



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS V – ESCRITOR JOSÉ LINS DO RÊGO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATU SENSU* EM GESTÃO
EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

SAMANTHA VALERIANO ALCANTARA DA SILVA

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:
UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE A SUA APLICABILIDADE EM GESTÃO
DE CRISES E EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA**

JOÃO PESSOA

2024

SAMANTHA VALERIANO ALCANTARA DA SILVA

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:
UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE A SUA APLICABILIDADE EM
GESTÃO DE CRISES E EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a Coordenação do Curso de Especialização em Gestão em Administração Pública da Universidade Estadual da Paraíba em parceria com a Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão em Administração Pública.

Área de concentração: Planejamento Estratégico.

Orientadora: Profa. Dra. Jacqueline Echeverría Barrancos.

JOÃO PESSOA

2024

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586p Silva, Samantha Valeriano Alcantrara da.
Planejamento estratégico situacional [manuscrito] : um estudo bibliográfico sobre a sua aplicabilidade em gestão de crises e emergências de saúde pública / Samantha Valeriano Alcantrara da Silva. - 2024.
30 p.

Digitado.
Monografia (Especialização Gestão em Administração Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e Sociais Aplicadas, 2024.
"Orientação : Profa. Dra. Jacqueline Echeverría Barrancos, Especialização em Gestão em Administração Pública - UEPB/ESPÉP. "
1. Planejamento estratégico situacional. 2. Serviços da saúde. 3. Saúde pública. I. Título

21. ed. CDD 353.6

SAMANTHA VALERIANO ALCANTARA DA SILVA

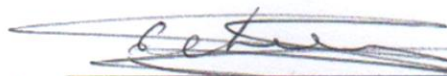
**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: UM ESTUDO
BIBLIOGRÁFICO SOBRE A SUA APLICABILIDADE EM GESTÃO DE CRISES E
EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação do Curso de Especialização em Gestão em Administração Pública da Universidade Estadual da Paraíba em parceria com a Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão em Administração Pública.

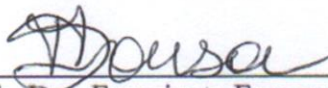
Área de concentração: Planejamento Estratégico

Aprovada em: 29/05/24.

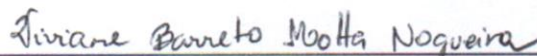
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Jacqueline Echeverría Barrancos (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Francinete Fernandes de Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Viviane Barreto Motta Nogueira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 O PLANEJAMENTO E SEU PAPEL NA GESTÃO PÚBLICA	10
2.1 Planejamento Estratégico Situacional	11
2.2 Metodologia do Planejamento Estratégico Situacional.....	14
2.3 A importância do PES como ferramenta de gestão em um serviço de saúde pública.	15
3 METODOLOGIA.....	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS	27

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:
UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE A SUA APLICABILIDADE EM GESTÃO
DE CRISES E EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA**

Samantha Valeriano Alcantara da Silva¹

Jacqueline Echeverría Barrancos²

RESUMO

Este artigo destaca o Planejamento Estratégico Situacional (PES) em um contexto de saúde pública, com foco nas adaptações durante a pandemia da COVID-19. O PES é abordado como uma ferramenta crucial para lidar com os desafios complexos enfrentados pelos serviços de saúde pública. Durante a crise sanitária, o PES foi fundamental para orientar as decisões e ações, exigindo uma revisão constante das estratégias diante da volatilidade do ambiente. As mudanças incluíram uma maior flexibilidade no planejamento, uma ênfase na colaboração entre diferentes entidades e uma abordagem integrada para enfrentar a crise. Utilizando uma metodologia bibliográfica, o objetivo principal é destacar as mudanças ocorridas no processo de planejamento estratégico devido à crise sanitária, além de descrever os desdobramentos resultantes e propor ações de gestão para enfrentar futuros desafios. Tal planejamento é visto como uma ferramenta crucial para orientar as decisões e ações em tempos de crise, permitindo uma abordagem adaptativa e integrada às demandas emergentes. Durante a pandemia, o PES realizou uma revisão constante das estratégias, com ênfase na flexibilidade e na capacidade de resposta rápida às mudanças no ambiente. As medidas impostas incluíram a expansão da capacidade de testagem e atendimento, o reforço das práticas de higiene e distanciamento social, e o apoio à saúde mental dos profissionais de saúde. Além disso, houve uma maior colaboração entre diferentes entidades e uma busca por equidade em saúde, registrando e abordando as desigualdades exacerbadas pela crise. Os desdobramentos do PES durante a pandemia destacaram sua eficácia na condução das operações em serviços de saúde pública. A abordagem adaptativa permitiu uma resposta ágil e integrada às necessidades emergentes da população, demonstrando a importância do planejamento estratégico em momentos de crise. Olhando para o futuro, é essencial incorporar os aprendizados da pandemia no planejamento estratégico contínuo, fortalecendo a resiliência das organizações de saúde pública e preparando-as para enfrentar desafios futuros. Prospectar ações de gestão para o futuro requer uma abordagem proativa e orientada para a construção de resiliência. Isso inclui a adoção de abordagens mais flexíveis e adaptáveis, a construção de capacidades para lidar com crises emergentes e o fortalecimento das parcerias impostas durante a pandemia. Em suma, o PES surge como uma ferramenta essencial na gestão de serviços de saúde pública, fornecendo uma base sólida para enfrentar os desafios complexos e dinâmicos do cenário atual e futuro.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico Situacional; serviços da saúde; órgão público.

