

Planear estrategicamente: a prática no SNS

ISABEL CRAVEIRO
PAULO FERRINHO

Parte-se de uma abordagem evolutiva do conceito de planeamento estratégico, tendo como objectivo compreender qual(quais) a(s) forma(s) que assumiu no contexto português. Com base numa amostra não probabilística de agentes situados nos níveis central, distrital e local das decisões do SNS entre 1995 e 1999, ou seja, através dos discursos directos dos principais intervenientes na elaboração dos documentos sobre as estratégias de saúde para Portugal, apresentamos o panorama do planeamento das estratégias, com as suas forças e fraquezas. A análise efectuada assentou em quatro aspectos: 1) perceber se e/ou quem efectivamente planeou, qual a participação dos diferentes níveis do sistema no processo e como é que essa participação aconteceu; 2) aferir acerca do tipo de relação entre os aspectos políticos e técnicos do planeamento; 3) entender a quem, que estruturas e que actores, coube a coordenação de todo o processo de planeamento estratégico; 4) saber quais os constrangimentos existentes à prática do planeamento estratégico.

□

Isabel Craveiro é socióloga, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, e Centro de Malária e de Outras Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Paulo Ferrinho é professor auxiliar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, e Centro de Malária e de Outras Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

1. Introdução

Importa começar por compreender o conceito de planeamento estratégico. Para Mintzberg (1994) planear pode ter vários significados, consoante distintos autores. Assim, para uns significa pensar no futuro, para outros controlar o futuro e para outros ainda tomar decisões. Um exemplo do que fica afirmado é Green (1992), quando o define como «um método para tentar assegurar que os recursos disponíveis agora e no futuro sejam usados da forma mais eficiente por forma a obter objectivos explícitos».

Mas Mintzberg propõe que se veja o planeamento como o equivalente a tomar decisões de forma integrada, ou seja, um procedimento formalizado para produzir um resultado articulado, sob a forma de um sistema integrado de decisões. E o planeamento terá um carácter estratégico quando existe um plano, ou uma direcção, um caminho para o futuro. Mas a estratégia está também relacionada com a existência de um padrão, isto é, consistência de comportamento. Apesar disto, admite que, embora exista um pensamento estruturante, existe igualmente necessidade de adaptações na caminhada.

Em termos de desenvolvimento do planeamento estratégico na última década, constata-se ter havido um relativo pouco sucesso, por comparação com as expectativas colocadas no potencial do planeamento estratégico. Analisando experiências de sistemas de planeamento estratégico em departamentos públicos em vários países, chega-se à conclusão de que é a

motivação dos indivíduos que detêm o poder no sistema que determina o tipo de abordagem ao planeamento estratégico e, consequentemente, o tipo de resultados conseguidos (Bunning, 1992; Mintzberg, 1994).

Em Portugal, o passado do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi marcado por um tipo de «planeamento central», elaborado em forma de colaboração entre o Departamento de Estudos de Planeamento da Saúde (DEPS) e outras direcções centrais do Ministério da Saúde.

Definiam-se «grandes planos integrados» para várias zonas do país, assim como a organização das estruturas de saúde. Este tipo de planeamento foi alvo de críticas variadas, nomeadamente porque se manifestava em produção legislativa, mas «não acontecia nada ou acontecia pouco no terreno».

Entre 1995 e 1999 assistiu-se a um esforço no sentido de definir estratégias e metas para a saúde em Portugal, surgindo um resultado inovador neste processo. Pela primeira vez existe em Portugal uma estratégia para a saúde, uma estratégia clara, escrita, explícita, contemplando mudanças no sistema do SNS, que tem como um dos seus objectivos principais conseguir ganhos em saúde, e aprovada pelo Conselho de Ministros e por todos os partidos representados no Parlamento (Portugal, 1996, 1997, 1999a, 1999b e 1999c).

Neste contexto, é nossa preocupação principal perceber quais os processos subjacentes à elaboração dessa estratégia.

2. Discursos directos

De acordo com os objectivos do estudo, investigámos a opinião de uma amostra não probabilística de agentes situados nos níveis central, distrital e local das decisões no SNS e que estiveram envolvidos no desenvolvimento dos documentos sobre as estraté-

gias da saúde para Portugal (nomeadamente Portugal, 1999b). Assim, toda a investigação se centra nos discursos directos destes intervenientes (*Quadro I*).

Concretamente, realizámos um total de 18 entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. As entrevistas foram conduzidas durante 1999, assegurando-se e mantendo a confidencialidade das respostas. Nos casos em que esta identidade é perceptível procurou-se autorização do entrevistado para tal eventual quebra de confidencialidade. Os dados foram trabalhados segundo a técnica de análise de conteúdo, um «instrumento polimorfo e polifuncional» (Bardin, 1998).

A visão que se obtém é limitada porque se restringe a alguns dos actores que participaram no processo que se pretende descrever. Não inclui, pois, as percepções daqueles que poderiam ter gostado ou não de participar e não participaram. É também limitada pela natureza qualitativa do estudo.

