutica, melhorando a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.	6. Definição das funções de cada profissional.	Organizar as atividades de cada trabalhador nas farmácias distritais.	
		7. Elaboração de um projeto de educação continuada e capacitação para os profissionais da rede municipal em URM.	Identificar fontes de recursos para educação permanente e capacitações.
			Elaborar um projeto para captação de recurso.
		Definir cronograma e escala para participação nas atividades de capacitação e educação permanente.	

Legenda: CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico / URM – Uso racional de medicamentos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com a finalização do momento normativo, é preciso analisar a viabilidade e a factibilidade das operações e ações propostas a fim de estabelecer operações estratégicas necessárias ao Plano Operativo, o que será abordado no momento estratégico.

6.5 Momento estratégico

Agora que foi terminada a versão do momento normativo, perceba que já priorizou um dos problemas relacionados ao foco, descreveu, explicou e detalhou, com os objetivos, operações e ações que devem ser desenvolvidas para chegar à Imagem-Objetivo. Temos, enfim, um desenho preliminar do Plano Operativo.

No entanto, o planejamento não é privilégio de uma única pessoa ou organização, planeja-se em uma situação em que coexistem outros atores, que também têm valores e interesses em relação aos problemas e agem no sentido de mantê-los ou superá-los.

É preciso, para tanto, raciocinar também sobre incertezas. Afinal, a realidade é dinâmica, complexa e, mesmo que tivéssemos um cenário sem oponentes, os atores sociais que participam da construção desse Plano, ou seja, aqueles que planejam, não dominam todas as variáveis que influenciam o planejamento. Será analisada a viabilidade e a factibilidade das operações e ações propostas para estabelecer as operações estratégicas, necessárias ao Plano Operativo.

O momento estratégico traz importantes reflexões sobre o que “pode ser” aplicado do Plano Operativo e como superar as fragilidades encontradas.

Já, o momento normativo do Plano Operativo resultou numa planilha com indicativos do “deve ser”, ou seja, uma situação ideal. Porém, quando trabalhamos na lógica do PES, sabemos que essa situação fica deslocada. O PES reconhece o comportamento imprevisível da realidade, em que os recursos são escassos, as formas de entender as situações são múltiplas, os interesses são diversos, além das inconstâncias dos parâmetros e critérios de avaliação ao longo do tempo e em face das mudanças na situação política e social. Por isso, nesta etapa, o momento normativo é revisto na perspectiva estratégica.

Para entender esse processo, você não pode esquecer que essa divisão por etapas é apenas didática, bem como, deve retomar a discussão levantada por Matus (1993) sobre a capacidade de governar, que pode ser revelada com a inter-relação simultânea dos três vértices do Triângulo do governo. Assim, cabe ao planejador ter em mente essa correlação em todas as etapas da elaboração do Plano. Afinal, o que se pretende é ter um Plano viável do ponto de vista político, econômico e institucional-organizativo.

Falando em gestão

O momento normativo foi o momento do farmacêutico: o que é o ideal a ser feito, como deve ser feito, tecnicamente, operacionalmente... O momento estratégico é o momento do gestor: qual o cenário que temos, como vamos nos articular nele, como podemos criar as condições para que cada objetivo específico definido possa ser alcançado. E, se muitas vezes o problema nos parece ser “político”, é com soluções políticas que vamos aprender a trabalhar também. Conhecer a conjuntura, o histórico, as pessoas, analisar a situação são ações que devem, agora, se juntar aos conhecimentos técnicos para que sejam encontradas as soluções.

Desse modo, do ponto de vista didático, você e o grupo de atores devem começar a confrontar o “deve ser” com o “pode ser”, ou seja, considerar aquilo que é viável, a partir de sua realidade, afinal, estão construindo um Plano que possa modificar a realidade em direção à Imagem-Objetivo construída e, para isso, ele precisa ser viável, a fim de que possa ser executado.

No momento estratégico surgem as questões:

- As operações e ações previstas no Plano são viáveis neste momento?
- Quais as possíveis reações dos atores envolvidos no problema priorizado?
- Como construir a viabilidade para as ações inviáveis ou de baixa viabilidade?

