

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Nelsi Salete TONINI^a
Luciane Prado KANTORSKI^b

RESUMO

Discutiremos, por meio deste trabalho, questões relacionadas ao planejamento estratégico e às políticas de saúde mental situados no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. Assim, o objetivo deste estudo é refletir sobre a priorização das políticas de saúde mental no processo de planejamento das ações de saúde mental considerando as questões da reforma psiquiátrica no Brasil. O suporte teórico do planejamento estratégico traz aos profissionais de saúde, particularmente aqueles envolvidos com a saúde mental, elementos para um aprofundamento e discussões no contexto das ações e das políticas de saúde mental vigentes.

Descritores: Planejamento estratégico. Saúde mental. Psiquiatria.

RESUMEN

Discutiremos por medio de este trabajo, cuestiones relacionadas con la planificación estratégica y las políticas de salud mental, situadas en el contexto de la reforma psiquiátrica en Brasil. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es reflexionar sobre la prioridad de las políticas de salud mental en el proceso de planificación de acciones de salud mental, considerando las cuestiones de la reforma psiquiátrica en Brasil. El soporte teórico planeamiento la planificación estratégica trae a los profesionales de la salud, particularmente a aquellos relacionados con la salud mental, elementos para discusiones en el contexto de las acciones y de las políticas de salud mental vigentes.

Descriptores: Planificación estratégica. Salud mental. Psiquiatría.

Título: Planificación estratégica y políticas de salud mental.

ABSTRACT

This article discusses how mental health policies are prioritized in the process of strategic planning of mental health actions within the context of Brazilian psychiatric reform. The theoretical support of strategic planning provide health professionals, particularly those involved in mental health, with elements for deepening discussions on existing mental health actions and policies.

Descriptors: Strategic planning. Mental health. Psychiatry.

Title: Strategic planning and mental health policies.

^a Enfermeira Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Docente da Universidade Paranaense (UNIPAR), Campus Cascavel, e da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

^b Enfermeira Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP -USP. Docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende tecer algumas reflexões sobre a possibilidade dos serviços de saúde adotarem o método do planejamento estratégico voltado para as políticas de saúde mental, portanto nosso objetivo é refletir sobre a priorização das políticas de saúde mental no processo de planejamento das ações de saúde mental considerando as questões da reforma psiquiátrica no Brasil.

Na segunda metade da década de 70, a planificação normativa é submetida a uma crítica sistemática e se configura com maior nitidez e substância o denominado enfoque estratégico de planificação.

A essência do planejamento normativo estava na racionalização da sociedade, assentava-se na normatividade imposta pelo sujeito que planeja, ou seja, o Estado; ao objeto a realidade e no controle do Estado sobre esta realidade. Sendo esta a base de sua fragilidade, de seus fracassos enquanto prática social e de sua inadequação a sociedades democráticas.

O procedimento normativo é aquele que se reduz ao campo econômico, que ignora a existência de atores sociais, atuando em situação de poder compartilhado, que se movimenta no campo de um cálculo técnico de um deve ser que coloca o ator que planeja fora do sistema a ser planejado, que considera as relações de poder e que imagina trabalhar com problemas bem estruturados. Diante disto, apresenta como pontos críticos, a normatividade, a separação dos campos político e técnico, a neutralidade, a economicidade, a não conflitividade de interesses, a desconsideração da planificação do cotidiano, a inconsistência, a discursividade, a rigidez temporal e a parcialidade⁽¹⁾.

Já o planejamento estratégico parte de uma concepção política do processo de produção social onde, numa situação determinada, há vários atores que, conflitivamente, planejam, segundo seus interesses e visões de mundo, e onde a grande maioria das ações não responde a comportamentos nem a leis, necessitando, de juízo estratégico. Assim, o deve ser normativo é transcendido por um pode ser que depende da vontade e força políticas e o plano, enquanto mediação entre o conhecimento e a ação, inscreve-se na ordem de um jogo social semicontrolado, no terreno da aposta⁽²⁾.

Destacamos as diferenças entre o procedimento normativo e o estratégico. Pelo procedimento normativo define-se como um conjunto de ações necessárias para cumprir um objetivo já determinado (fixado), impondo-se sobre a realidade uma norma de conduta coerente com os objetivos. Nesse procedimento a trajetória entre a situação inicial e o objetivo é uma trajetória eficaz que deve substituir o comportamento real⁽³⁾.