¹ Bacharel em Direito pela UNIPÊ E-mail: samantha.advpb@gmail.com

²PhD em Administração. E-mail: jacquebarrancos@servidor.uepb.edu.br

ABSTRACT

This article highlights Situational Strategic Planning (PES) in a public health context, focusing on adaptations during the COVID-19 pandemic. PES is approached as a crucial tool for dealing with the complex challenges faced by public health services. During the health crisis, the PES was fundamental in guiding decisions and actions, requiring a constant review of strategies in the face of environmental volatility. Changes included greater flexibility in planning, an emphasis on collaboration between different entities and an integrated approach to tackling the crisis. Using a bibliographic methodology, the main objective is to highlight the changes that occurred in the strategic planning process due to the health crisis, in addition to describing the resulting developments and proposing management actions to face future challenges. Such planning is seen as a crucial tool to guide decisions and actions in times of crisis, allowing an adaptive and integrated approach to emerging demands. During the pandemic, PES carried out a constant review of strategies, with an emphasis on flexibility and the ability to respond quickly to changes in the environment. The measures imposed included expanding testing and care capacity, reinforcing hygiene and social distancing practices, and supporting the mental health of healthcare professionals. Furthermore, there was greater collaboration between different entities and a search for equity in health, recording and addressing inequalities exacerbated by the crisis. The developments of PES during the pandemic highlighted its effectiveness in conducting operations in public health services. The adaptive approach allowed for an agile and integrated response to the population's emerging needs, demonstrating the importance of strategic planning in times of crisis. Looking ahead, it is essential to incorporate learnings from the pandemic into ongoing strategic planning, strengthening the resilience of public health organizations and preparing them to face future challenges. Prospecting management actions for the future requires a proactive and resilience-oriented approach. This includes adopting more flexible and adaptive approaches, building capabilities to deal with emerging crises, and strengthening partnerships imposed during the pandemic. In short, PES emerges as an essential tool in the management of public health services, providing a solid foundation to face the complex and dynamic challenges of the current and future scenario.

Keywords: Situational Strategic Planning; health services; public body.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças e transformações que estão ocorrendo no país e no mundo atualmente atingem vários setores, inclusive instituições públicas, tornando necessário que estas busquem novos investimentos e diferentes modos de gestão, voltados principalmente para a excelência. Desta forma, o gestor público deve compreender que o processo de transformação é necessário e inevitável, pois as necessidades da população também se transformam (Ferreira, 2012).

Para Lima (2006), “gestão é a capacidade de fazer o que precisa ser feito”. Em uma gestão pública, não se pode esquecer a importância de se atentar e permanecer no posicionamento da organização planejada, para que assim a missão possa ser cumprida. Lima ainda acredita que uma boa organização na gestão pública está relacionada a uma alta

capacidade de gestão, que, por sua vez, está associada à “melhor relação entre recurso, ação e resultado”.

Por conseguinte, é necessário destacar que a gestão em saúde implica no desenvolvimento de diversas atribuições de extrema importância, que contribuem para o suprimento das necessidades dos usuários dos serviços. Isso nos leva a uma preocupação maior frente aos acontecimentos e emergências em saúde pública, fatores que demandam a adoção de estratégias rápidas e eficazes, requerendo celeridade na sua execução.

O planejamento pode ser considerado uma ferramenta de administração, permitindo que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores públicos poderão reconhecer e acompanhar o trabalho realizado (Paim, 2017).

Segundo Teixeira (2010), o interesse pelo planejamento de saúde surgiu como decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nessa perspectiva, a realização de campanhas sanitárias e, posteriormente, a elaboração de programas de controle de doenças, podem ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento.

Matus (1993b) desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada Planejamento Estratégico Situacional (PES), que contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, são eles: a) explicativo; b) normativo c) estratégico; d) tático operacional.

Assim, entende-se que o planejamento estratégico situacional é uma ferramenta essencial na gestão pública de um serviço de saúde, visando auxiliar a utilização racional dos recursos públicos destinados à administração dessa instituição. Esse planejamento tem como objetivo a execução de ações programadas e não programadas, com vistas a observar os recursos orçamentários/financeiros dessas instituições, que geralmente são limitados e precisam ser utilizados de maneira coerente e equilibrada, pois são determinantes para o controle das despesas. Isso evita que os gestores passem por apuros durante o seu período de gestão.

Num ambiente como uma instituição pública de saúde, com a limitação de recursos financeiros, o planejamento estratégico situacional, como forma de propor estratégias para gerenciamento dos gastos, dos processos e dos materiais, além da manutenção da supervisão das ações implementadas, se torna fator determinante para o desenvolvimento social e para a qualidade de vida dos usuários desse serviço de saúde.

Nesse contexto, faz-se mister trazer à baila que a pandemia de COVID-19 colocou os serviços de saúde públicos em todo o mundo diante de desafios significativos, exigindo abordagens inovadoras e adaptativas para uma gestão eficaz da crise. Assim, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) surge como uma ferramenta poderosa de gestão, permitindo uma análise contextualizada e uma resposta ágil às demandas emergentes. Este trabalho busca explorar o uso do PES como uma ferramenta de gestão em serviços de saúde pública durante o período da COVID-19, destacando suas aplicações, desafios e contribuições.

Por conseguinte, o PES oferece uma abordagem sistêmica para a gestão de crises em saúde pública, permitindo a identificação e priorização de problemas, bem como o desenvolvimento de estratégias adaptativas para enfrentar desafios específicos. Estudos como o de Machado, Lima e Baptista. (2020) destacam a importância do PES na coordenação de esforços e na alocação eficiente de recursos em resposta à pandemia. Além disso, trabalhos como o de Baggio e Viana (2021) enfatizam a utilidade do PES na gestão de serviços de saúde pública, especialmente no que diz respeito à identificação de vulnerabilidades e à promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde durante uma pandemia.

Apesar de suas vantagens, a aplicação do PES em serviços de saúde durante a COVID-19 também enfrenta desafios significativos, incluindo a necessidade de adaptar metodologias tradicionais para lidar com uma crise em constante evolução e a garantia da participação efetiva de todos os envolvidos, conforme destacado por Artmann (2000). No entanto, o PES continua a ser uma ferramenta valiosa para promover uma abordagem integrada e colaborativa para a gestão de crises em saúde pública, permitindo uma resposta mais eficaz e adaptativa às necessidades da comunidade.

Para tanto, o estudo tem como objetivo geral analisar a importância da utilização do Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de gestão em um serviço de saúde pública, tendo como objetivos específicos investigar a eficácia e os impactos do uso do PES como instrumento de gestão em um serviço de saúde público durante a pandemia de COVID-19, abordando como esse estudo contribui para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a otimização dos recursos disponíveis e a promoção da saúde da população atendida.

Portanto, justifica-se a relevância, a previsão e a originalidade deste estudo sobre a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) em um serviço de saúde pública, com vistas à diagnosticar e identificar a execução da política de saúde pública, em virtude das dificuldades de fazer gestão e outras limitações na organização. A pandemia de COVID-19 evidenciou a urgência de estratégias eficazes de gestão em saúde pública, especialmente diante de desafios como o aumento da demanda por serviços, escassez de recursos e necessidade de

uma resposta rápida e coordenada. Nesse sentido, o PES surge como uma abordagem que permite uma análise situacional profunda, a identificação de problemas prioritários e a formulação de estratégias adaptativas, alinhadas com as necessidades específicas da comunidade atendida. Ao investigar a implementação do PES neste contexto apresentado, o estudo busca oferecer insights valiosos para aprimorar a gestão de serviços de saúde pública, promovendo uma abordagem mais integrada, eficiente e orientada para resultados.

