

UNIDADE 3

MÓDULO 4

3 NOÇÕES BÁSICAS DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A estruturação do processo de trabalho da equipe de saúde da família tem seu início a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas que compõem esse território, cadastramento das famílias e utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Cabe à equipe de saúde da família identificar os problemas de saúde no território sob sua responsabilidade. Com base nessas informações, deve, em conjunto com a comunidade, realizar o planejamento e a programação local das ações de saúde, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas.

Objetivos de Aprendizagem:

- a) compreender os aspectos teóricos que dão embasamento a um planejamento estratégico participativo;
- b) compreender o planejamento estratégico participativo como um processo retroalimentado.

Você também refletirá como a equipe de saúde da família, utilizando-se de um planejamento estratégico participativo e a partir das informações de saúde local, rompe com a abordagem assistencial – centrada na demanda individual espontânea – e passa a adotar a **atenção à saúde**, pautada em propostas originadas do perfil epidemiológico da população e da identificação de seus problemas de saúde.

É importante ressaltar que esse movimento, envolvendo o planejamento e a programação de ações de saúde, realizado por toda a equipe de saúde da família, também influirá na concepção apresentada pelas diversas atividades de assistência, ou curativas, de promoção da saúde e de prevenção da doença.

3.1 Aspectos Conceituais

Pensar no futuro, estabelecer objetivos e encontrar os meios para alcançá-los é uma característica que diferencia os homens dos demais seres vivos. Há muito tempo, esse processo foi designado de planejamento. Entretanto, nesta unidade, não vamos falar do planejamento apenas como um processo mental individual, mas como um processo mais amplo, participativo e focado na retroalimentação.

Já que estamos falando em equipe de saúde da família, é importante conceituar também o termo organização, que de acordo com Houaiss (2009) é uma entidade que serve à realização de ações de interesse social, político, etc.; instituição, órgão, organismo, sociedade; ordenação das partes de um todo; arrumação. E, é nesse âmbito que vamos situar o planejamento. As organizações estão presentes em todos os lugares. Nós mesmos fazemos parte de organizações, que correspondem a uma associação de interesses individuais que se juntam com o intuito de alcançar objetivos, aos quais nenhum de seus membros isoladamente teria acesso.

As organizações devem ser vistas como uma forma de seus membros viabilizarem futuros almejados, aportando recursos materiais e humanos para atingir seus propósitos, por conta de seus interesses e expectativas.

O planejamento que será mostrado a você constitui-se num instrumento que busca diagnosticar a realidade, propor alternativas para transformá-la, meios para viabilizar essa transformação e oportunidades para executar as ações pensadas pelas organizações que, por sua vez, fazem com que a realidade seja novamente diagnosticada. Observe, o diagrama 18:

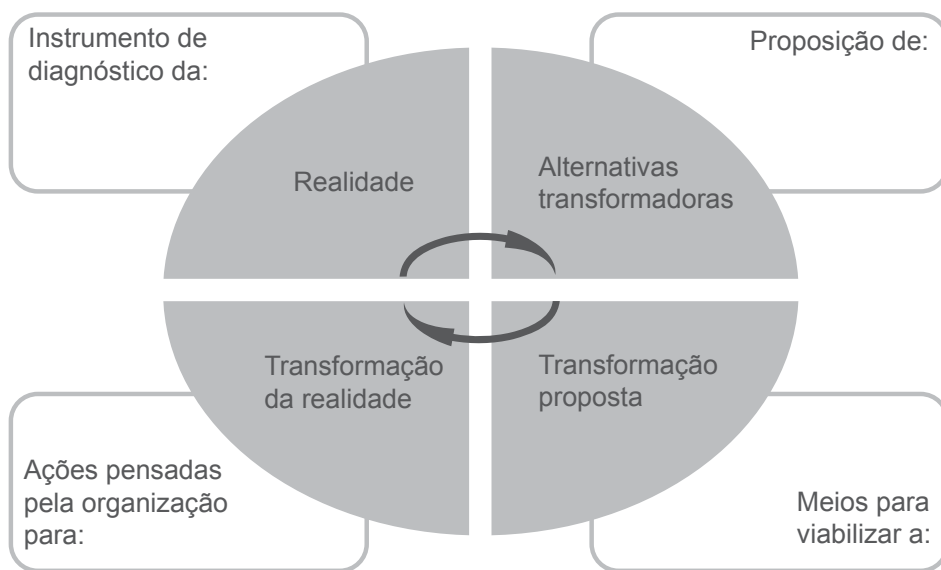


Diagrama 18: Planejamento

Na sociedade moderna, praticamente todas as atividades produtivas estão vinculadas a uma ou mais organizações. Alguns projetos sociais são tão ambiciosos e complexos que seus objetivos só podem ser atingidos se articularmos um conjunto amplo e, geralmente, de organizações heterogêneas. É o caso do Sistema Único de Saúde, que articula (Diagrama 19):

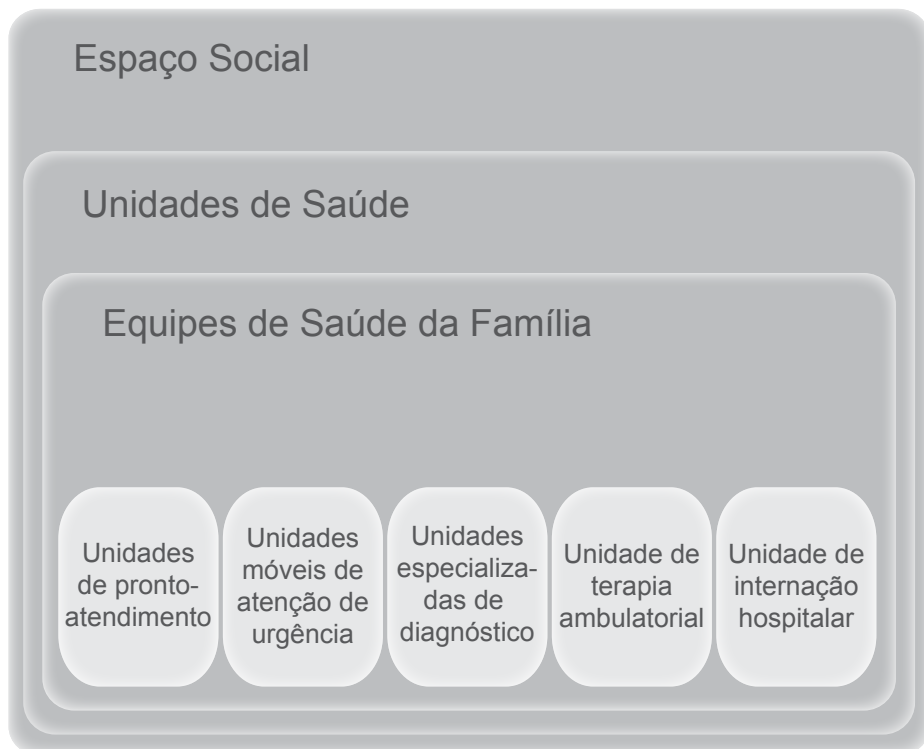


Diagrama 19: Sistema Único de Saúde

O processo saúde-doença está relacionado diretamente com o espaço social. Assim, as equipes de saúde precisam atuar de forma integral e estar integradas para promover, prevenir e recuperar a saúde. É dessa forma que se pode garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade. É evidente que o funcionamento desse complicado sistema de serviços de saúde exige um grande esforço e muita competência na sua gestão para que consiga dar conta das expectativas dos seus usuários.

O Ciclo Administrativo do Planejamento

Pode-se dizer que o planejamento faz parte do que se chama ciclo administrativo, e esse ciclo engloba um conjunto de tarefas e atividades necessárias para administrar uma organização de maneira sequencial e contínua.

O ciclo administrativo é composto por pelo menos quatro etapas, ver diagrama 20: o planejamento; a organização/desenvolvimento; a execução/direção; e o controle/avaliação, como você pode visualizar no diagrama abaixo:



Diagrama 20: Ciclo administrativo

Estratégia: maneira de agir 1 para atingir os objetivos estabelecidos.

Gestão de competências: 2 preparação das pessoas envolvidas com os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para o sucesso do plano.

O processo de **Planejamento** incorpora a ideia de definição de objetivos e a formulação de **estratégias**¹. Nesse momento, também se analisa a realidade, buscando oportunidades e ameaças, além de alianças que aumentem a capacidade de executar o plano.