O procedimento estratégico pressupõe respostas do sistema às ações para sua alteração, e a norma é o ponto para o qual se quer encaminhar o funcionamento do sistema. A trajetória é flexível, sujeita as revisões de acordo com as circunstâncias, e a busca da modificação do sistema; baseia-se no conhecimento da realidade e não numa imposição sobre a realidade.

A norma, fundamento do procedimento normativo é uma categoria do necessário, e a estratégia é uma categoria do possível em função do necessário. Na estratégia, a condução do processo não está dissociada da sua orientação⁽³⁾.

A estratégia é uma análise e um propósito para o futuro, onde se integram o econômico e o político social. O necessário é conflitivo, e a consideração do conflitivo, contradições, oposições, acordos – a análise de viabilidade política – diferenciam entre o procedimento estratégico e o normativo. Então se propõe a construção de um modelo que funcione como a realidade, reagindo e dando respostas a simulações, ensaios de fatos e perturbações. Um modelo que possa permitir a dedução de uma política viável, capaz de aproximar-se dos objetivos perseguidos⁽³⁾.

2 HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Podemos identificar três vertentes de planejamento estratégico em saúde, atualmente em difusão na América Latina, quais sejam: a) a do pensamento estratégico de Mario Testa; b) a de planejamento situacional de Carlos Matus aplicado à saúde; c) e da administração estratégica opasiana do Saúde Para Todos no ano 2000 (SPT/2000).

O termo estratégia é empregado quando existe conflito, enfrentamento, relação de poder, e este é o caso do planejamento em saúde. No sentido militar do termo, é teoria de movimento até o objetivo, buscando-se obter o máximo de liberdade

de ação após cada movimento⁽³⁾. O que acontece é um jogo dialético, pois as forças sociais têm uma história e constituem uma unidade contraditória. Nesse como em qualquer outro jogo, enfrentam-se adversários que, para ganhar tem de vencer a resistência dos outros; porém, no jogo dialético, um jogador não existe sem o outro. O jogo dialético supõe a unidade e a contradição entre as forças sociais⁽⁴⁾.

Nesse sentido os enfoques de planejamento em saúde aqui apresentados como estratégicos, consideram o problema de poder e admitem o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento e análise e a construção da viabilidade.

As três vertentes têm em comum a ação estratégica e sua ruptura com a normatividade de um deve ser que se impõe sobre a realidade, admitindo a impossibilidade de contar-se com um plano pré-estabelecido que dê conta de todas as condições do real, devido à complexidade dos processos sociais. Porém cada uma tem um enfoque específico, com diferente ênfase. Uma dá prioridade aos problemas de condução e governabilidade e procura instrumentalizar a condução do governo. Outra aponta e aprofunda questões do poder, e a escola de Medellín fornece instrumentos para a execução de ações setoriais.

O pensamento estratégico de Mario Testa é sintetizado da forma descrita a seguir⁽⁵⁾.

O diagnóstico em saúde refere-se à caracterização de uma situação; é como uma investigação científica que se inicia por uma análise da realidade, aonde esta vai sendo esmiuçada em seus componentes significativos. Analisados esses componentes, a realidade é reconstituída num momento integrador, de síntese, um diagnóstico nunca é neutro e nem completamente objetivo.

Importante apontar neste texto outros pontos básicos nos quais está alicerçado o pensamento estratégico de Mario Testa, quais sejam: a) a visão do enfoque estratégico da planificação como um instrumento capaz de auxiliar no cumprimento da única imagem objetivo possível: a da acumulação/desacumulação do poder, colocando em movimento três tipos de poder: o poder administrativo baseado no poder de administrar os recursos; b) o poder técnico baseado no conhecimento dos

problemas, paradigmas e técnicas; c) e o poder equivalente ao poder de mobilizar grupos de população⁽⁶⁾.

Em sua reflexão e autocrítica, o problema do poder é pensado como problema central do planejamento de saúde. Sua reflexão é como participante de um movimento social fora do governo. Seu ator privilegiado é, então, a classe/grupo/força social/movimento, refere toda a sua proposta a luta pelo poder, dando ênfase aos modos de conduzir deslocamentos de poder em favor das classes/grupos subordinados/dominados⁽⁶⁾.

Os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social mesmo. Pois a totalidade social, não pode ser separada em partes, não é possível modificar o social com propostas setoriais. As propostas setoriais poderão somente, criar condições que abram caminho para a modificação do social⁽⁶⁾.