2 O PLANEJAMENTO E SEU PAPEL NA GESTÃO PÚBLICA

O planejamento tem sido reconhecido como método, ferramenta, instrumento ou técnica para gestão, gerência ou administração, e também como processo social em que participam sujeitos, coletivos e individuais (Paim, 2017)

Planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública, quanto na esfera privada. Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (Teixeira, 2010).

Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (Vilasbôas, 2004).

O planejamento desempenha um papel fundamental na gestão pública, sendo uma prática essencial para orientar e direcionar as ações do governo na busca pela eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas. Conforme destacado por Bresser-Pereira (2006), o planejamento na gestão pública envolve a formulação de objetivos, metas e estratégias que visam atender às demandas da sociedade de forma organizada e sistemática.

Um dos principais benefícios do planejamento na gestão pública é a capacidade de antecipar desafios e oportunidades, possibilitando a tomada de decisões mais informadas e assertivas. De acordo com Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (1998), o planejamento permite que os gestores públicos identifiquem problemas potenciais, avaliem diferentes alternativas de ação e desenvolvam planos de contingência para lidar com situações adversas.

Além disso, o planejamento contribui para a alocação eficiente dos recursos públicos, garantindo que sejam direcionados para as áreas prioritárias e com maior potencial de impacto

na qualidade de vida da população (Barzelay, 2001). Dessa forma, ele auxilia na maximização dos resultados e na otimização do uso dos recursos disponíveis.

Ademais, o planejamento na gestão pública também desempenha um papel crucial na promoção da participação social e no fortalecimento da democracia. Segundo Behn (1995), ao envolver os cidadãos no processo de elaboração e implementação das políticas públicas, o planejamento contribui para a construção de uma governança mais inclusiva e responsiva às necessidades da sociedade.

No entanto, é importante ressaltar que o sucesso do planejamento na gestão pública depende não apenas da sua elaboração, mas também da sua execução e monitoramento efetivos (Ingram, Schneider e Deleon, 2007). Nesse sentido, é fundamental que os gestores públicos adotem mecanismos de acompanhamento e avaliação que permitam verificar o progresso das ações planejadas e promover eventuais ajustes de rota.

Em suma, o planejamento desempenha um papel central na gestão pública, contribuindo para a melhoria da qualidade das políticas públicas, a alocação eficiente dos recursos, a promoção da transparência e da participação social, e o fortalecimento da democracia.

2.1 Planejamento Estratégico Situacional.

Carlos Matus, economista chileno, concebeu o Planejamento Estratégico Situacional (PES) na década de 1970, propondo uma abordagem mais eficaz para enfrentar os desafios da administração pública, especialmente ao lidar com a complexidade dos problemas sociais. No PES, a flexibilidade é essencial: diante de mudanças no estado de coisas, o plano é imediatamente reajustado. Matus (1997) enfatiza que o planejamento é uma atividade intrínseca àqueles que governam, que decidem e que têm a responsabilidade de liderar. O PES se destaca como uma forma de planejamento que se adapta às necessidades dos gestores, contrastando com o planejamento tradicional ao ser concebido como uma organização para a ação.

No método proposto por Matus (1997), a ênfase recai sobre a ação e a exploração do futuro como um meio de racionalizar essa ação. O planejamento, portanto, é visto como o cálculo que antecede e orienta a ação, sendo ambos elementos inseparáveis e recorrentes. O PES questiona a eficácia do planejamento como um livro-plano, um documento normativo que delineia um futuro que "deve ser". Dado que a realidade é mutável, o planejamento deve ser a interface entre o conhecimento e a ação, construído continuamente. Assim, o PES não se refere ao futuro como algo essencial ou como um simples desenho, mas como parte integrante do processo de planejamento.

Matus (1997) também destaca a importância de considerar, além dos recursos econômicos, os recursos de poder para viabilizar o processo de mudança. No enfoque situacional, o planejamento é realizado por atores com interesses específicos e visões distintas da realidade, cada uma condicionada e limitada pela inserção particular de cada ator em um contexto em que outros atores, inclusive oponentes, também planejam. Portanto, o planejamento deve ser integrado à perspectiva política para navegar pelas resistências de outras forças presentes na realidade.

As diferenças entre o PES e o planejamento tradicional são delineadas pelas características do enfoque situacional e pelas perspectivas dos atores envolvidos, conforme sistematizado no Quadro 1.

Quadro 1. Diferenças entre o plano tradicional e o estratégico situacional

Fator	Plano Tradicional	PES
1. Objeto do plano	Passivo	Ativo e complexo
2. Explicação da realidade	Baseada em diagnósticos	Apreciação situacional
3. Concepção do plano	Normativo-prescritivo	Jogadas sucessivas
4. Análise estratégica	Consultas a especialistas	Análise da viabilidade
5. Fatores	Genéricos	Específico
6. Operação	Ação separada do plano	Mediação entre o plano e a ação

Fonte: Lida, 1993, p. 115.

A democracia deliberativa desempenha um papel fundamental na metodologia do planejamento estratégico situacional, uma vez que, em essência, os planejadores e os executores são os mesmos atores. Matus (1997) propõe que o diagnóstico, comum no planejamento estratégico convencional, seja substituído pela abordagem situacional. Esta é aplicada de maneira contínua durante todo o processo de planejamento, envolvendo não apenas a análise da situação presente, mas também a formulação de hipóteses sobre possíveis reações contingenciais.

Além disso, o PES é caracterizado pelo planejamento centrado em problemas e pela consideração da subjetividade. Em seus quatro momentos-chave: (1) o explicativo; (2) o normativo; (3) o estratégico; e (4) o tático-operacional. A interatividade e a colaboração entre os atores, na busca coletiva de soluções, encarnam a essência dessa metodologia de planejamento. Matus (1993a) conceitua que o processo de planejamento supõe a articulação dos momentos explicativo (apreciação situacional), normativo (direcionalidade), estratégico

(viabilidade) e tático-operacional (cálculo que precede e preside a ação), de modo a constituir um sistema oportuno e eficaz de tomada de decisões.