A etapa de **Organização/Desenvolvimento** diz respeito à logística de disponibilizar os recursos necessários para a execução das ações planejadas no tempo oportuno e no lugar adequado. Isso inclui: a aquisição e manutenção de prédios e equipamentos; a reposição sistemática dos materiais de consumo; e a **gestão de competências**².

A etapa da **Execução/Direção** é a que incorpora o processo de tomada de decisão e a execução da ação programada, considerando permanentemente a oportunidade para executar os projetos e adaptando-os ao contexto em que a ação efetivamente acontecerá.

A etapa do **Controle/Avaliação** corresponde ao momento em que se busca garantir que as ações executadas tenham sido realizadas da maneira como haviam sido pensadas. Nessa etapa, então, analisa-se o impacto que as ações proporcionaram na realidade; dentre os objetivos e metas, verificam-se quais os que foram atingidos, e o que poderia ser modificado ou incorporado para que eficiência, eficácia e efetividade sejam garantidas no decorrer do ciclo de gestão. Todas as informações obtidas na etapa de avaliação deverão servir de base para a etapa de planejamento (primeira etapa) do novo ciclo.

Eficiência, Eficácia e Efetividade

Durante o planejamento, é indispensável que seja levado em consideração o resultado da etapa de avaliação anterior, mesmo que tenha sido trabalhada a partir de um pressuposto. É o resultado da última etapa que dará subsídios para uma nova definição de objetivos e formulação de estratégias.

Os termos eficiência, eficácia e efetividade costumam ser utilizados sem o rigor necessário para que possam ser úteis ao processo de avaliação. No entanto, para que os resultados de uma avaliação sejam bem interpretados e utilizados em um planejamento estratégico, é necessário que se faça distinção entre esses conceitos de resultados.

Trata-se de três dimensões ou critérios de avaliação da qualidade das ações ou do desempenho em qualquer âmbito ou setor:

A **eficiência** está associada à ideia de **avaliação** da relação entre os **meios** utilizados e os **produtos** produzidos. Nesse sentido, tem um **cunho econômico** e compara o desempenho de um determinado arranjo produtivo ao longo do tempo, ou de dois arranjos equivalentes em relação ao que consumiram e produziram.

A **eficácia** é um conceito que está vinculado ao **grau de atendimento** da produção com os **objetivos** e metas **previamente definidos** para o sistema. Se uma unidade da Equipe da Saúde da Família definiu que garantiria cobertura de 100% dos idosos na campanha de vacinação contra a gripe, e conseguiu vacinar apenas 70% da população nessa faixa etária, a sua eficácia nessa meta foi abaixo da esperada.

A **efetividade** é um conceito que tenta **medir o resultado mais amplo** das ações executadas. No caso de um produto, poderia ser entendida como a **satisfação do consumidor** com a sua utilização. No caso da saúde, pode ser entendida também como o **impacto social** da produção dos serviços de saúde. Se uma unidade de saúde garantiu a cobertura de 100% dos idosos na campanha contra a gripe, qual a redução no número de internações ou da mortalidade por complicações respiratórias devidas à gripe naquela população? Afinal, é para isso que se vacinam os idosos, ou seja, a cobertura vacinal – avaliada como eficácia – pode também ser efetiva se reduzir o número de idosos com gripe, complicações da gripe e os óbitos por doenças respiratórias.



Na Prática

Por falar em objetivos e metas, é preciso deixar claras as diferenças entre os dois conceitos: objetivo é um propósito, diz respeito a um fim que se quer atingir. Em geral, no processo de redação dos objetivos, são utilizadas palavras de sentido mais amplo, como “melhorar o funcionamento da ESF”. Para a efetivação dos objetivos, foram criadas as metas, que podem ser entendidas como objetivos quantificáveis.

Com metas definidas, é mais fácil avaliar a eficácia das ações que precisam ser desenvolvidas. Vejamos um exemplo:

- a) aumentar o número de consultas em 30%;
- b) implantar o protocolo de acolhimento para 100% dos atendimentos da USF;
- c) identificar 100% dos hipertensos e diabéticos e incluí-los em grupos de acompanhamento periódico.