Na análise não se procura quantificar a informação, mas antes aprofundar a percepção de como se processou o planeamento no SNS português que levou ao documento sobre estratégias da saúde, tentando perceber se e/ou quem efectivamente planeou, qual a participação dos diferentes níveis do sistema no processo e em que termos essa participação aconteceu; o tipo de relação entre os aspectos políticos e técnicos do planeamento; a quem, que estruturas e que actores, coube a coordenação de todo o processo de planeamento estratégico; e os constrangimentos existentes à prática do planeamento estratégico.

Utilizámos ainda o «mapa cognitivo», que é um processo de explicitar as relações complexas entre situações e factos através de *loops* interligados. Segundo McKenzie, consiste em «[...] a way to get information chaos down on paper and explore the consequences» (McKenzie, 1996). O autor considera que a construção dos mapas dos *loops* fornece uma capacidade adicional de analisar as actividades caóticas numa

Quadro I
Número de entrevistas realizadas segundo o nível do SNS

Nível do SNS	Entrevistas realizadas
Nível local	3 entrevistas realizadas a coordenadores de sistemas locais de saúde (SLS)
Nível regional e sub-regional	5 entrevistas a 3 coordenadores de sub-regiões de saúde, a 1 presidente de uma ARS e a 1 responsável de uma agência de contratualização
Nível central técnico	Entrevistas ao director do Departamento de Planeamento e ao responsável das «contratualizações», ambos da DGS, e responsável do INA
Nível central político	7 entrevistas a 4 subdirectores-gerais da Saúde, ao director-geral de Saúde, à ministra da Saúde e ao Parlamento

determinada organização ou sistema. Ou seja, este não é apenas um instrumento valioso para explorar ideias, pode ser também «uma força política poderosa». Ao construirmos um mapa cognitivo, é possível utilizar o suporte informático como forma de trabalhar os dados; porém, optámos por elaborar os nossos mapas cognitivos manualmente, fazendo isoladamente cada um dos mapas e depois confrontando o resultado.

As dimensões do processo de planeamento estratégico descrito no ponto anterior estão inter-relacionadas. Nestas interacções são identificáveis *loops* que são fonte de estabilidade para o processo em estudo ou que desestabilizam o processo; isto mesmo pode

constatar-se ao analisar os mapas cognitivos apresentados.

3. Planeamento das estratégias

3.1. Vinte e uma definições

No SNS não existe um pensamento coerente sobre o que é o planeamento estratégico. É visto como um processo que leva à definição de estratégias. Para além desta percepção muito geral, é possível identificar nestes 18 entrevistados 21 definições diferentes de planeamento estratégico (*Quadro II*).

Quadro II Definições de planeamento estratégico

O planeamento estratégico (PE) é definido de acordo com os seus objectivos (5 definições), de acordo com o processo (8 definições), de acordo com a sua abrangência (6 definições). E há ainda os que consideram não existir PE (2 definições).

De acordo com os *objectivos*, os entrevistados deram-nos as seguintes definições:

1. O PE tenta dar resposta a políticas e «sem uma base política, sem opções políticas de fundo, não é possível haver planeamento estratégico.
«[...] se não houver política, tudo o resto é mais ou menos simbólico [...] depois, claro que é identificar necessidades, estabelecer prioridades, desenvolver instrumentos, construir equipas, calendarizar projectos, avaliar idealmente.»
«Um verdadeiro planeamento estratégico tem [...] de ter o que se chama uma política, um compromisso político acerca do que vamos fazer, para depois tecnicamente definirmos o que iremos fazer.»
2. «O PE naturalmente tem origem no programa de governo, que define as grandes orientações, que depois o Ministério nos seus diferentes níveis vai tentar concretizar, claramente.» O PE dá resposta à necessidade de se saber «para onde vamos e o que queremos atingir».
3. O PE tenta dar resposta às necessidades identificadas num diagnóstico da situação, «planeando-se no sentido de as suprimir».
«O planeamento estratégico implica diagnóstico dos problemas e a priorização, e em termos de diagnóstico melhorámos muito nos últimos três anos [...]»
4. O PE tenta alcançar «objectivos estratégicos [...] [isto é] que influenciam toda a estrutura do sistema, e não uma mera situação do dia a dia ou do ano».
5. O PE resume-se a uma aprendizagem na medida em que o que se fez não foi mais do que uma primeira experiência de planear.
«E, de resto, todos estes processos de planeamento da reforma e isso são processos em que nós estamos a aprender [...] estamos a fazer aqui uns primeiros exercícios.»

De acordo com o *processo*, os entrevistados deram-nos as seguintes definições:

1. O PE é um processo emergente.
«Não existiu um ‘planeamento intencional’ ao nível do que se chama contratualização. As coisas foram surgindo, não houve um planeamento ‘à cabeça’, as coisas foram surgindo e o conceito foi sendo introduzido aos poucos, como sempre acontece nestas coisas.»