O momento explicativo é aquele em que se está indagando sobre as oportunidades e problemas que enfrenta o ator que planeja e busca, antes de tudo, explicar suas origens e causas. Relaciona-se a compreensão do que foi e do que tende a ser a realidade.

O momento normativo corresponde ao desenho de como deve ser a realidade, que, no planejamento tradicional, se confunde com todo o processo de planejamento. Significa a operação que supere os problemas cruciais (chamados de nós críticos), permitindo estabelecer as operações que, em diferentes cenários, levam à mudança da situação inicial em direção à situação objetivo.

O momento estratégico se relaciona à questão da viabilidade e, portanto, aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo. É nesse momento que deve se dar o cálculo para a superação dos obstáculos que se colocam para a efetivação de mudanças, sejam eles relativos à escassez de recursos econômicos, políticos ou institucionais-organizacionais. Está centrado na identificação do "que pode ser".

O momento tático-operacional é "o fazer" é o momento decisivo do planejamento situacional. Já que o planejamento é concebido como cálculo que precede e preside a ação, as possibilidades ou o alcance do processo de planejamento se darão pela capacidade desse cálculo alterar, conduzir, orientar as ações presentes. É o momento tático-operacional que articula o planejamento situacional de conjuntura com o planejamento de situações- perspectivas.

Matus (1996) diz que este tipo de planejamento é, simultaneamente, uma maneira de participar com mais efetividade do jogo social e uma crítica ao planejamento tradicional. Dessa maneira, todos os quatro passos têm dois lados. O lado do planejamento tradicional e o lado do Planejamento Estratégico Situacional.

É possível compreender o planejamento como uma prática social que, ao mesmo tempo, é técnica, é política, econômica e ideológica. É um processo de transformação de uma situação em outra, tendo uma determinada finalidade e recorrendo a instrumentos (técnicas e saberes) e atividades, sob determinadas relações sociais, em uma dada organização (Paim, 2002).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma abordagem amplamente utilizada na gestão pública para lidar com a complexidade dos problemas sociais e políticos. Segundo Carlos Matus, um dos principais teóricos dessa metodologia, o PES visa analisar as situações a partir de uma perspectiva sistêmica, considerando múltiplos atores, interesses e variáveis que influenciam o desenvolvimento de políticas públicas.

No contexto da gestão pública, o PES desempenha um papel fundamental ao promover uma compreensão aprofundada das realidades locais e regionais, permitindo aos gestores identificar os principais desafios e oportunidades para a intervenção governamental. Essa abordagem também valoriza a participação ativa da comunidade e dos diferentes atores sociais no processo de planejamento e implementação de políticas públicas.

Ao contrário de abordagens tradicionais, que se baseiam em previsões lineares e modelos estáticos, o PES reconhece a dinâmica e a incerteza inerentes aos contextos sociais e políticos. Dessa forma, os gestores públicos são capacitados a desenvolver estratégias flexíveis e adaptativas, capazes de responder eficazmente às mudanças e imprevistos que surgem ao longo do processo de implementação das políticas.

Além disso, o PES enfatiza a importância da avaliação contínua e da retroalimentação para garantir a eficácia e a eficiência das políticas públicas. Ao monitorar constantemente os resultados e impactos das ações governamentais, os gestores podem ajustar suas estratégias e tomar decisões informadas com base em evidências empíricas.

Entre os principais benefícios do PES na gestão pública, destaca-se a promoção da transparência, da *accountability* e da governança participativa. Ao envolver ativamente os cidadãos e as organizações da sociedade civil no processo decisório, o PES contribui para fortalecer a legitimidade e a qualidade da democracia.

No entanto, é importante ressaltar que a implementação efetiva do PES requer um compromisso político e institucional por parte das autoridades governamentais, bem como a capacitação técnica dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, a literatura acadêmica oferece uma série de recursos e ferramentas metodológicas que podem auxiliar os gestores públicos na aplicação do PES em diferentes contextos e escalas.

Destaca-se que a essência do PES reside em sua capacidade de analisar as situações a partir de uma perspectiva sistêmica, identificando os diferentes atores, suas relações de poder e os interesses em jogo. Segundo Matus, a análise situacional é o primeiro passo para o desenvolvimento de estratégias eficazes, uma vez que permite compreender a realidade de forma mais ampla e profunda.

2.2 Metodologia do Planejamento Estratégico Situacional.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma metodologia desenvolvida por Carlos Matus que visa lidar com a complexidade e a incerteza inerentes aos processos de planejamento e gestão. De acordo com Matus (1993a), o PES parte da premissa de que as

situações são compostas por uma série de elementos interdependentes e em constante mudança, que precisam ser compreendidos de forma sistêmica.

A metodologia do PES consiste em uma série de etapas interconectadas, começando pela análise da situação, que envolve a identificação dos problemas, interesses e atores envolvidos no contexto em questão (Blanco, 1994). Essa análise situacional é crucial para o desenvolvimento de estratégias eficazes e sustentáveis.

Após a análise da situação, o PES propõe a definição de objetivos estratégicos claros e alcançáveis, alinhados com as necessidades e aspirações da população (Rodríguez, 2000). Esses objetivos devem ser formulados de forma participativa, envolvendo os diferentes atores interessados na questão em pauta.

Em seguida, o PES sugere a formulação de estratégias de ação, que visam alcançar os objetivos estabelecidos de maneira eficiente e eficaz (Cunill Grau, 2010). Essas estratégias devem levar em consideração as capacidades institucionais, recursos disponíveis e o contexto político, econômico e social em que estão inseridas.

Uma vez definidas as estratégias, o PES propõe a implementação das ações planejadas, acompanhada de uma constante avaliação e ajuste das estratégias à medida que a situação evolui (Matus, 1997). Esse ciclo de planejamento, implementação, avaliação e ajuste contínuo é conhecido como ciclo de aprendizagem.

A metodologia do PES valoriza a participação ativa dos diversos atores envolvidos no processo de planejamento e gestão, incluindo governos, organizações da sociedade civil e comunidade em geral (Blanco, 1994). Essa abordagem participativa contribui para fortalecer a legitimidade e eficácia das decisões tomadas.

Trata-se de uma abordagem integrada e adaptativa para lidar com problemas complexos e dinâmicos, promovendo a participação, transparência e efetividade nas ações governamentais e sociais.