Outra vertente do planejamento estratégico é representada pela planificação situacional, os quais são explicitados como segue: a) o conceito de situação e de diagnóstico situacional, que implica no olhar do ator sobre determinada realidade; olhar esse, determinado pela posição que o ator ocupa e pela intencionalidade do mesmo; b) a teoria da produção social, que sustenta a explicação situacional dos problemas, a qual deve ser feita em dois planos inter-relacionados: o fenomênico ou plano de produção de fatos (o fato tal como é percebido) e o plano das essências ou estruturas determinantes do primeiro, desdobrado no plano das fenoe estruturas ou acumulações de poder; c) a teoria da ação que consiste na distinção entre uma forma de agir instrumental ou comportamental e uma forma de agir interativa, própria do espaço social e do político, que fundamenta a necessidade do raciocínio estratégico; d) a epistemologia da planificação, em que o autor faz uma correlação entre o positivismo e a planificação normativa e entre o pensamento dialético-fenomenológico e o paradigma estratégico situacional; e) o conceito de momento, formulado para superar a idéia de uma seqüência rígida de etapas, que implica uma visão das fases do planejamento caracterizada pela interação, flexibilidade, possibilitando a constante retomada das mesmas; f) o conceito de planejamento como um cálculo que preside e precede a ação, representa um avanço no sentido da incorporação dos aspectos da gerência conjuntural, dos

aspectos organizacionais e da ênfase no momento tático-operacional ou planificação de conjuntura^(3,6).

O enfoque metodológico, que o autor propõe, está constituído por quatro momentos básicos: a) o momento explicativo guarda relação com o diagnóstico tradicional, porém, reconhecendo a existência de oponentes ou de outros atores com capacidade de explicar e planejar. Não se trabalha com um diagnóstico da realidade único e objetivo, mas trabalha-se com a necessidade de explicação situacional; b) o momento normativo, que corresponde à definição do deve ser do plano, ou seja, das operações que enfrentarão os problemas. Define como alterar a realidade atual. É o momento de desenhar as operações; c) o momento estratégico, que corresponde ao pode ser e ao como fazer dos planos, incluindo a análise da viabilidade e; d) o momento tático-operacional de tomada de decisão, a implementação e realização das operações ou ações.

Planejar é conduzir o processo, é tentar submeter à vontade humana o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, fixando uma direção e dando uma velocidade a mudanças que, inevitavelmente, acontecem⁽³⁾.

A terceira vertente é da Escola de Saúde Pública de Medellín, a qual foi desenvolvida para implementar a meta Saúde Para Todos (SPT/2000) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta proposta está centrada no planejamento da rede de serviços das instituições que conformam o setor saúde, por meio de um plano que constitui a manifestação formal de um caminho construído por uma força social para produzir mudanças ou manter situações, numa área de realidade sobre a qual tem algum grau de poder⁽²⁾.

Nesse enfoque, o planejamento é entendido como um processo social complexo, que trata de influenciar as características de uma mudança social a partir da perspectiva de uma determinada força social. Pressupõe-se que, para pensar a ação futura, é necessário conhecer-se uma teoria política, mas esta teoria não é explicada nem discutida. A existência de interesses conflitivos é reconhecida, porém a determinação desses conflitos não é colocada.

O planejamento estratégico medelliano reconhece a historicidade, a complexidade, a frag-

mentação, a incerteza e o conflito como características inerentes ao processo social. Sua base operacional está na identificação de grupos humanos postergados como decorrência das desigualdades em relação à acessibilidade econômica.

3 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NO BRASIL

Apesar de essas três vertentes terem muitos elementos comuns, no Brasil a que mais tem sido utilizada é a do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Pensar planejamento nos leva a refletir sobre o tema, enfatizando que o planejamento é uma necessidade do homem e da sociedade. Cada homem é um governante de seus atos e aí constrói e defende sua liberdade. Sendo assim, entendemos que cada homem decide, por ação ou omissão, consciente ou inconscientemente, que o governo do sistema em que vive lute por ganhar liberdade de opções ou se entregue às circunstâncias⁽¹⁾.

O PES tem contribuído nas questões de organização da saúde porque propõe deslocar o método de ação da situação real dos sujeitos histórico-sociais, transformando o próprio método em sujeito. Este método tem buscado uma mudança de modelo de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico, a qual o setor saúde vem experimentando. Ele tem demonstrado que o processo histórico da reforma psiquiátrica, compreendida como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por tensões, desafios e conflitos.