Administração, Gerência e Gestão

Um outro conceito que deve ser lembrado para que você possa continuar seus estudos sobre planejamento estratégico participativo diz respeito às ações de administração e gestão. Administração, gerência e gestão são termos que podem ser entendidos como sinônimos. Contudo, em saúde, faz-se uma diferenciação entre os termos gestão e gerência:

Gerência: é o processo de administração de serviços próprios em que praticamente todas as variáveis internas estão sob o controle de

um administrador; por exemplo, o coordenador de uma unidade de saúde da família.

Gestão: caracteriza-se como um processo de condução de sistemas compostos por várias organizações, algumas das quais são independentes e autônomas em relação ao poder do administrador. Em saúde, está a cargo do secretário, municipal ou estadual, por exemplo, que coordena sistemas que têm muitas organizações (laboratórios, hospitais, etc.); por essa razão, a utilização dos mesmos métodos para atingir os objetivos torna-se inviável.

3.2 Aspectos históricos do planejamento na esfera pública

O planejamento, como parte de um ciclo administrativo, não é um conceito novo. Vem sendo utilizado e incrementado, em sua essência, desde o início do século passado (Diagrama 21).

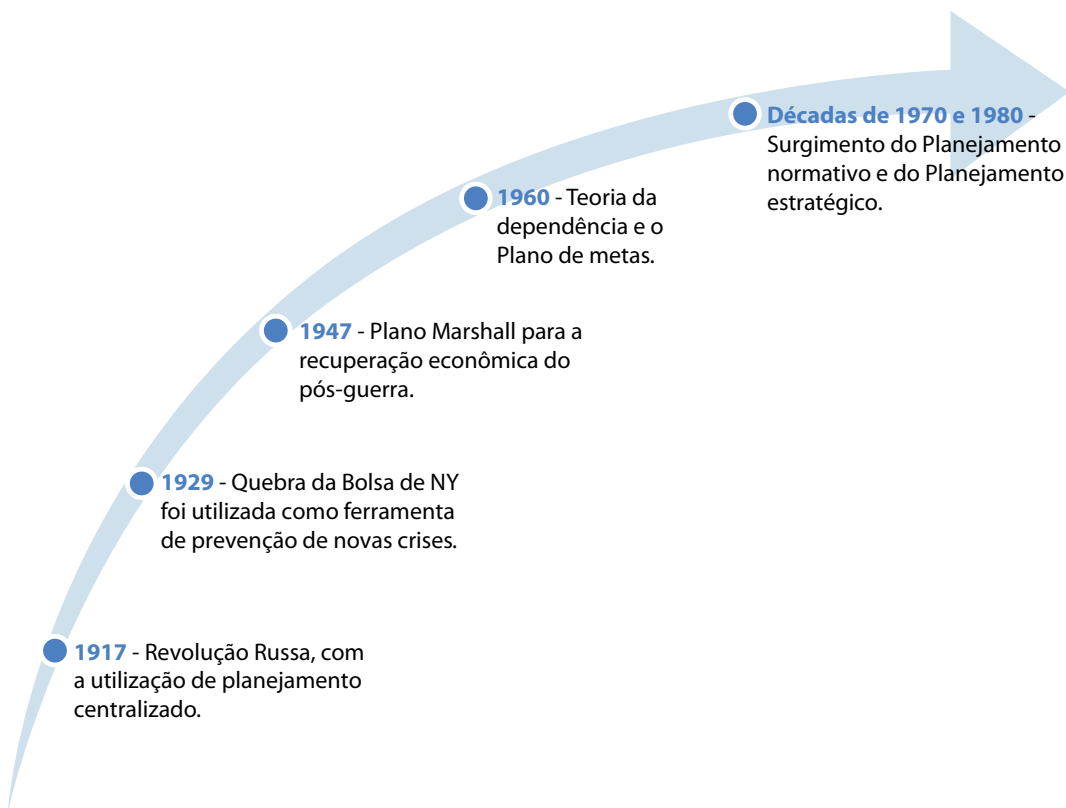


Diagrama 21: História do planejamento

Por conta disso, o planejamento público foi estigmatizado por algumas décadas, sendo associado a determinadas ideologias não compatíveis com o liberalismo econômico predominante no Ocidente.