2.3 A importância do PES como ferramenta de gestão em um serviço de saúde pública.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) emergiu como uma ferramenta essencial na gestão de serviços de saúde pública, especialmente durante a pandemia da COVID-19, exigindo adaptações significativas na abordagem estratégica. Matus (1997) argumenta que o PES oferece uma estrutura flexível para lidar com desafios complexos, permitindo análises situacionais abrangentes e a tomada de decisões ágeis em contextos dinâmicos, como o da saúde pública.

Durante a pandemia da COVID-19, o PES foi ferramenta crucial para a identificação e priorização das necessidades emergenciais da população, incluindo a alocação de recursos humanos, financeiros e materiais para o enfrentamento da crise sanitária (Blanco, 1994). Essa abordagem adaptativa permitiu aos gestores de saúde responderem rapidamente às mudanças no cenário epidemiológico e às demandas crescentes por serviços de saúde.

A participação ativa de diversos atores, como profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e comunidade, tem sido fundamental no contexto do PES durante a pandemia. Rodríguez (2000) ressalta que a colaboração interdisciplinar e a construção de parcerias são essenciais para o desenvolvimento e implementação eficaz de estratégias de saúde pública, incluindo medidas de prevenção, controle e tratamento da COVID-19.

Uma das principais adaptações do PES durante a pandemia foi a incorporação de evidências científicas atualizadas e a análise contínua dos dados epidemiológicos para orientar a tomada de decisões (Cunill Grau, 2010). Isso incluiu a monitorização da propagação do vírus, avaliação da eficácia das medidas de saúde pública e identificação de grupos vulneráveis para intervenções direcionadas.

Além disso, o PES promoveu a inovação e a adaptação de práticas de saúde pública, estimulando a implementação de novas tecnologias e modelos de prestação de cuidados de saúde, como a telemedicina e o rastreamento de contatos digitais (Bhaskar *et al.*, 2021). Essas adaptações foram essenciais para garantir a continuidade dos serviços de saúde e o acesso da população a cuidados adequados durante a pandemia.

Em síntese, o PES desempenhou um papel fundamental na gestão da saúde pública durante a pandemia da COVID-19, oferecendo uma abordagem adaptativa e participativa para lidar com os desafios complexos e em constante mudança. As adaptações e inovações introduzidas no contexto do PES durante a pandemia forneceram insights valiosos para fortalecer os sistemas de saúde e preparar melhor os serviços de saúde pública para crises futuras.

3 METODOLOGIA

Este estudo tomou por base a metodologia bibliográfica. Trata-se de uma abordagem de pesquisa que se baseia na análise e interpretação de fontes secundárias, como livros, artigos acadêmicos, teses, relatórios e documentos oficiais. Sua natureza é essencialmente teórica e descritiva, concentrando-se na revisão crítica da literatura existente sobre um determinado tema ou problema de pesquisa. Por meio da metodologia bibliográfica, os pesquisadores podem

sintetizar e organizar o conhecimento acumulado em uma área específica, identificar lacunas e inconsistências na literatura e desenvolver uma compreensão mais profunda do estado atual do campo de estudo.

Quanto ao tipo de pesquisa, a metodologia adotada pode ser entendida como exploratória, descritiva ou analítica. Na pesquisa exploratória, o foco se voltou para a identificação de conceitos-chave e a formulação de hipóteses preliminares, com base na revisão da literatura. Na pesquisa descritiva, foram descritas e analisadas as características, fenômenos e padrões existentes na literatura sobre o tema em estudo. Na pesquisa analítica, busca-se aprofundar a compreensão do fenômeno, examinando criticamente teorias, modelos e abordagens metodológicas apresentadas na literatura, com o intuito de gerar novas interpretações ou insights.

A unidade de análise na metodologia bibliográfica são as fontes bibliográficas, que podem incluir livros, periódicos, relatórios técnicos, documentos oficiais, entre outros materiais impressos ou eletrônicos, em que foram selecionadas e analisadas cuidadosamente essas fontes com base em critérios predefinidos, como relevância, confiabilidade, atualidade e autoridade dos autores, visando construir uma base sólida de referências teóricas para embasar as argumentações e conclusões deste estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar do contexto de evolução do planejamento organizacional e do planejamento em saúde no âmbito das sociedades ocidentais e do Brasil, a incorporação dessa atividade ao arcabouço jurídico do SUS ocorreu desde o início, a partir de 1990, com a implementação de propostas de planejamento ascendente entre os três níveis governamentais, elaboração de planejamento estratégico pelos respectivos governos e a edição de normas e orientações para sua realização. A Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a), destaca que a elaboração e atualização periódica de plano de saúde, bem como a preparação de proposta orçamentária em conformidade com o plano, são consideradas atribuições comuns dos três níveis governamentais. O Título V, Capítulo III dessa lei, aponta diretrizes para o Planejamento e Orçamento no SUS, estipulando no Art. 36 que o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser ascendente, do nível local até o federal, com a participação de seus órgãos deliberativos, alinhando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos nos planos de saúde dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União. Os planos de saúde, conforme o § 1º, devem ser a base das

atividades e programações de cada nível de direção do SUS, sendo seu financiamento previsto na respectiva proposta orçamentária (Brasil, 1990a).

Posteriormente, a Lei Nº 8.142 de 22 de dezembro de 1990, além de regulamentar a participação da comunidade no âmbito do SUS através de Conferências e Conselhos de Saúde nos respectivos níveis governamentais, condiciona o recebimento de recursos federais por Estados e Municípios ao estabelecimento do Fundo de Saúde, do Plano de Saúde Plurianual, da Programação e Orçamentação Anual da Saúde e do Relatório Anual de Gestão (Brasil, 1990b). As diretrizes operacionais passaram a ser publicadas pela NOB SUS Nº 01/1991. Orientações mais detalhadas sobre o planejamento foram publicadas na NOB SUS de 1992, que, dedicando um item do documento, estabeleceu que o Plano de Saúde deve ser “desenvolvido através de uma metodologia participativa com a projeção de ações a serem executadas e a racionalização dos processos técnicos-administrativos necessários à execução dessas ações” (Brasil, 1992).

O planejamento é reafirmado como um processo contínuo e uma responsabilidade compartilhada entre os três níveis governamentais, servindo como fundamento para o monitoramento, avaliação, controle e gestão da saúde. Adicionalmente, o documento sugere que o conceito abrangente de saúde, conforme definido na constituição, deve orientar a transformação dos serviços de saúde através da progressiva integração de ações de promoção, proteção e recuperação, garantindo a integralidade das intervenções.