(continua)

2. As estratégias não foram formalmente planeadas, mas evoluíram de um conjunto de orientações iniciais. «[...] não começou com um plano, começou com um conjunto de orientações.» O processo aconteceu de forma evolutiva e ao fim de dois anos aquelas orientações foram consideradas «uma estratégia muito clara e muito explícita», ou melhor «nem sempre explícita, mas muito clara».
3. O PE é um plano, produzido por um núcleo de pessoas, com um «pensamento estratégico».
4. O PE é «um trajecto, não vale a pena dizer que isto devia ser assim. Estamos de acordo, é importante dizer que é para ali, mas temos de identificar o caminho para lá chegar [...] Pela primeira vez em Portugal há planeamento porque há uma estratégia escrita [...]»
5. Planear-se estrategicamente prende-se com o envolvimento de «outros serviços e instituições em que as estratégias tenham de ser sincronizadas», por forma a tirar a maior rentabilidade dos processos.
6. Planear estrategicamente «é [...] construir um cenário de curto e médio prazo onde se vai explicitar qual o compromisso de cada um desses objectivos de curto e médio prazo [...]»
7. O PE «é um processo negociado» com vários interlocutores, a saber, primeiro-ministro (teve um carácter mais de «apresentação» do que de negociação), colegas do governo e parceiros, englobando todos os partidos políticos.
8. Depois de se terem ouvido os diferentes agentes do sector da saúde, toda a estratégia de saúde foi definida na sequência de «uma ampla reflexão interna» e de «uma ampla participação». Ou seja, foi resultado de «[...] estudo, reflexão, empenho e dedicação de muita gente que pensa e sabe pensar sobre saúde».

De acordo com a *abrangência*, os entrevistados deram-nos as seguintes definições:

1. O PE é abrangente, tem horizontes temporais mais alargados (5 anos) e constitui-se como um ponto de referência, pois aponta «as grandes orientações para o sector da saúde no seu todo».
2. O PE é «um planeamento de grandes linhas, que vai por vectores que se consideram essenciais e é isso que se tentou fazer e se tem reforçado [...]».
3. PE «é, no fim de contas, dizer o que compete ao público e o que compete ao privado, o que compete ao sector social [...]».
4. O PE debruça-se sobre problemas como «como é que se faz a coordenação entre planeadores e o Ministério das Finanças, que é quem decide o orçamento?»
5. O PE deve definir estratégias em conceitos simples e claros. «[...] o que é estratégico é aquilo que pode ser escrito numa parede com um pincel, poucas palavras e conceitos muito claros.»
6. O PE deve ter um carácter contextual. «Qualquer mudança que se pense que não leve em consideração a cultura e as pessoas naturalmente que está condenada ao fracasso.» Ou seja, ao planear as mudanças é necessário ter uma visão abrangente, não fazer cópias de processos seguidos noutros países, mas antes ter em conta os nossos próprios princípios e a nossa conjuntura.

O PE não existe.

Algumas das definições avançadas questionam a existência do PE ou por que dizem que não é praticado no SNS português ou ainda por que:

1. O PE planeia «como organizar a vertente do financiamento para (a saúde), como planear os investimentos (na saúde), como planear a operacionalização desta estratégia para atingirmos aqueles objectivos. *Chama-se a isto planeamento estratégico*. Acho que se chama planeamento para a estratégia, nas diferentes vertentes, chamar a isto planeamento estratégico [...] só porque, obviamente, está centrado e assenta na estratégia. Talvez...»
2. «Existem várias correntes, existem várias teorias e há uma coisa que são as linhas estratégicas que orientam no fundo as políticas e as decisões em cada uma das áreas e aqui estamos a falar em estratégia, não estamos a falar de planeamento, estamos a falar em linhas estratégicas, falamos de uma estratégia.»