O momento estratégico aponta para o problema político de analisar e construir a viabilidade de um Plano. Esse é um grande diferencial para o planejamento tradicional, que ignora ou não valoriza esta etapa. Quando o PES reconhece outros atores com suas diferentes formas de explicar a mesma realidade e o contexto dessa realidade, reconhece também os conflitos entre os interesses dos diferentes atores e as incertezas sobre as surpresas do cotidiano. Chama-se a atenção de que essa análise estratégica deve estar presente em todas as etapas da construção do Plano, não apenas neste momento.

Dessa forma, torna-se fundamental analisar a viabilidade das propostas do Plano, identificando os pontos de apoio e de oposição possíveis às operações definidas. Essa oposição, possivelmente, impedirá ou dificultará a execução das ações propostas no Plano. Nesse sentido, com a identificação prévia desses pontos de oposição, é possível traçar estratégias que possibilitem a superação dessa oposição, tornando viável a execução das operações e ações propostas, no início do Plano.

Para melhorar a compreensão, é importante que todos tenham o mesmo entendimento sobre alguns termos utilizados neste momento estratégico:

- Quando falamos em **estratégia** estamos nos referindo a uma maneira de converter o planejamento normativo (o que deve ser feito) em uma realidade viável.
- No momento estratégico, exploram-se as maneiras de tornar possível a **realidade esperada**, traduzida no Plano em objetivos gerais e específicos. Nem sempre é necessário formular estratégias para todas as operações definidas no Plano Operativo.

Quando, então, é necessário formular estratégias?

Sempre que o “pode ser” não coincide com o “deve ser”. Isso pode acontecer em algumas destas situações:

- Não tem poder suficiente (pensar em diferentes tipos de poder) – viabilidade.
- Não tem os recursos econômicos necessários – factibilidade.
- Não conta com recursos organizacionais adequados, ou seja, com uma organização adequada para produzir as ações planejadas para enfrentar os problemas – factibilidade.

Quando uma dessas situações está presente, há necessidade de se formular estratégias para superar os entraves para a execução do planejado.

Para a formulação dessas estratégias, o momento estratégico considera a viabilidade e a factibilidade do Plano.

Viabilidade é a possibilidade, o poder de:

- decidir sobre a realização de uma operação;
- executar uma operação;
- manter a decisão pelo tempo que for necessário para que se produzam os resultados esperados. Verifique que viabilidade se refere a **poder**.

Parece bem lógico, mas você já deve ter observado que, das operações do seu Plano Operativo, existe uma ou mais que você não consegue decidir sobre sua execução, ou, quando consegue realizá-la, não consegue mantê-la. Ou seja, você não tem **poder** para executá-la ou mantê-la. Isso não deve ser confundido com governabilidade, que deve ser considerada ao se estabelecer o foco do Plano Operativo. Não poder decidir sobre a contratação de um funcionário não significa falta de governabilidade ou que você deveria pensar em outro foco, em algo mais específico. Significa que você não tem poder sobre essa operação e muitas das ações necessárias a sua execução. Significa que você precisará elaborar estratégias a fim de obter o que pretende. Significa, também, que, na hora que você definiu os atores que participariam do processo a partir do foco do planejamento, você deu um passo na direção de facilitar ou dificultar a operacionalização do Plano.

Pense em quem não foi chamado e que seria muito interessante que estivesse mobilizado para colaborar na resolução do problema priorizado. Agora, pense em estratégias que possam tornar esse ator um aliado. O que fazer nesses casos? Reprogramar, desistir da operação proposta? Ou reverter a situação? Como reverter essa situação? Como construir a viabilidade?

A primeira tarefa a fazer é reconhecer essas situações, identificando, o mais claramente possível, o que está impedindo a execução e manutenção dessas operações ou ações. Lembre-se de que a execução de cada uma das operações é essencial para o alcance da Imagem-Objetivo.