Do ponto de vista metodológico, o texto orienta a realização de um diagnóstico que envolve o levantamento dos problemas de saúde, suas causas, pontos críticos e os recursos disponíveis. Em seguida, são delineados os objetivos e metas a serem perseguidos, bem como as atividades a serem implementadas. Nessa etapa, é essencial identificar potenciais barreiras políticas, técnicas, administrativas e financeiras que possam impactar o sucesso de cada atividade e do plano de ação como um todo (Brasil, 1992, p.13).

Posteriormente, devem ser definidos os recursos necessários e as fontes de financiamento para cada atividade, além da organização de um cronograma de execução. Neste contexto, o documento adota uma abordagem de planejamento estratégico para o setor de saúde, próxima ao modelo proposto por Carlos Matus.

A partir dessas diretrizes e orientações iniciais, os planos de saúde tornam-se uma exigência em várias fases da implementação do SUS. No entanto, a implantação do sistema não encontrou uma cultura de planejamento já estabelecida, exceto nos aspectos financeiros e nas necessidades de recursos de infraestrutura física, insumos, tecnologia e recursos humanos, legados dos setores hospitalares tradicionais, do Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS), e das ações de saúde pública realizadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais.

Dessa forma, durante a primeira fase de unificação federal e implementação do SUS, foram mantidos os métodos e instrumentos empregados pelo INAMPS e pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), à medida que seus serviços eram transferidos para o controle estadual e municipal. Essa continuidade se deu em função de uma lógica baseada em produções e faturamentos financeiros, uma vez que o sistema de descentralização de recursos do nível federal para os demais níveis era calculado com base na capacidade instalada e na produção de procedimentos (Felicello *et al.*, 2016).

Posteriormente, com a publicação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB SUS (Brasil, 1993), foi estabelecido como objetivo primordial:

[...] a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema (Brasil, 1993).

Visando disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS, a NOB SUS passou a conceituar a descentralização como "um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social" (Brasil, 1993).

Para alcançar esses objetivos, foram criadas Comissões Intergestores, tanto no nível federal (tripartite), quanto estadual (bipartite), com a missão de auxiliar os respectivos gestores na formulação de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, sujeitando-se à autoridade dos Conselhos de Saúde.

Essas Comissões assumiram a responsabilidade pela operacionalização de todos os aspectos relacionados à regionalização, incluindo: as propostas dos estados e municípios quanto às condições de gestão do SUS, instituídas pela NOB SUS 93; a avaliação anual do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão atualizados pelos gestores correspondentes; e a avaliação da contrapartida de recursos aplicados pelos gestores para o SUS.

Em julho de 1993, o INAMPS foi extinto e suas responsabilidades foram integradas ao Ministério da Saúde, incorporando uma série de instrumentos e sistemas previamente utilizados por aquele órgão (Felicello *et al.*, 2016). Com a publicação da NOB, foi dado um importante

impulso à municipalização do SUS. No entanto, o papel das Secretarias de Estado da Saúde (SES) foi pouco desenvolvido, resultando em uma municipalização autárquica, com baixa integração entre os municípios e entre estes e o gestor estadual, o que dificultou a prestação de assistência integral à saúde, objetivo principal da NOB SUS 93.

Posteriormente, o Decreto de 1994 estabeleceu em seu Artigo 2º as modalidades de repasse de fundos, condicionando a transferência à existência de um fundo e à apresentação de um plano de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, no qual deve constar a contrapartida dos gestores. Nos demais parágrafos do artigo (Brasil, 1995), foi instituído que o(s):

- Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas para aprovação dos planos municipais;
- Planos de Saúde Municipais serão consolidados na esfera regional e estadual; e que as transferências de recursos de fundo a fundo ficam condicionadas à indicação da CIB da relação dos municípios que cumprem as exigências legais e que participem dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados pela CIB;
- Plano de Saúde deve discriminar o percentual destinado pelo Estado e Município, nos respectivos orçamentos.

No que concerne ao planejamento, os Planos Municipais de Saúde foram pouco integrados aos Planos Estaduais de Saúde, uma vez que os processos para sua elaboração eram totalmente isolados e autônomos, com equipes técnicas pouco integradas. A aprovação pelo gestor estadual e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) era extremamente burocrática e não foi organizado qualquer processo de monitoramento e avaliação.

Outra questão relevante é que os projetos e propostas dos Planos de Saúde apresentavam uma fraca correlação com os diagnósticos de saúde produzidos, respondendo, principalmente, às parcelas de recursos disponibilizados pelo nível federal, que ainda mantinham uma estreita afinidade com a antiga dinâmica e objetivos do INAMPS e do Ministério da Saúde.

A Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.203, de 6 de novembro de 1996, publicou a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96, cujo objetivo primordial era:

Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (Brasil, 1996).

Com a NOB-SUS 1996, houve um significativo impulso à municipalização do sistema, criando formas diferenciadas de gestão e financiamento e propondo a implantação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como um instrumento intergestores de gestão da assistência (Feliciello *et al.*, 2016). A PPI envolveria as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, configurando-se como um instrumento essencial de planejamento e reorganização do modelo de atenção integral e da gestão do SUS em âmbito regional, além da alocação de recursos e da explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

Na prática, a PPI regional deveria ser o resultado da agregação da PPI de cada município, que, por sua vez, deveria desdobrar sua PPI entre seus prestadores públicos e privados, de modo que este instrumento refletisse realmente o pacto regional e orientasse a distribuição adequada dos recursos federais do SUS. No que concerne aos recursos destinados à média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, o seu cálculo seria derivado da elaboração da PPI regional e das responsabilidades assumidas pelos municípios e pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), sendo repassados com base no histórico de produtividade.

Por outro lado, os recursos alocados para a Atenção Básica e as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária foram objeto de significativas modificações. Com essa NOB, algumas das modalidades de repasse de recursos de fundo a fundo, do ente federal para os gestores estaduais e municipais, foram alteradas com a criação de parcelas específicas, como o Piso da Atenção Básica (PAB), calculado com base em parâmetros populacionais, e o pagamento de incentivos específicos (Brasil, 1996).

Os incentivos mencionados dizem respeito ao financiamento dos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, enquanto que o custeio da Vigilância Sanitária passou a ser realizado pelo Piso Básico de Vigilância Sanitária, a partir de um valor per capita nacional, além de um índice de Valorização do Impacto da Vigilância Sanitária e a remuneração por serviços prestados de média e alta complexidade.