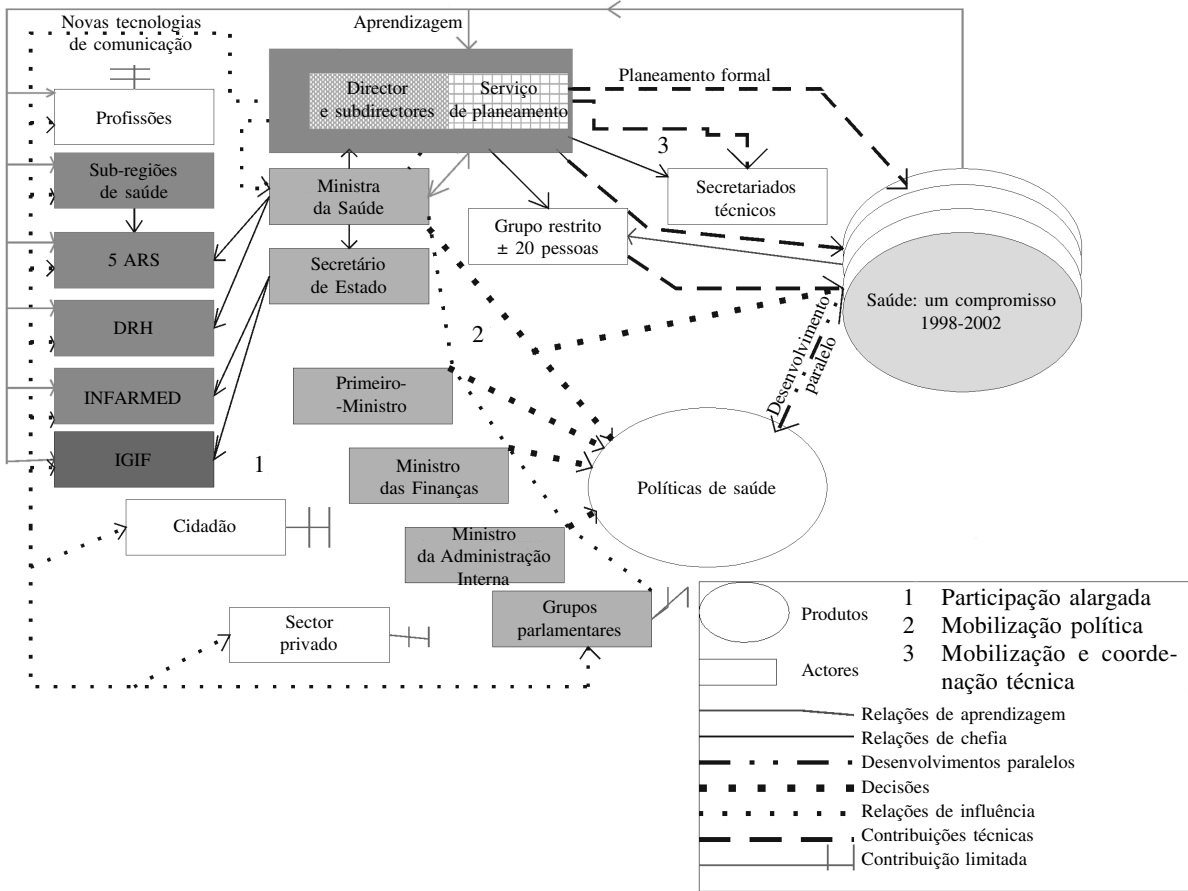
Esta falta de consenso conceptual reflecte, provavelmente, a falta de tradição estratégica no SNS. Este trabalho pode, pois, contribuir para o esclarecimento de uma forma de fazer «à portuguesa», prática esta que deverá ser melhorada, tendo em conta o trabalho teórico que se tem feito com referência a este assunto.

3.2. Os principais actores

A *Figura 1* é um mapa cognitivo dos principais actores do processo de planeamento estratégico. Este mapa cognitivo identifica os três principais grupos de actores — administradores do SNS (grupo 1

no mapa), políticos (grupo 2) e actores técnicos (grupo 3) — e a forma como interagiram, levando a dois produtos complementares: políticas de saúde e estratégias de saúde. O envolvimento dos administradores do SNS, assim como das profissões e do cidadão, representa uma tentativa de um processo participado. O envolvimento dos actores políticos representados no mapa representa um esforço de mobilização política de apoio ao processo de planeamento da reforma. A representação dos actores técnicos apresenta o protagonismo de um grupo restrito de planificadores apoiados por secretariados técnicos, minimizando a participação dos quadros técnicos da DGS. Comum a todos estes actores foi a oportunidade de aprendizagem representada por este esforço.

Figura 1
Actores, processos e produtos do planeamento estratégico



3.3. O processo de planeamento estratégico

O *Quadro III* sumaria os principais processos que definem como se planejaram as estratégias entre 1995 e 1999.

O segundo mapa cognitivo (*Figura 2*) tem o seu foco de análise no próprio processo de planeamento. Ou seja, ambos os mapas foram construídos reportando-se aos mesmos resultados de investigação, culminando em mapas diferentes, mas profundamente complementares em termos de visão de um mesmo processo.

O mapa cognitivo é constituído por *actores* intervenientes no processo e é atravessado por diferentes *eixos*, correspondendo a *loops* de influência positiva, negativa ou mista. Destacam-se desde logo no mapa dois aspectos: por um lado, o facto de o início do processo não ter derivado de uma política de saúde definida, mas antes de um conjunto de orientações; por outro lado, o papel fundamental da DGS, consi-