O planejamento entendido como instrumento facilitador de grandes transformações coletivas está associado à ruptura política produzida pela Revolução Russa, em 1917. A busca de alternativas para a economia de mercado encontrou no planejamento centralizado uma solução para atender às necessidades de sobrevivência da população russa (alimentos, roupas, habitação, saneamento, energia, estradas, etc.) e **garantiu um processo de desenvolvimento rápido para a União Soviética**³.

A crise econômica mundial, expressada pela quebra da bolsa de Nova York, em 1929, mudou esta posição. Em decorrência da gravidade da situação, as autoridades políticas e os agentes econômicos passaram a aceitar um pouco melhor as ideias de intervenção do Estado na economia, especialmente a partir da divulgação das ideias de John Maynard Keynes (Figura 22), que identificou, nessa intervenção, uma das alternativas práticas para a recuperação da economia e a prevenção de novas crises.



Figura 22: John Maynard Keynes – Bibliografia.
Fonte: THE HISTORY..., 2010.



Saiba Mais

Você pode conhecer um pouco sobre Keynes, acessando: THE HISTORY of economic thought website. John Maynard Keynes. Disponível em: <<http://homepage.newschool.edu/het/profiles/keynes.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

Após a Segunda Guerra Mundial, a preocupação política e acadêmica era explicar o porquê do subdesenvolvimento endêmico do continente latino-americano. Neste cenário, o planejamento surge como instrumento de superação do desequilíbrio identificado entre a estagnação sul-americana e a grandeza das economias europeias, rapidamente recuperadas a partir da reestruturação econômica garantida pelo Plano Marshall.

Ao redor da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), órgão da ONU recém-criado, uma dinâmica produção acadêmica formulou a **Teoria da Dependência** no meio político, a qual influenciou, de forma significativa, as políticas econômicas no continente, por mais de cinquenta anos. Em síntese, esse estudo indicava que a origem do subdesenvolvimento estava na existência de um desequilíbrio perverso criado pelas relações econômicas que se davam entre países desenvolvidos (centro) e países subdesenvolvidos (periferia).

O capitalismo periférico, segundo a Teoria da Dependência, teria

como característica a tendência para a deterioração das relações de troca entre centro e periferia. Essa dependência é atribuída a uma perversa divisão internacional do trabalho, que condenaria os países periféricos a uma exclusiva e cada vez maior especialização na produção primária (agroindustrial), e à importação maciça de produtos manufaturados, tecnologicamente mais complexos e com poucos produtores. Isso geraria um déficit permanente na balança comercial e uma dependência permanente em relação às economias mais desenvolvidas.

No âmbito interno, a estrutura de classes e a ausência de interesses nacionais genuínos foram identificadas como as causas reais dos males dos países latino-americanos. A solução não seria apenas econômica, mas uma renovação das estruturas sociais através de uma revolução socialista.

A Teoria da Dependência, ao relativizar os fatores externos da dependência, contribuiu para a formulação de estratégias de intervenção sobre a situação de estagnação econômica da região. As ideias de superação da dependência por meio de mudanças na estrutura social foram abortadas pelo autoritarismo que dominou a América Latina a partir da década de 1960. Todavia, o seu principal eixo programático econômico, vinculado a um processo de substituição de importações, a partir de investimentos públicos em infraestrutura e de participação estatal em empresas, a base do nacional-desenvolvimentismo, que se disseminou na região como doutrina política e econômica, foi hegemônico e relativamente eficaz por mais de duas décadas.

As ideias “cepalinas” tinham como eixo uma intervenção deliberada na economia, visando não só a um maior direcionamento da industrialização, mas especialmente à aceleração desse processo.

Conforme pôde ser analisada, a visão de desenvolvimento dessa época tinha um viés essencialmente econômico que, entre outras razões, mostrou-se insuficiente para reverter o diagnóstico de dependência formulado pela CEPAL.

Na década de 1960, a avaliação negativa sobre os resultados dos planos de desenvolvimento econômico aplicados pelos países da região permitiu a incorporação de novas demandas e variáveis até então não atendidas pelas intervenções econômicas estatais. Incorporou-se, em parte, a preocupação com um desenvolvimento

mais equilibrado, com investimentos em aspectos do desenvolvimento social e político.

O crescimento econômico e o desenvolvimento assumem, nesse período, uma função de interdependência, exigindo transformações políticas, sociais e econômicas concomitantes. A saúde, a educação, a modernização da estrutura fundiária e da administração pública foram assumidas como elementos necessários ao desenvolvimento da região.