Ao falar sobre planejamento em saúde mental é imprescindível refletir sobre a natureza e sobre o processo de constituição histórica do saber psiquiátrico do qual faz parte a relação com a instituição asilar. Os processos de desinstitucionalização partem da necessidade de pôr em discussão as instituições criadas – ou seja – os asilos, manicômios, hospitais psiquiátricos. Outra necessidade de desconstrução consiste na noção de doença mental. A doença mental deveria ser estrategicamente separada da noção de loucura, esta última entendida como contradição humana.

As propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental de qualidade e com participação e controle

social, buscando transformar as formas de lidar com a experiência da loucura, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais, vem sendo elaboradas na prática dos serviços substitutivos nos municípios, na política através de normatizações do Ministério da Saúde e da constituição de espaços como Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde Mental⁽²⁾.

Diante disto pensamos que o PES é o instrumento que atua basicamente sobre o presente, sobre a conjuntura. A utilização da planificação estratégica permite identificar os problemas de saúde, selecionar aqueles de maior prioridade, estabelecer os objetivos que visem modificar a situação encontrada, determinar as ações a serem desenvolvidas para o alcance dos objetivos fixados e avaliar os resultados obtidos pela aplicação da estratégia de intervenção adotada.

Os dados apresentados pela OMS sobre o quadro de sofrimento psíquico no mundo mostram que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos, 70 milhões sofrem dependência do álcool, 50 milhões têm epilepsia, 24 milhões sofrem de esquizofrenia, um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente, de 10 a 20 milhões tentam suicidar-se e a depressão situa-se em quarto lugar entre as dez principais patologias mundiais⁽⁷⁾.

Considerando os dados apresentados no relatório da OMS e a realidade da saúde mental no Brasil, evidenciamos a existência de um novo momento nas políticas de saúde mental a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987 na cidade do Rio de Janeiro. O processo da reforma psiquiátrica em andamento no nosso país ganhou força em meados dos anos 80, e tal processo vem estimulando a criação de serviços de Saúde Mental, com propostas para além dos hospitais psiquiátricos tradicionais. Propostas de atendimento voltado para o espaço territorial, no qual o paciente em sofrimento psíquico é acompanhado em seu município de origem, ao longo de seu tratamento, recebendo suporte (ele e a sua família) para que ocorra a estabilização do seu quadro clínico, possibilitando o desenvolvimento de um trabalho de reinserção social⁽⁸⁾.

Assim, são criadas e repensadas novas possibilidades assistenciais importantes, tanto em hospitais quanto em lugares novos nos demais serviços e municípios, por meio de leis e porta-

rias ministeriais voltadas para o atendimento ao indivíduo com sofrimento psíquico e seus familiares.

4 O PES NA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Neste contexto, a implantação de políticas de saúde mental deve ser considerada como prioridade de saúde pública no país, nos estados e municípios, os quais precisam desenvolver uma política de saúde mental no contexto do Sistema Único Saúde (SUS), respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade, inserindo-as nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Encontramos no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental que as políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença, sendo importante a integração desta política com a política da educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania⁽⁹⁾.

Para que isto ocorra é necessário, um plano que contemple: ações de educação em saúde envolvendo o paciente, a família e a comunidade; instrumentos para a adesão do paciente ao tratamento; vínculo com paciente, familiares, comunidade e instituições que possam se integrar à estratégia de saúde mental; atendimento em saúde mental ao portador de sofrimento psíquico, preferencialmente em serviços extra-hospitalares; educação permanente aos profissionais envolvidos no atendimento em saúde mental no município; campo de estágio, de extensão e de pesquisa seguindo protocolo pré-estabelecido pela secretaria municipal de saúde do município⁽¹⁰⁾.

Diante disto é preciso pensar um planejamento que venha ao encontro destas necessidades identificadas, que propicie a reorganização do modelo assistencial em saúde mental, que esteja pautado em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença. Precisa ainda considerar ações que venham a melhorar as condições de vida dos indivíduos com sofrimento psíquico, de seus familiares e promover a saúde mental nas regiões onde este planejamento será desenvolvido.

5 CONCLUSÕES

Por meio desta revisão de literatura percebemos que planejamento em saúde mental não pode perder de vista também a efetivação da reforma psiquiátrica, prevendo a criação de uma rede de serviços substitutivos que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, e para isso um método de trabalho é imprescindível.