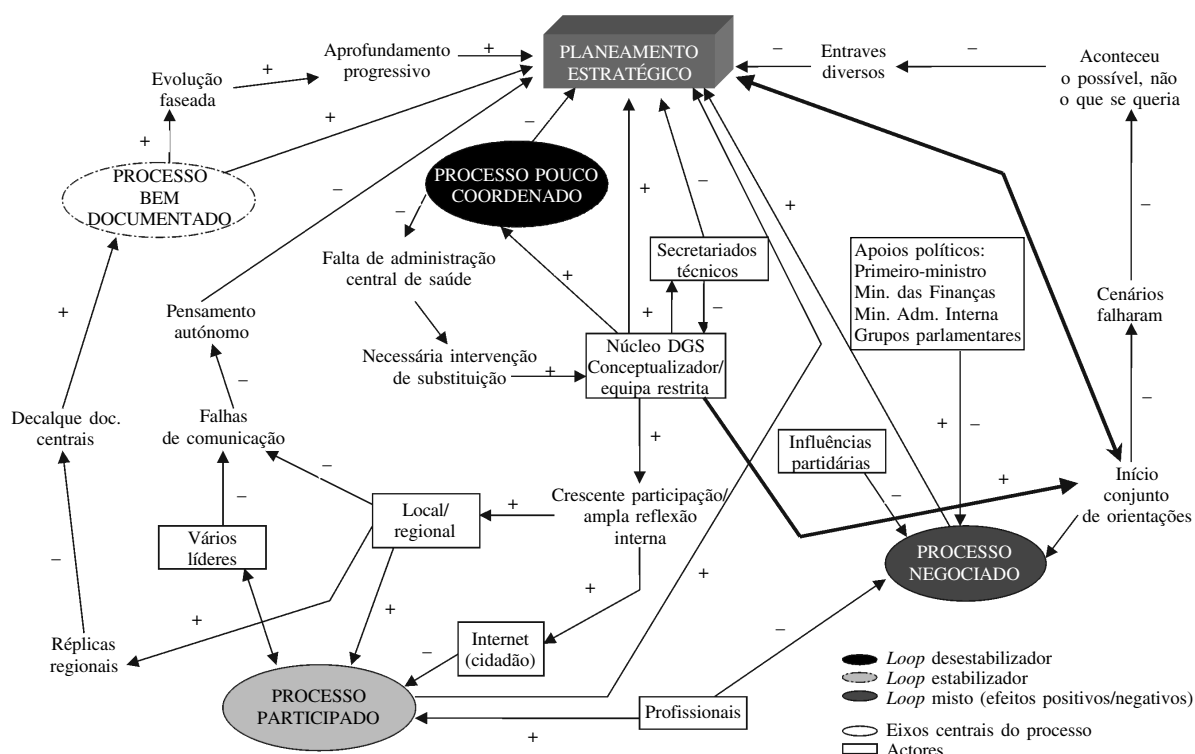
Quadro III

Quadro III

Aspectos essenciais do planeamento estratégico no SNS entre 1995 e 1999

1. Respeito pela cultura nacional
2. Uma ampla reflexão interna
3. Consideração de cenários alternativos
4. Aprofundamento progressivo
5. Uma equipa restrita
6. Um processo participado
7. Envolver as instituições do SNS a todos os níveis
8. Mobilização de apoios políticos
9. Não hierarquização do processo
10. Um processo coordenado
11. Dar peso à informalidade
12. Um equilíbrio entre o político e o técnico
13. Um processo negociado
14. Anarquia criativa
15. Uma aprendizagem contínua
16. Uma abrangência limitada
17. Fazer e avaliar
18. Um processo bem documentado

Figura 2
Mapa cognitivo do processo de planejamento estratégico 1995/1999



derada o núcleo responsável pela concepção do processo, tendo este sido iniciado numa equipa restrita. Assim, o planeamento estratégico divide-se em 4 eixos centrais: um processo bem documentado; um processo pouco coordenado; um processo negociado; um processo participado. Cada um deles constitui um determinado tipo de influência em termos do processo total de planear estrategicamente, correspondendo, *grosso modo*, a *loops* positivos, negativos ou mistos. Resumidamente, apresentamos a explicação para cada um destes eixos do processo:

1. Unanimemente considerado um processo bem documentado, existem pela primeira vez um plano estratégico e vários documentos escritos, constituindo desta forma uma influência indiscutivelmente positiva no processo. Embora as contribuições recebidas dos níveis local e regional não tenham primado pela inovação, sendo mesmo na maior parte das situações decalques dos documentos enviados centralmente, a verdade é que este é um aspecto que no geral pode ser considerado um avanço em termos de participação dos diferentes níveis do sistema.
2. O processo foi pouco coordenado, tendo esta característica repercussões negativas no próprio planeamento estratégico, dado que a não articulação de actores e ideias dificultou muito a concretização de medidas e uma maior rapidez na evolução de todo o processo. Esta falta de coordenação foi colmatada fundamentalmente pela DGS, tendo esta indiscutivelmente um papel positivo em todo o planeamento estratégico. A DGS foi chamada a intervir neste âmbito devido à falta de uma administração central de saúde, que teria um papel agregador, que neste momento não existe. Os secretariados técnicos, pensados positivamente como forma de contornar a rigidez do sistema, contribuindo com ideias inovadoras, acabaram por ter um papel discreto, para não dizer muito apagado.
3. O processo negociado, na medida em que foram necessários apoios políticos variados, sofreu as influências partidárias próprias destes processos de cariz político e foi alvo ainda das influências dos diferentes grupos profissionais, nem sempre coequentes nas mudanças pretendidas. Apesar de este aspecto negocial inerente ao processo de planeamento ser o principal responsável por ter acontecido o possível, não o pretendido, consideramos positivo o processo ter esta vertente de abertura suficiente para integrar a negociação no planeamento estratégico. São estas características que na nossa óptica contribuem para este ser um *loop* misto.
4. São vários os aspectos que contribuem para o processo ser participado: por um lado, a participa-

ção dos diferentes níveis do sistema, a contribuição activa de muitos profissionais e a consulta aos cidadãos, nomeadamente através da Internet (embora os índices de participação tenham sido diminutos). Porém, duas situações concorreram para atribuir uma carga negativa em termos de participação, traduzidas nas falhas de comunicação detectadas: por um lado, os vários líderes existentes no processo e, por outro lado, as dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis do sistema. Ambos os aspectos contribuíram para que houvesse algum «pensamento autónomo», com implicações negativas para o planeamento estratégico.