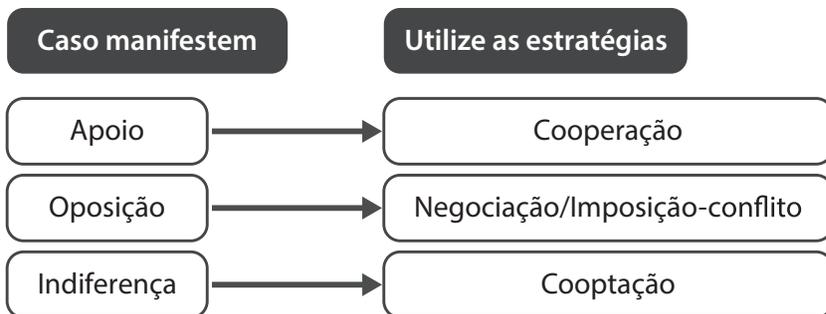
Considere os atores relevantes que participaram da identificação e priorização dos problemas e suas posições frente ao problema priorizado.

O valor e o interesse que cada um dos atores dá ao problema priorizado condicionam sua atuação frente a ele e às operações planejadas para enfrentá-lo.

Retome à planilha de priorização dos problemas e analise cada um dos atores que participaram dessa etapa. Os atores que demonstraram apoio ao problema, você pode identificá-los como aliados e, possivelmente, eles se mostrarão cooperativos, investindo esforços no sentido de tornar possível a realização das operações propostas. Já os atores que demonstraram oposição ao problema revelarão empecilhos à realização das operações ou ações elencadas. Para estes atores é necessário investir em estratégias de negociação, no sentido de superar os conflitos existentes. Temos também os atores que, desde o início, demonstraram indiferença ao problema, para estes é necessário investir em estratégias de cooptação, pois são pessoas que ainda não estão convencidas sobre a importância das propostas, ou consideram que não têm nenhum interesse no problema priorizado.

Pode-se simplificar esse assunto por meio da seguinte figura:

Figura 4 – Estratégia a ser utilizada com base na manifestação apresentada pelos atores



Fonte: Elaborado pelos autores.

Elaboração de estratégias

Trata-se da formulação de atividades “especiais”, que têm por objetivo conquistar ou manter a cooperação, superar ou minimizar os efeitos das oposições e cooptar os indiferentes para apoio ao Plano, pensando, também, em eliminar a possibilidade de que estes se tornem opositores ao Plano.

As atividades estratégicas devem ser, então, encadeadas, numa sequência de lógica operativa e estratégica, de modo que cada uma delas abra caminho à seguinte.

Factibilidade consiste em avaliar a disponibilidade dos recursos necessários à realização das operações. E quando verificamos que não temos disponíveis todos os recursos necessários?

Também aqui devemos desenhar as estratégias para conquistar ou manter a factibilidade necessária.

No Quadro 9, apresentamos o modelo da matriz do momento estratégico. Ela foi desenhada no sentido de ajudá-lo a realizar a análise estratégica das ações propostas no seu Plano Operativo.

Quadro 9 – Matriz do momento estratégico

Matriz: momento estratégico								
Problema:								
Imagem-objetivo do plano operativo:								
Objetivo geral:								
Objetivo específico:								
Operações	Ações	Análise de viabilidade (poder de...)			Análise de factibilidade		Déficit	Operação estratégica
		Decidir	Executar	Manter	Recursos existentes	Recursos necessários		

Fonte: Elaborado pelos autores.

- **Análise de viabilidade:** o planejador tem o poder de decidir, executar e manter esta operação? Marque na célula correspondente a palavra: não ou sim.

- **Análise de factibilidade:** estão disponíveis ao planejador os recursos necessários (físicos, material – equipamentos e móveis, humanos, financeiros, técnicos, administrativos, informacionais etc.) para execução e manutenção dessa operação?
- Na coluna Déficit, devem ser identificados os recursos necessários inexistentes. Observe as células marcadas como não, faça uma análise no sentido de conseguir cooperação e/ou cooptação de outros atores que participaram ou não da elaboração do Plano, e proponha uma atividade estratégica. Esta é a variável-chave para o êxito do planejamento estratégico, afinal, se o recurso é necessário para a execução da ação proposta, então, é preciso buscar as condições para sua concretização no sentido de reverter o cenário.

É nesse momento que vale o conhecimento do assunto ou da situação, a percepção, o *feeling* e até certo grau de intuição de quem elabora o Plano Operativo; é o pensar estratégico a partir dos recursos disponíveis.