Assim acreditamos que a utilização do PES, pode colaborar com os municípios para a implantação, implementação e efetivação das ações voltadas para a saúde mental, pois este método incorpora elementos que falam da complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e de condições de pouca governabilidade de quem faz o plano, evidenciando que é possível propiciar condições de governabilidade.

O PES é estruturado a partir de problemas, é muito rigoroso e rico de indicações, para a formulação mais precisa possível dos problemas. Os problemas podem ser agrupados em vários tipos de taxonomias. Uma delas é aquela que classifica os problemas em estruturados e quase-estruturados. Os quase-estruturados são aqueles mais complexos, à medida que é difícil enumerar todas as suas causas, ou seja, os multicausais⁽³⁾.

É um método que considera que os problemas não são vistos por todos os atores como problemas e que as soluções nem sempre são vistas como tais por todos. Um exemplo na psiquiatria e na saúde mental é a questão do atendimento ao paciente com sofrimento psíquico, onde temos atores que defendem que o mesmo deva ser atendido em serviços abertos, e outros que defendem o atendimento asilar em qualquer situação. Outro exemplo consiste na visão de alguns familiares de que o atendimento asilar é um problema para o paciente, mas para outras famílias é uma solução.

Todas as forças sociais governam no sentido de que podem e devem planejar suas intervenções nos fatos sociais, assim o planejamento deve ser visto como uma conquista no sentido de aumentar os graus de liberdade dos homens. Planejar é transformar variantes em opções, por que em última instância todos os atores sociais têm potencial para governar, inclusive pela descoberta de recursos próprios ainda não mobilizados e o

próprio conflito faz parte e pode impulsionar o planejamento⁽¹⁾.

O uso do PES pelos gestores de saúde pode possibilitar o enfrentamento dos problemas de psiquiatria e de saúde mental com competência política dentro da perspectiva dos profissionais de saúde, dos usuários e de seus familiares que tem alimentado dúvidas em relação ao sucesso da reforma psiquiátrica no plano das políticas sociais e tem sido um desafio para o conjunto de participantes do processo de construção da reforma psiquiátrica no Brasil.

A possibilidade desta competência pode ser marcada tanto pela capacidade de operar com um imaginário social que crê que a reforma psiquiátrica não é boa, quanto pela capacidade de operar com a construção de políticas de saúde mental efetiva que mexam com a vida cotidiana dos indivíduos portadores de transtorno mental e de seus familiares na perspectiva de uma melhoria da qualidade de vida.

Em ambos os sentidos já visualizamos derrotas e vitórias, porém acreditamos que a primeira pode ser marcada por situações desfavoráveis, pois consegue criar derrotas onde, no plano simbólico, há vitórias. Nos processos de implantação de políticas de saúde mental que propõem novas práticas assistenciais de atender os indivíduos com transtorno psiquiátrico, temos demonstrado dificuldades no convencimento dos êxitos e das possibilidades de avanço dentro das propostas da reforma psiquiátrica.

Por outro lado, os movimentos travados em esferas federais, estaduais e municipais, nestes últimos anos, em favor da reforma psiquiátrica, têm desencadeado avanços, os quais se traduzem em maior responsabilidade para os serviços de saúde. Gerando necessidades no uso de instrumentos organizacionais que dê conta desta nova demanda, precisam adotar um método de planejamento que mude a realidade atual para uma realidade ideal. Portando acreditamos que o PES intitula uma espécie de manual criado pelo autor, o qual pode contribuir na operacionalização das políticas de saúde mental nos estados e municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

- 1 Matus C. Adeus, senhor presidente: governantes governados. São Paulo: Fundap; 1996.

- 2 Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.
- 3 Matus C. Estrategia y plan. 2ª ed. México: Siglo XXI; 1978.
- 4 Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
- 5 Sschraiber LB, Nemes MIB, Sala A, Peduzzi M, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva 1999;4(2):221-42.
- 6 Rivera FU. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; 1989.
- 7 Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
- 8 Bezerra JRB, Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
- 9 Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-15; Brasília (DF), Brasil. Brasília; 2002.
- 10 Pitta A, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.

Endereço da autora/Author's address:

Nelsi Salete Tonini
Rua da Bandeira, 447, Centro
85.812-270, Cascavel, PR.
E-mail: tonini@unipar.br

Recebido em: 21/03/2006

Aprovado em: 14/07/2006