3.4. Obstáculos

Este processo parece ter enfrentado limitações muito concretas, nomeadamente a sujeição a entraves (*Quadro IV*) que o impediram de prosseguir consoante a visão dos actores envolvidos.

«Ora bem, nós tentamos criar os factos, mas não conseguimos chegar ao ponto de rever a importância política da saúde, ou seja, assumir a necessidade de serem precisos alguns conflitos intrapartidários, sociais, etc.»

3.5. Impacto

Depois de tudo o que ficou acima escrito acerca da problemática do planeamento estratégico, parece-nos óbvia a questão seguinte, que se prende com saber afinal qual o *impacto* que esse planeamento teve no sistema de saúde e/ou no processo de reforma empreendido. Saber quais os aspectos realçados pelos entrevistados, que importância lhe atribuem os actores em análise, como sentiram eles a presença desse «instrumento» chamado planeamento estratégico.

É reconhecido que a existência de planeamento estratégico teve diversas implicações para as estruturas do sistema. Um dos entrevistados começa por apontar a importância de se conseguir fazer perceber os efeitos positivos da mudança, criando «uma sensação de movimento», com reflexos práticos. De contrário, a questão é «de tal forma teórica que é como se não existisse», ou seja, não basta o «mandamento legislativo» ou a formulação das políticas.

Outros impactos identificados pelos entrevistados incluem:

- Fomentar a «prestação de contas» quanto ao desenvolvimento e cumprimento que se consegue dar às orientações estratégicas;

Quadro IV**Alguns dos entraves a um planeamento estratégico inteiramente racional**

-
- Quanto ao processo de reforma em análise, *o governo explicitamente subestimou a importância da saúde*, tendo conduzido mesmo a um duplo não investimento no sector: por um lado, não investiu em termos financeiros e, por outro lado, não investiu politicamente, na medida em que não esteve disposto a enfrentar conflitos. Esta situação levou mesmo a que em termos políticos a ministra tenha ficado «prisioneira da sua lealdade para com a estratégia política do governo».
 - Quanto ao «sistema político», *este não tem uma política de saúde nem mecanismos para a realizar*, «depende sempre do poder, o pensamento está no poder, não há pensamento fora do poder». Esta situação acaba por criar problemas, até porque como nos recorda um dos entrevistados, o poder corrói muito. Mas a falta de pensamento estratégico não se resume ao partido do governo, parece ser um fenómeno mais abrangente: «De uma forma geral, não existe nenhum pensamento estratégico em nenhum partido político sobre nenhuma política social [...]»
 - As alterações verificadas não estão necessariamente inseridas numa política de saúde mais alargada, definida centralmente.
 - Ainda em termos políticos, *o facto de a ministra ser independente é considerado trazer vantagens e desvantagens*. Vantagens porque permitiu que conseguisse um conjunto de técnicos e personalidades de todo o espectro político. Desvantagens na medida em que a retaguarda político-partidária ficou «desguarnecida» e esse tipo de apoio é importante em qualquer processo de mudança. Mas a ministra conseguiu intervir muito bem ao nível dos departamentos centrais, onde «claramente escolheu a sua equipa», chegando mesmo a fazer algumas escolhas a nível de ARS e administrações hospitalares e de CS. Porém, esta situação varia de região para região, consoante a distribuição dos seus «aliados». Neste sentido um dos entrevistados colocou a questão de uma forma que consideramos pertinente, falando do «mapa político» por referência a essa distribuição de «aliados».
 - Um dos constrangimentos mais realçados prende-se com *a fragilidade analítica do próprio sistema*. Este facto aponta para a necessidade de fortalecer o sistema de informação na saúde e de desenvolver uma supra-estrutura para acompanhar o que se faz na saúde em Portugal
 - *Assistiu-se também a algumas resistências internas, ao nível dos profissionais de saúde*. Aliás, quando se pergunta aos profissionais o que é que eles sabem do processo, eles não conhecem os documentos e a reacção usual é «isto são só papéis».
 - O *sector privado* não foi chamado a participar.
 - *Verificaram-se «falhas de comunicação»*, ou seja, deveria acontecer ser o DEPS a dar as grandes orientações às ARS, que teriam a seu cargo as funções mais operacionais. Mas de facto «não é assim que acontece», pois «a fazer estratégia há várias pessoas». Por exemplo, acontece haver decisões que são conhecidas através do jornal ...
-