Para cada situação identificada como deficit, analise o tipo de déficit:

- **Para viabilidade:** identifique onde ou quem detém o poder de decidir, manter ou executar a ação. Elabore operações estratégicas para conseguir a cooperação, o apoio desse ator.
- **Para a factibilidade:** identifique quais recursos são necessários e não estão disponíveis ao planejador. Elabore operações estratégicas no sentido de conseguir apoio, cooperação dos atores/setores que possam disponibilizar o recurso em déficit.

Essas operações estratégicas deverão ser executadas antes das operações propostas no Plano Operativo, uma vez que são elas que possibilitarão a viabilidade das operações propostas.

Para encontrar o melhor encadeamento possível das operações, é necessário simular as trajetórias possíveis para a execução das operações.

Como exemplo, segue, no Quadro 10, uma matriz, preenchida com temas relacionados à área da assistência farmacêutica.

Quadro 10 – Exemplo de Matriz do momento estratégico preenchida

Matriz: momento estratégico								
Problema:	Grande número de medicamentos prescritos fora da Remume							
Imagem-objetivo do Plano Operativo:	Que os medicamentos prescritos no município estejam contemplados na Remume							
Objetivo geral:	Regulamentar a prescrição para aumentar o atendimento das prescrições emitidas pelo SUS no município.							
Objetivo específico 1:	1) Criar a CFT, com equipe específica para avaliação das prescrições de medicamentos fora da Remume.							
Operações	Ações	Análise de viabilidade (poder de...)			Análise de factibilidade		Déficit	Atividade estratégica
		Decidir	Executar	Manter	Recursos existentes	Recursos necessários		
Instituição da CFT por meio de portaria da secretaria municipal de saúde.	Instituir portaria de nomeação dos novos membros da CFT.	Sim	Não	Não	Recursos humanos	Recursos Humanos (farmacêutico e coordenação técnica da secretaria municipal de saúde).	Recursos de poder para nomear os componentes da CFT, só o gestor de saúde.	Sensibilizar o secretário de saúde do município quanto à importância de ele nomear profissionais para a CFT.
	Levar para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.	Sim	Sim	Sim	Recursos materiais			
Objetivo específico 2:	2) Reduzir o índice de prescrição de medicamentos fora da Remume.							
Operações	Ações	Análise de viabilidade (poder de...)			Análise de factibilidade		Déficit	Atividade estratégica
		Decidir	Executar	Manter	Recursos existentes	Recursos necessários		
Divulgação sistemática da Remume para todos os prescritores do município (redes básica e de média complexidade).	Disponibilizar a Remume em todos os consultórios da rede básica e da média complexidade.	Sim	Sim	Sim	Cópias da Remume Farmacêuticos	Cópias da Remume Farmacêuticos	Não	
	Realizar campanha de informação sobre a Remume entre os médicos e a CFT, através de boletins informativos.	Sim	Sim	Sim	Cópias de boletim informativo Farmacêuticos Carro para transporte entre unidades	Cópias de boletim informativo para a divulgação Farmacêuticos	Não	
	Realizar reuniões bimestrais com a CFT e os prescritores (redes básica e de média complexidade).	Sim	Sim	Sim	Local adequado para reunião Farmacêutico	Sala adequada para a reunião Farmacêutico para convocar e conduzir a reunião	Não	

Legenda: CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica / Remume – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Fonte: Elaborado pelos autores.

6.6 Momento tático-operacional

A proposta é formular indicadores de avaliação e monitoramento e elaborar a Matriz Final do Plano Operativo, no sentido de ter um Plano a ser implantado para a resolução do principal problema identificado para o foco escolhido.

Quando finalizado o momento estratégico, houve o avanço do “deve ser” normativo para o “pode ser” estratégico. Você, agora, tem em mãos um Plano para agir nas causas e resolver o problema priorizado. Como já foi mencionado antes, o Plano é apenas um protocolo de intenções com objetivo de se alcançar resultados que impactem sobre a situação inicial, em direção a uma situação objetivo bem mais favorável. Este momento do planejamento refere-se à execução do Plano em direção aos resultados esperados, ou seja, é sobre a gestão do Plano.