A vigilância epidemiológica, por sua vez, passou a contar com um Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), cujo rateio por Estado é de responsabilidade da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) (Brasil, 1996). Na prática, os repasses dos recursos federais passaram a ser realizados em três formatos: automático de fundo a fundo, no caso dos pisos per capita; remuneração por serviços prestados, no caso da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; e por convênio, no caso da vigilância epidemiológica. O recebimento dessas diferentes parcelas de recursos dependeria das novas formas de gestão, estabelecidas

pela NOB SUS 96, para Estados e Municípios, com suas respectivas responsabilidades, requisitos e prerrogativas. Os planos de saúde, os relatórios de gestão e a participação na elaboração da PPI fazem parte dessas exigências.

De qualquer forma, o planejamento em saúde tornou-se mais complexo à medida que novos instrumentos de planejamento regional (PPI) e por setores assistenciais (atenção básica, atenção de média e alta complexidade e vigilância sanitária e epidemiológica) foram definidos e implementados, além do Plano Municipal e Estadual de Saúde, com o estabelecimento de novas instâncias de pactuação, como as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT).

A partir da implementação da NOB SUS 96 e com o significativo impulso dado à municipalização e estadualização do sistema, os novos instrumentos de planejamento e integração regional foram aplicados de maneira burocrática, não se refletindo na integração regional do SUS nem na articulação entre Estados e Municípios, obstando mais uma vez a atenção integral à saúde. Além disso,

[...] as formas de gestão instituídas pela NOB 96 não permitiram a qualificação e a efetividade da atenção básica daqueles municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, nem asseguraram o papel de referência regional dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (Felicetto *et al.*, 2016).

Essas fragilidades, amplamente debatidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Ministério da Saúde, resultaram na criação da Norma Operacional da Assistência à Saúde no SUS, em 2001/2002 (MS, NOAS 01/2002), que buscou estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de maior equidade de acesso. Assim, procurou implantar processos e instrumentos de suporte à organização de regiões de saúde, bem como propiciar o estabelecimento de compromissos intergestores para garantia de acesso a todos os níveis de serviços (Brasil, 2002).

A NOAS 01/2002 definiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como uma responsabilidade do gestor estadual, a ser realizado em conjunto com os gestores municipais, constituindo-se num instrumento de organização do território estadual em macro e microrregiões e módulos assistenciais mínimos - formados por um conjunto de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, contando com um município sede ou polo em Gestão Plena do Sistema, como referência aos demais. Também estabeleceu o Plano Diretor de Investimento (PDI) para atender às "prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional

de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos" (Brasil, 2002).

Para essa organização regional, a NOAS retomou a PPI como um importante instrumento de gestão e definiu as responsabilidades dos gestores quanto à garantia de acesso aos serviços de alta concentração territorial, com o estabelecimento de Termos de Compromisso Intergestores e sistemas adequados de referência intra e inter-regionais, através de Centrais de Regulação do Acesso. Também definiu o Pacto da Atenção Básica (Brasil, 2002).

Ou seja, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) também propôs novas atividades de planejamento, especialmente de integração entre gestores municipais e estaduais, em âmbito regional. Assim, os Planos de Saúde Municipal e Estadual devem refletir o PDR, o PDI e a PPI. Esses novos instrumentos e ferramentas exigem novas atividades de planejamento e programação de serviços de saúde, de modo a possibilitar a contratualização e oferta de ações para atendimento integral de necessidades médico-sanitárias em âmbito regional. No entanto, a NOAS não se concretizou, por diversas razões (Feliciello *et al.*, 2016), e até o final de 2003 nenhuma região havia sido homologada pelas CIB e CIT, indicando a grande fragilidade de integração entre gestores estaduais e municipais e a ausência de ações mais efetivas do gestor federal.

A partir de 2004, o Ministério da Saúde (MS) organizou oficinas sobre a Agenda do Pacto de Gestão para iniciar a discussão sobre o processo de gestão do SUS, culminando com a proposta do Pacto pela Saúde após dois anos (Machado, 2009). Em 2005, o MS publicou o "Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos", uma versão preliminar, segundo a qual deve alcançar metas sanitárias consensuadas e, para isso, deve levar a mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde, que se articulam em diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (Brasil, 2005).

O Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a) é composto por três componentes articulados e integrados:

- Pacto pela Vida, que prioriza os compromissos com o enfrentamento dos principais agravos, enfatizando a promoção da saúde e consolidando e qualificando a atenção básica;
- Pacto em Defesa do SUS, realçando os compromissos de divulgar a saúde como direito e o SUS como garantidor desse direito, além de buscar a regulamentação da EC 29;
- Pacto de Gestão do SUS, priorizando a definição clara de responsabilidades dos gestores do SUS para superar o atual processo de habilitação e fortalecer a gestão

compartilhada e solidária do SUS, bem como estabelecer diretrizes para gestão do SUS em todos os seus aspectos, incluindo: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

O planejamento é discutido em diversos momentos do Pacto pela Saúde e é, especificamente, abordado em um item (Brasil, 2006a, p.21), com enfoque tanto no planejamento regional quanto no municipal.

No que concerne ao planejamento regional, é enfatizada a utilização de ferramentas como o PDR, PDI, PPI, além dos Termos de Compromisso Intergestores, de forma semelhante à NOAS. Adicionalmente, no âmbito regional, é criado o Colegiado de Gestão Regional (CGR), composto pelos gestores municipais que integram a região de saúde e representantes do gestor estadual, cuja função é:

Instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local (Brasil, 2006a).

Além disso, o planejamento regional deve:

Expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado (Brasil, 2006a).

Portanto, o planejamento deve ser uma atividade desenvolvida através da integração dos gestores no território da região, com o objetivo de formular e promover o desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento, bem como a integração entre os gestores, incluindo: pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão; formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação; promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS; implementar e difundir uma cultura de planejamento; desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados; promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo; apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS;

promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS; promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos; promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados (Brasil, 2006a).