- Antecipar as dificuldades que poderão surgir: «[...] se não houver essa estratégia, só em situação quase de catástrofe é que certas dificuldades emergem, ao passo que com uma estratégia, se estivermos obrigados a desenvolver uma determinada linha, chegamos a um ponto do caminho e dizemos ‘nós daqui para a frente precisamos de algo mais para avançar’»;
- Permitir ter uma percepção clara das necessidades e das alterações introduzidas;
- Fomentar várias actividades de diagnóstico da situação, levantamento dos principais problemas, elenco de prioridades e tentativa de encontrar soluções;

- Pela primeira vez admitiu-se que é necessário planear tendo em conta as particularidades sentidas localmente. «[...] não se pode aqui na João Crisóstomo planear o que se passa em Bragança ou Beja, não conhecem o terreno nem as pessoas, nem os actores que lá estão.»

4. Reflexão sobre o processo estratégico

O processo estratégico aqui descrito não adopta com exclusividade nenhuma escola de pensamento sobre formulação de estratégias. A nossa percepção

do processo sugere uma prática, na sua globalidade, mais próxima das escolas de desenho e de planeamento (prescritivas — «o que deveria ser»), mas com uma grande ênfase na escola de aprendizagem (descritiva — «aquilo que é»). No entanto, o aspecto mais relevante é o eclectismo no pensa-

mento subjacente, vislumbrando-se entre os múltiplos intervenientes conceitos que os aproximam mais ou da escola do poder, ou da escola cultural, ou da escola do posicionamento, ou da escola cognitiva, ou ainda da escola ambiental (Mintzberg, 2000) (*Quadro V*).

Quadro V
Identificação de citações relevantes segundo as escolas de pensamento estratégico

Escolas de pensamento estratégico	Citações relevantes
Desenho (processo de concepção)	— «O PE naturalmente tem origem no programa de governo, que define as grandes orientações, que depois o Ministério nos seus diferentes níveis vai tentar concretizar, claramente.» O PE dá resposta à necessidade de se saber «para onde vamos e o que queremos atingir». — O PE é um plano, produzido por um núcleo de pessoas, com um «pensamento estratégico».
Planeamento (processo formal)	— O PE tenta dar resposta a políticas e «sem uma base política, sem opções políticas de fundo, não é possível haver planeamento estratégico. «[...] se não houver política, tudo o resto é mais ou menos simbólico [...] depois, claro que é identificar necessidades, estabelecer prioridades, desenvolver instrumentos, construir equipas, calendarizar projectos, avaliar idealmente.» — O PE é «um trajecto, não vale a pena dizer que isto devia ser assim. Estamos de acordo, é importante dizer que é para ali, mas temos de identificar o caminho para lá chegar [...] Pela primeira vez em Portugal há planeamento porque há uma estratégia escrita [...]» — «O documento ‘Saúde um compromisso’, no fundo, é a estratégia da saúde, é a cartilha pela qual todo o país tem de ler, e, independentemente das <i>nuances</i> locais, não podemos fugir daqui.»
Aprendizagem (processo emergente)	— «E, de resto, todos estes processos de planeamento da reforma, e isso são processos em que estamos a aprender [...] Estamos a fazer aqui uns primeiros exercícios.» — [...] um «estimulante para a acção», verificando-se mesmo «alguma anarquia criativa». — «Para lá do quadro normativo há espaço para a criatividade e para a experimentação [...] porque não temos um quadro legal para estas coisas, mas temos de ousar experimentar [...]» — «Não existiu um ‘planeamento intencional’ ao nível do que se chama contratualização. As coisas foram surgindo, não houve um planeamento ‘à cabeça’, as coisas foram surgindo e o conceito foi sendo introduzido aos poucos, como sempre acontece nestas coisas.» — Planear estrategicamente prende-se com o envolvimento de «outros serviços e instituições em que as estratégias tenham de ser sincronizadas», por forma a tirar a maior rentabilidade dos processos.
Poder (processo de negociação)	— O PE «é um processo negociado» com vários interlocutores, a saber, primeiro-ministro (teve um carácter mais de «apresentação» do que de negociação), colegas do governo e parceiros, englobando todos os partidos políticos. — A ministra caracteriza este como um «processo negociado» com vários interlocutores, a saber, primeiro-ministro (teve um carácter mais de «apresentação» do que de negociação), colegas do governo e parceiros, englobando todos os partidos políticos.