Na década de 1960, por conta da necessidade de qualificar a gestão das políticas sociais, a concepção e o desenvolvimento de conceitos básicos do planejamento em saúde passaram a ser priorizados. O método do Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social de Programação Sanitária (CENDES/OPS), apresentado em 1965, foi um dos desdobramentos dessa nova maneira de considerar o desenvolvimento.

Na prática, o método CENDES/OPS, apesar de assentar-se em cálculos de inspiração econômica e ser um exemplo de racionalidade normativa de planejamento, foi o primeiro instrumento de planejamento e programação sistemático aplicado pelos sistemas nacionais de saúde no continente americano.

Além de não produzir integralmente os efeitos esperados, os planos de desenvolvimento nacional implementados por muitos países da América Latina agravaram a crise fiscal e, em alguns casos, até aprofundaram a dependência da região, gerando inflação e reações populares, desestabilizando os governos democráticos e populistas que dominavam a política. O caminho para as ditaduras das décadas de 1960 e 1970 estava aberto.

O sonho da superação da dependência e de sociedades menos desiguais foi enterrado por rigorosas políticas de estabilização, internacionalização da economia e privatização, que dominaram as décadas de 1980 e 1990 em todo o continente.

Reflexão:

O que você acha de refletir um pouco sobre o assunto estudado? Antes de continuar seus estudos, analise e faça algumas anotações:

Como você vê a interferência dos movimentos histórico-sociais na sua atividade na área da Saúde?

Quais aspectos da história do planejamento ainda são relevantes para as práticas das equipes de saúde da família?

3.3 Planejamento em Saúde

Conforme você pôde aprender com base nos aspectos históricos, as propostas de planejamento eram voltadas inicialmente para a economia; gradativamente, foram ampliadas para a inclusão de setores sociais.

Na área da Saúde, os primeiros programas surgiram a partir da década de 1960, após a Reunião de Ministros do Interior dos países das Américas, ocorrida em Punta Del Leste, Uruguai, quando foi elaborada a Carta de Punta Del Leste, que influenciou o lançamento do Programa Aliança para o Progresso, formulada pela OPS. Responsável por assessorar os países na elaboração dos planos e definir orientações para a elaboração do planejamento em saúde, a OPS buscou a parceria do Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES), para a elaboração de um método de planejamento denominado método CENDES/OPS.



Saiba Mais

Você pode conhecer mais sobre a Carta de Punta Del Leste, lendo:
GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan/mar., 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

Este método, fundamentado no paradigma da eficiência do uso de recursos, tornou-se referência obrigatória para o planejamento em saúde durante quase uma década na América Latina. Trata-se de um **planejamento pautado na postura normativa**⁴, cuja principal crítica se referia ao fato de o planejador atuar como agente externo e adotar um sistema em que não se consideravam outros atores (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 1998).

O contraponto ao planejamento normativo é o planejamento estratégico-situacional surgido nas décadas de 1970 e 1980. A postura estratégico-situacional assume a realidade em um nível de complexidade muito maior. Nessa postura, sujeito e objeto se confundem, pois o sujeito é parte do todo social, assim como outros interesses que se organizam para realizar seus próprios projetos.

4 O Planejamento Normativo assume vários pressupostos em relação à realidade: a separação entre o sujeito e o objeto, a existência de uma verdade única expressa pelo diagnóstico realizado pelo planejador, a redução da sociedade a comportamentos previsíveis, a negação de outros sujeitos e resistências, a ausência de incertezas, a exclusão da dimensão política e a perspectiva fechada para o projeto a ser executado.

Para o planejamento estratégico-situacional não existe um único diagnóstico da realidade já que, cada grupo social, conforme seus valores, interesses e posição que ocupa na situação, possui seu próprio diagnóstico, a sua verdade.

Neste âmbito, o comportamento dos demais sujeitos não pode ser reduzido a respostas previsíveis ou a estímulos prévios, mas caracteriza-se pela criação de alternativas muitas vezes surpreendentes, próprias da ação humana.