Adicionalmente, é proposto que a PPI seja planejada e definida de forma integrada com o planejamento regional, refletindo as prioridades estabelecidas nos planos de cada gestor, bem como os pactos de referência entre os gestores, definindo a parcela de recursos a ser destinada à população própria e referenciada (Brasil, 2006a). Finalmente, em 01 de dezembro de 2006, foi editada a Portaria do MS (Brasil, 2006b), que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, com o objetivo de:

- I. Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- II. Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
- III. Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- IV. Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- V. Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
- VI. Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e,
- VII. Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Ainda é proposta a definição dos Instrumentos Básicos desse sistema e a criação de um incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única, instituído pela Portaria Nº 376, de 16 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007). Em 2006, foi publicada a Portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro, que aprovou orientações gerais relativas aos Instrumentos Básicos do Sistema

de Planejamento do SUS. A portaria indica o Plano de Saúde, suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório de Gestão como os instrumentos básicos, estabelecendo ainda que esses "instrumentos básicos devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão" (Brasil, 2006c).

5 CONCLUSÃO

A conclusão deste estudo reafirma os objetivos gerais e específicos propostos, destacando a análise da importância do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como ferramenta de gestão em um serviço de saúde pública, especialmente durante a pandemia de COVID-19. Os resultados obtidos durante a pesquisa revelaram a eficácia e os impactos positivos do uso do PES como instrumento de gestão, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a otimização dos recursos disponíveis e a promoção da saúde da população atendida.

Ao analisar os resultados à luz da literatura revisada, fica evidente que o PES desempenha um papel fundamental na gestão pública, promovendo uma compreensão aprofundada das realidades locais e regionais, permitindo aos gestores identificar os principais desafios e oportunidades para a intervenção governamental. Além disso, a abordagem participativa do PES fortalece a legitimidade e eficácia das decisões tomadas, promovendo a transparência e a governança participativa.

É importante reconhecer as limitações do estudo, apontando possíveis áreas para futuras pesquisas e melhorias. No entanto, as contribuições deste trabalho para a área de estudo são significativas, destacando a importância do PES na gestão de crises e emergências de saúde pública, especialmente durante a pandemia da COVID-19. As implicações práticas dos resultados obtidos são relevantes, destacando a necessidade de implementação efetiva do PES e o compromisso político e institucional por parte das autoridades governamentais.

Em considerações finais, este estudo reforça a relevância e o impacto do PES no campo de estudo, ressaltando a importância de sua aplicação na gestão de crises e emergências de saúde pública. Além disso, aponta possíveis direções para futuras pesquisas relacionadas ao tema abordado, indicando lacunas que ainda precisam ser exploradas, visando aprimorar e expandir o conhecimento sobre o uso do PES na gestão pública.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. **Novos rumos da regionalização da saúde: O Complexo Regional da Saúde no Estado de São Paulo/Brasil.** In: ENCONTRO DE GEOGRAFIA DA AMÉRICA LATINA, 12., 2008, Montevideu. Anais eletrônicos... Montevideu: Observatório Geográfico da América Latina, 2008. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaregional/10.pdf>. Acesso em: 18 maio 2024.
- ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** In: OFICINA SOCIAL Nº 3: Desenvolvimento Social. Rio de Janeiro: COPPE UFRJ, 2000. p. 25.
- BAGGIO, M. A.; VIANA, J. P. Planejamento estratégico situacional aplicado à saúde pública na pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, e43400, 2021.
- BARZELAY, M. **The new public management: improving research and policy dialogue.** University of California Press, 2001.
- BEHN, R. D. The new public management paradigm and the search for democratic accountability. **International Social Science Journal**, v. 47, n. 3, p. 365-383, 1995.
- BHASKAR, S. *et al.* Transforming Public Health Surveillance During Covid-19 Pandemic: Adaptation, and Innovation in Monitoring and Evaluation. **JMIR Public Health and Surveillance**, v. 7, n. 3, 2021.
- BLANCO, H. **Planejamento Estratégico Situacional: em busca de uma teoria geral.** Brasília: ENAP, 1994.
- BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 1 de maio de 2024.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 22 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 1 de maio de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica-SUS 01/93. Brasília, 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 18 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/92. Brasília, DF, 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRASIL. **Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995**. Dispõe sobre as normas para a execução do Piso de Atenção Básica (PAB) e a transferência de recursos financeiros para as ações de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 set. 1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996**. Publica a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 nov. 1996. Seção 1, p. 27833. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/nob.pdf>. Acesso em: 18 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos - versão preliminar**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 dez. 2006b. Seção 1, p. 94. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=198594>. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos Instrumentos Básicos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de dezembro de 2006c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 376, de 16 de janeiro de 2007**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jan. 2007. Seção 1, p. 36. Disponível em: <http://ses.saude.am.gov.br/planeja/doc/PT372-2007.pdf>. Acesso em: 1 de maio de 2024.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 57, n. 1, p. 5-36, 2006.

CUNILL GRAU, N. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: lições e propostas**. Brasília: Ipea, 2010.

FELICIELLO, D. *et al.* (org.). **Contratualização de serviços de saúde**. Campinas, SP: NEPP/UNICAMP, 2016. AGEMCAMP, Campinas SP, 2016. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/4008341434716e4771d69a8dde17e193.pdf>. Acesso em: 18 maio 2024.

FERREIRA, M. K. B. **As novas configurações da Gestão Pública: comunicação, conhecimento e pessoas**. São Paulo: Unesp, 2012. Disponível em: <http://www4.faac.unesp.br/publicacoes/anais-comunicacao/textos/34.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2024.

INGRAM, H.; SCHNEIDER, A.; DELEON, P. Social construction and policy design. In: SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. Routledge, 2007. pp. 93-126.

LIDA, I. Planejamento estratégico situacional. **Production**, p. 113-125, 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65131993000200004&script=sci_arttext. Acesso em: 15 de maio de 2024.

LIMA, P. D. B. **Excelência em Gestão Pública**. Recife: Fórum Nacional de Qualidade, 2006. Disponível em: https://www.infoescola.com/administracao/_gestao-publica/. Acesso em: 31 de maio de 2023.

MACHADO, C. V. **Pacto pela Saúde: um estudo sobre a construção de uma agenda para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Planejamento em saúde pública: transportes para enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, e00068820, 2020.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2ª ed. (2 Tomos). Brasília: EPEA, p. 554, 1993a.

MATUS, C. **O Método do Planejamento Situacional**. Brasília: Ipea, 1993b.

MATUS, C. **Adeus, senhor Presidente**. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 3ª ed. Brasília: Ipea. 1997.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. Strategy Safari: a guided tour through the wilds of strategic management. **Simon and Schuster**, 1998.

PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 767-782.

RODRÍGUEZ, J. **Teoria do agir estratégico: uma introdução à metodologia do planejamento estratégico situacional**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. EDUFBA. Salvador, 2010.

VILASBÔAS, A. L. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004.