Para entender esse processo deve-se lembrar que essa divisão por etapas é apenas didática, e retomar a discussão levantada por Matus (1993) sobre a capacidade de governar, que pode ser revelada com a inter-relação simultânea dos três vértices do Triângulo do governo. Afinal, o que se pretende é ter um Plano viável do ponto de vista organizacional, operacional e da sustentabilidade.

Para isso, o Plano precisa ser posto em ação, se não será apenas mais um documento que, em breve, perderá a validade. E, para acompanhar a execução do Plano, tornando-o atual à medida que a realidade se desenrola, se faz necessário realizar o monitoramento das ações e a avaliação do impacto na organização do serviço de forma simultânea e permanente à execução do Plano, possibilitando o seu redesenho sempre que for necessário, no sentido de que a intervenção proposta na realidade seja a mais adequada possível.

Este momento tático-operacional traz para o planejamento estratégico outro diferencial em relação ao planejamento normativo, quando reconhece a execução como parte do planejamento.

Como fazer o acompanhamento da execução do Plano Operativo

Para acompanhar o desenvolvimento do Plano Operativo, sugere-se a formulação do que é conhecido como protocolo de indicadores de monitoramento e avaliação.

É sugerido que, para cada operação definida no Plano Operativo, seja criado pelo menos um indicador de avaliação com periodicidade de coleta de dados anual ou semestral. E que, para cada ação, sejam criados indicadores de monitoramento que serão verificados numa periodicidade menor, que pode ser semanal, quinzenal ou mensal.

É proposto que você assuma, como prática cotidiana, o exercício de diálogo permanente e de reflexão sobre o problema priorizado, e sobre o contexto local

atual, adotando um sistema de monitoramento e avaliação constante das ações e dos seus resultados. Com essa prática, você conseguirá identificar onde estão os nós da execução do seu Plano Operativo e, rapidamente, fazer uma reprogramação. Afinal, o Plano perde a validade à medida que a realidade se desenrola.

Mais uma vez, é necessário prestar atenção para a característica de inter-relação dos momentos do PES. Reflita um pouco sobre a importância de se ter disponíveis os dados gerados pelo sistema de monitoramento e avaliação do Plano, nos outros momentos do PES, apoiando desde a priorização de problemas estratégicos, como a atualização de novos parâmetros e propostas de intervenção. Esse sistema se revela um estratégico recurso informacional disponível ao gestor, monitorando, de forma constante, a implementação das operações e das ações, considerando os atores e o cenário (recursos e organização).

Dispor de um sistema de monitoramento e avaliação tão seletivo traz a vantagem de não se perder no foco de acompanhar a gestão desse Plano Operativo. Assim, os indicadores de monitoramento e avaliação propostos terão validade no contexto definido pelo Plano.

Como construir o protocolo de indicadores

Primeiro é necessário entender o que é um indicador. Segundo Minayo (2009, p. 84), o indicador

[...] constitui num parâmetro quantificado ou qualitativo que serve para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados). Como uma espécie de sinalizadores da realidade, a maioria dos indicadores dá ênfase ao sentido de medida e balizamento de processos de construção da realidade ou de elaboração de investigações avaliativas.

Não é fácil construir um bom indicador, afinal ele precisa representar o que se quer avaliar ou monitorar, logo, o indicador só é válido no contexto específico em que se processa a avaliação. Pode ser representado por um número, por uma relação entre dois eventos ou por uma qualidade do evento.

Indicadores de avaliação – A partir das operações definidas no seu Plano Operativo, construa pelo menos um indicador para cada operação.

Você pode acompanhar, de forma sistemática e constante, o processo de implementação das operações através do monitoramento das ações de cada

operação. Desse modo, você pode identificar, de forma mais específica, o que está atrasando ou impedindo a concretização da operação e reprogramar, de forma estratégica, essa operação.

Para isso, você deve construir um protocolo de indicadores de monitoramento das ações, com uma periodicidade de coleta dos dados mais curta. A depender das ações propostas, essa periodicidade pode ser semanal, quinzenal ou até mensal.