Cultural (processo social)	— «Qualquer mudança que se pense que não leve em consideração a cultura e as pessoas naturalmente que está condenada ao fracasso.» Ou seja, deixa a ideia de que ao planear as mudanças é necessário ter uma visão abrangente, mas não fazendo simplesmente cópias de processos seguidos noutros países, antes tendo em conta os nossos próprios «princípios» e a nossa «conjuntura». — Depois de se terem ouvido os diferentes agentes do sector da saúde, toda a estratégia de saúde foi definida na sequência de «uma ampla reflexão interna» e de «uma ampla participação». Ou seja, foi resultado de «[...] estudo, reflexão, empenho e dedicação de muita gente que pensa e sabe pensar sobre saúde».
Ambiental (processo reactivo)	— «A grande mais-valia é que toda a gente foi envolvida e vinculada e isto em regime aberto [...] ninguém pode dizer que estava fora do processo, todas as pessoas tiveram possibilidade de participar como quisessem [...]»
Empreendedorismo (processo visionário)	— As estratégias não foram formalmente planeadas, mas evoluíram de um conjunto de orientações iniciais. «[...] não começou com um plano, começou com um conjunto de orientações.» O processo aconteceu de forma evolutiva e ao fim de dois anos aquelas orientações foram consideradas «uma estratégia muito clara e muito explícita», ou melhor, «nem sempre explícita, mas muito clara».
Cognitivo (processo mental)	— Planear estrategicamente «é [...] construir um cenário de curto e médio prazo onde se vai explicitar qual o compromisso de cada um desses objectivos de curto e médio prazo [...]»
Posicionamento	— «Exercício de análise, de explicitação e de elaboração de documentos estratégicos relativamente ao que deveria ser [...] mas ainda não em termos de opções.»

5. Conclusões

O processo descrito neste artigo é um processo globalmente positivo, que rompe com tradições de «fazer na saúde» que têm ignorado todo um campo de conhecimentos e competências, que foram pela primeira vez sistematicamente aplicadas ao desenvolvimento de estratégias nacionais para o sistema de saúde português. Como podemos constatar da leitura dos mapas cognitivos, o planeamento estratégico conseguiu agregar uma série de contribuições positivas, que constituíram um avanço em termos da formulação explícita de estratégias de saúde.

A falta de tradição estratégica reflecte-se na não existência de um consenso relativamente ao aspecto conceptual do planeamento estratégico, que poderá indiciar uma fragilidade teórica subjacente ao processo de planear estrategicamente, indicando necessidades de formação dos gestores e administradores públicos nestas matérias. O reconhecimento por muitos dos entrevistados das oportunidades de aprendizagem durante o processo descrito pode também reflectir a novidade deste processo.

Por último, foi amplamente reconhecido que a maior limitação do processo foi a dificuldade de coordena-

ção dos diversos actores. Esta dificuldade foi atribuída à não existência de uma administração central de saúde com poderes executivos e de coordenação técnica. É também previsível que, na ausência da institucionalização do processo de planeamento estratégico, este esforço inovador venha a mostrar-se pouco sustentável.

Nota

Esta investigação foi realizada no contexto de um projecto do programa INCO DC da Direcção-Geral de Investigação da União Europeia, denominado «The practice of strategic planning in health care reform in Africa», contrato ERB — IC18 — CT 98-0342.

□ Bibliografia

- ALMEIDA, J. F.; PINTO, J. M — Epistemologia, metodologia e técnicas de investigação. Lisboa : Edições Afrontamento, 1982.
- BARDIN, L. — Análise de conteúdo. Lisboa : Edições 70, 1998.
- BUNNING, C. R. — Effective strategic planning in the public sector : some learnings. *International Journal of Public Sector Management*. 5 : 4 (1992). <http://cenesto.emeraldinsight.com>

DURAN, H. — Planeamento da saúde, aspectos conceptuais e operativos. Lisboa : Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1989.

GREEN, A. — An introduction to health planning in developing countries. Oxford : Medical Publications, 1992.

MCKENZIE, J. — Paradox : the next strategic dimension : using conflict to re-energize your business, McGraw. London : Hill Book Company, 1996.

MINTZBERG, H. — The rise and fall of strategic planning. New York : Free Press, 1994.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J. — Reflexão sobre o processo estratégico. *Revista Portuguesa de Gestão*. III série 15 : 2 (Primavera 2000) 24-33.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — «A função de «agência» : acompanhamento dos serviços de saúde». Lisboa : Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1996 (documento de trabalho, versão 2).

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Princípios e objectivos gerais : orientações imediatas para 1997. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1996.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Estratégia 1998-2002 : Metas de saúde : objectivos concretos para os serviços de saúde. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1997.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Estratégia 1998-2002 : Documento para uma consulta alargada. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999a.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Saúde um compromisso : uma estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999b.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Breviário dos sistemas locais de saúde. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999c.

STAKE, R.E. — Case studies. In DENZIN, N., LINCOLN, Y., ed. — Handbook of qualitative research, 2nd ed. London : Sage Publications, 2000, 435-454.

□ Summary

STRATEGIC PLANNING : ITS PRACTICE IN THE PORTUGUESE NHS

The article begins with an evolutive approach to the concept strategic planning, in order to understand how it was adopted in the Portuguese context. Based on a non probabilistic sample of actors placed at the central, district and local levels of the decision processes in the NHS, for the 1995-1999 period, we present a view of the planning of the strategies, its strengths and weaknesses. The analysis was based on four main aspects: 1) to understand if and/or who really planned, what was the participation of the different levels of the system and how it happened; 2) to verify the relations between the political and technical aspects of planning; 3) to understand whom, which structures and which actors have co-ordinated the complete strategic planning process; 4) to know the constraints to the practice of strategic planning.