Os indicadores revelam diferentes aspectos do Plano, podendo fornecer uma resposta dicotômica (sim ou não; por exemplo: existência de Coordenação de Assistência Farmacêutica no Organograma da Secretaria Municipal de Saúde) ou uma resposta que indique frequência (por exemplo: percentual de medicamentos prescritos fora da Remume nas prescrições atendidas nas cinco unidades de saúde do município XYZ, no período de maio de 2012 a maio de 2013).

Dê preferência a indicadores que revelem frequência, como por exemplo: Percentual de prescritores que participaram das oficinas de divulgação da Remume no município XYZ.

Lembre-se de que o indicador precisa:

- refletir o resultado da operação;
- dispor de dados confiáveis e de fácil acesso para o cálculo do indicador, incluindo dados antes de qualquer ação e que, efetivamente, indiquem o descritor do problema;
- ter uma fórmula de cálculo compreensível;
- ter a característica de poder ser reaplicado em diferentes situações e diferentes momentos.

Como saber se os indicadores que você construiu são válidos

Para cada indicador construído, faça as perguntas constantes do Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 – Critérios para seleção de Indicadores

Validade		Factibilidade	Confiabilidade	Inteligibilidade	Reprodutibilidade
O fenômeno ou a situação medido(a)/ observado(a) pelo indicador é relevante para o que se pretende avaliar?	O indicador reflete o que se deseja avaliar?	Existe disponibilidade e são acessíveis ou possíveis de serem coletados os dados e as informações necessárias ao cálculo do indicador?	Os dados e as informações disponíveis para o cálculo do indicador/ou os dados a serem coletados são confiáveis?	A forma de calcular o indicador é compreensível a todos?	O indicador é possível de ser utilizado em todas as situações a serem avaliadas?

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com o protocolo de indicadores construído, você vai elaborar a matriz final do Plano Operativo, conforme o modelo.

Na sequência, temos os modelos das planilhas que compõem o protocolo de indicadores e o modelo da matriz final do Plano Operativo.

O modelo, apresentado a seguir, deverá ser ajustado em número de linhas para atender a necessidade de apresentação do seu Plano Operativo.

Quadro 12 – Protocolo de indicadores de avaliação do Plano Operativo

Protocolo de indicadores de avaliação do Plano Operativo				
Local				
Período de execução do Plano				
Operação	Indicador	Cálculo	Periodicidade de coleta	Fonte de verificação

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 13 – Protocolo de indicadores de monitoramento do Plano Operativo

Protocolo de indicadores de avaliação do Plano Operativo				
Local				
Período de execução do Plano				
Operação 1				
Operação	Indicador	Cálculo	Periodicidade de coleta	Fonte de verificação
Operação 2				
Operação	Indicador	Cálculo	Periodicidade de coleta	Fonte de verificação

Fonte: Elaborado pelos autores.

Instrução de preenchimento das planilhas do protocolo de indicadores:

- **Operação e ação:** são as mesmas já descritas nos momentos anteriores do Plano Operativo.
- **Indicador:** você vai informar o indicador construído para a operação ou para a ação específica, observando os critérios explicitados neste texto.

- **Cálculo:** neste campo você deve descrever a fórmula para obtenção do resultado do indicador. Para a definição do cálculo dos indicadores, se faz necessário ter clara a abrangência dos indicadores. Lembre-se de que os dados para esta fórmula precisam ser confiáveis e estarem disponíveis. Veja o exemplo, a seguir, da descrição do cálculo de um indicador.
- **Periodicidade da coleta:** campo em que deve ser informada a periodicidade de coleta das informações para alimentar o indicador. Lembre-se de que os indicadores de avaliação, por estarem revelando uma operação que demanda um tempo maior para ser finalizada, precisam também de um tempo maior para serem verificados, assim, a depender da operação, essa periodicidade pode ser anual, semestral ou até trimestral. Já os indicadores de monitoramento, como se referem ao acompanhamento de ações, algumas delas com execução rápida, devem ter uma periodicidade menor, por exemplo semanal, quinzenal ou mensal, bimensal ou até mesmo em um tempo maior.
- **Fonte de verificação:** neste campo você vai informar onde é possível obter a informação necessária para alimentar o indicador e informar o tipo de documento. Por exemplo: relatório, lei, portaria, lista, planilha etc.

Confira os exemplos a seguir.

Exemplo 1

Indicador: % de gestores, farmacêuticos e prescritores que participaram das oficinas de divulgação da Remume no município XYZ.

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestores, farmacêuticos e prescritores que participaram das oficinas realizadas no período de 6 meses}}{\text{Total de informantes-alvo (gestores, farmacêuticos e prescritores do município XYZ)}} \times 100$$

Periodicidade: 6 meses

Fonte de verificação: lista de frequência das oficinas no período de 6 meses

Exemplo 2

Indicador: Existência de portaria municipal publicada, nomeando os integrantes da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Cálculo: Neste caso não existe cálculo (a resposta pode ser SIM ou NÃO)
Periodicidade: Anual

Fonte de verificação: Cópia da publicação da portaria

Com o protocolo de indicadores construído, faça a matriz síntese do seu Plano Operativo. Nela devem constar, além dos dados construídos até então,

a identificação para a execução de cada ação dos responsáveis, inclusive os parceiros, os valores financeiros necessários e os indicadores de avaliação que você construiu a partir das operações definidas no seu Plano.

Quadro 14 – Exemplo de preenchimento da Matriz Síntese do Plano Operativo para Gestão da Assistência Farmacêutica do município de XYZ

Matriz síntese – plano operativo para gestão da assistência farmacêutica do município XYZ							
Problema	Serviços relacionados a assistência farmacêutica estão isolados e desestruturados, não atuando em rede.						
Imagem-Objetivo	A assistência farmacêutica do município atuando em rede, entre si, e com os demais serviços de saúde do município.						
Objetivo geral	Promover a implantação de um modelo organizacional para reestruturação da rede de serviços da assistência farmacêutica municipal, para melhoria do acesso aos medicamentos essenciais e seu uso racional.						
Objetivos específicos	Operações	Ações	Recurso Financeiro (Estimado em reais)	Responsabilidade e Centralidade		Prazo para as ações	Indicador de avaliação (operação)
				Ator principal (Órgão ou/ Setor ou/ Técnico)	Outros Parceiros (Órgão ou Setor ou Técnico)		
Promover a implantação de quatro Farmácias Distritais, considerando os requisitos técnicos necessários.	Elaborar e aprovar o projeto das Farmácias Distritais.	Elaborar projeto de implantação das Farmácias Distritais.	R\$ 50.000,00/ 1 unidade	Coordenação de Assistência Farmacêutica	Coordenação de Atenção Básica Farmacêuticos	Fev. 2014	% de Farmácias Distritais estruturadas e equipadas.
		Apresentar e aprovar o projeto no Conselho Municipal de Saúde.		Gestor Municipal	NASF Coordenação Administração/ Financeira	Março 2014	
		Solicitar elaboração do projeto arquitetônico e orçamentário.		Secretaria de Obras (Setor de arquitetura)	Coordenação da Assistência Farmacêutica	Abril 2014	
		Encaminhar projeto para avaliação da Vigilância Sanitária.		Técnicos da Vigilância Sanitária	Coordenação da Assistência Farmacêutica	Mai 2014	
		Encaminhar projeto para Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde para avaliação e autorização.		Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde	Coordenação da Assistência Farmacêutica	Mai 2014	
		Realizar processo licitatório para execução do projeto das Farmácias Distritais.		Setor de compras Coordenação Administração/ Financeira	Coordenação da Assistência Farmacêutica	Junho 2014	
	Equipar e mobiliar as quatro Farmácias Distritais.	Adquirir mobiliários e equipamentos necessários.	R\$ 20.000,00	Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde	Coordenação da Assistência Farmacêutica Coordenação Administração/ Financeira	Junho 2014	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Chegamos ao final do Plano Operativo como instrumento didático-pedagógico, mas espera-se que as discussões e os caminhos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) sejam permanentes em seu processo de trabalho. Lembre-se da importância da construção de um Plano participativo, com o envolvimento de diferentes atores relacionados com o objeto do Plano. Esse processo não está dado, é uma realidade que está para ser construída. E as dificuldades aparecerão, mas que estas não sejam impeditivos para alcançarmos nosso propósito, ao contrário, que sirvam de incentivo ao desenvolvimento permanente de estratégias, a cada momento, a fim de que as Imagens-Objetivo que temos para a assistência farmacêutica e para o SUS fiquem cada vez mais próximas.

Referências

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Revista Brasileira de Educação Médica*. [on-line], v. 33, supl. 1, p. 83-91, 2009.

Sobre os autores

Ana Paula Veber

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2001), especialista em Saúde da Família (2003) e mestre em Farmácia (2008) pela mesma instituição. Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Ciências Farmacêuticas (UEPG).

André Felipe Vilvert

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2010). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Farmácia pela UFSC (PGFAR/UFSC). Farmacêutico da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Claudia Flemming Colussi

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1998), mestre em Saúde Pública (2003) e doutora em Odontologia em Saúde Coletiva (2010), ambos pela mesma instituição. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

Edivânia Lucia Araújo Santos Landim

Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador (UCSal, 1985), especialista em Administração Hospitalar (1989) e Programa Descentralizados de Saúde Pública, com ênfase em DST/AIDS (2004), mestrado Profissional em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 2008) e doutoranda em Administração pela UFBA. Servidora da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Josimari Telino de Lacerda

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1985), mestre em Saúde Pública pela UFSC (1999) e doutora em Ciências (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (USP, 2005). Professora do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

Joslene Lacerda Barreto

Especialista em Assistência Farmacêutica e mestre em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutoranda em Administração pela UFBA. Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFBA. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica – NEPAF da Faculdade de Farmácia na UFBA.

Luciana Mendes Corrêa Schneider

Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especialista em Controle da Gestão Pública Municipal. Assistente Financeiro do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância/UFSC.

Luciano Soares

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999), mestre em Farmácia (2001) e doutor em Farmácia (2013) todos pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância realizado pela UFSC, em parceria com o

Ministério da Saúde. Diretor da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF). Diretor da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Marcelo Campese

Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR, 2002), especialista *lato sensu* em Infecção Hospitalar pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Pós-Graduação modalidade residência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Farmácia pela UFSC (2012). Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC. Integrou a Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços farmacêuticos da UFSC.

Maria Cristina Marino Calvo

Graduada em Odontologia – Bauru pela Universidade de São Paulo (USP, 1981), mestre em Saúde Pública pela USP (1996) e doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2002). Professora associada da UFSC.

Maria do Carmo Lessa Guimarães

Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro, mestre em Saúde Comunitária e doutora em Administração Pública ambos pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do curso de graduação em Farmácia da UFBA e professora permanente do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da UFBA (NPGA/UFBA). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF) da Faculdade de Farmácia da UFBA, do Grupo de Pesquisa Gestão da Assistência Farmacêutica, e do Grupo de Gestão e Descentralização de Políticas Públicas.

Marina Raijche Mattozo Rover

Graduada em Farmácia-Bioquímica, com habilitação em Análises Clínicas e mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC. Farmacêutica da UFSC. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Samara Jamile Mendes

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e mestre em Farmácia pela UFSC. Farmacêutica da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância (parceria entre UFSC e Ministério da Saúde). Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Sandra Maria Chaves dos Santos

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, 1978), mestre em Saúde Pública (1989) e doutora em Administração Pública (2001) ambos pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Associada da Escola de Nutrição da UFBA.

Silvana Nair Leite

Graduada em Farmácia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UnB. Presidente da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Inovação Farmacêutica (CNPq/INCT-IF). Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Este livro foi editorado com as fontes Chaparral Pro e Roboto. Miolo em papel *offset* 90 g; capa em cartão supremo 250 g. Impresso na Gráfica e Editora Copiart em sistema de impressão *offset*.

A coleção Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica surgiu a partir dos materiais instrucionais elaborados para as duas edições do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, adaptados e ampliados para a versão impressa. O Curso foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina, para qualificar a assistência farmacêutica no SUS. Os cinco volumes que integram a coleção constituem uma oportunidade inédita para construir, referenciar e discutir conjuntamente o tema e para subsidiar o ensino e a prática da área.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL

PÁTRIA EDUCADORA