Com essa presunção, a gestão se caracteriza pela incerteza; o campo em que ela transita incorpora a probabilidade do conflito e, por conta disso, o processo de planejamento só pode ser assumido como um processo aberto e sem final definido a *priori*, ver *diagrama 23*:

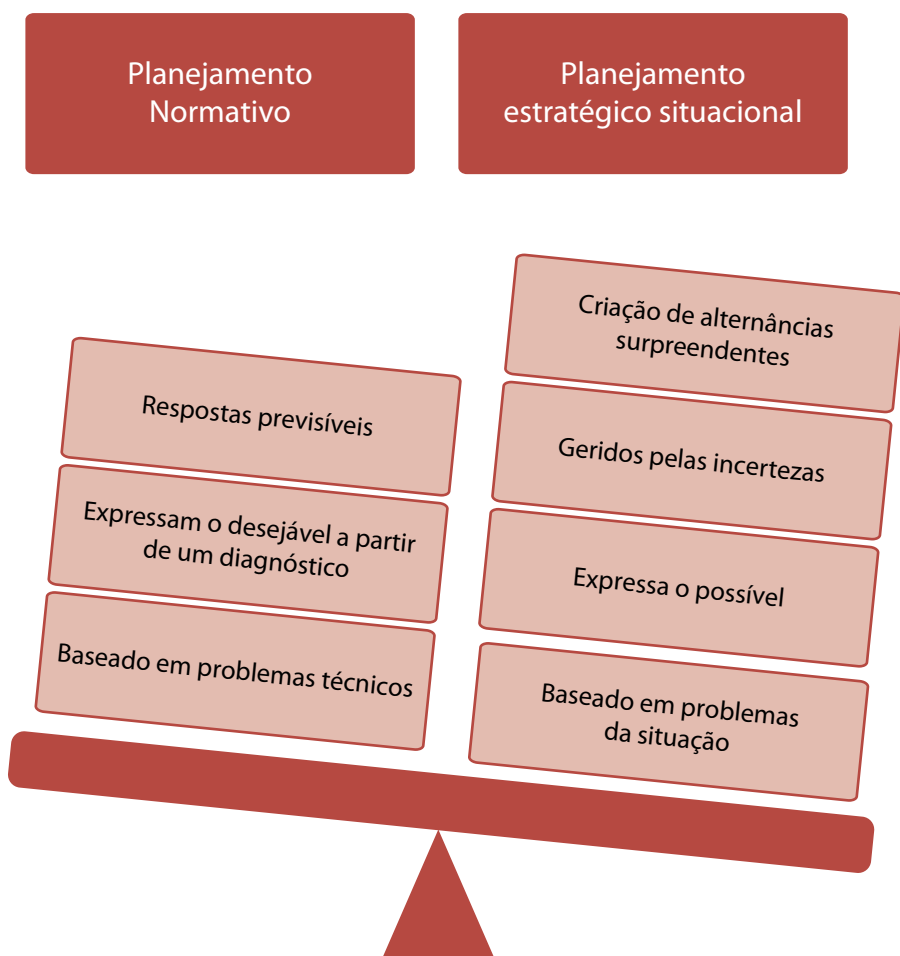


Diagrama 23: Diferenças entre planejamentos

Giovanella (1990), Santana (1997) e Rivera e Artman, (2003) salientam que os três grandes avanços do pensamento estratégico foram:

- a) reconhecer a existência dos conflitos nas relações;
- b) admitir o planejador como ator social do sistema planejado e aceitar a existência de mais de uma explicação diagnóstica;
- c) pressupor a existência de sistemas sociais históricos, complexos, incertos, que não foram bem definidos.

Na América Latina, dois teóricos se destacam: Mário Testa e Carlos Matus. A contribuição de Testa (Figura 24) se refere à formulação do pensamento estratégico amparado por muita reflexão durante todo o percurso de sua história, desde a participação na elaboração do Método CENDES/OPS.

Sua reflexão teórica parte do pressuposto de que a resolução dos problemas de saúde extrapola os limites setoriais e de que não é possível o tratamento setorial isolado de seu contexto social, assim como não é possível modificar o social só a partir de propostas setoriais. Portanto, é fundamental o reconhecimento do social como totalidade. Esta é a única maneira de se conseguir uma correta caracterização do setor e de formular propostas que o articulem com outras formulações.

São três as principais contribuições de Mário Testa para o planejamento estratégico:

- a) o diagnóstico situacional;
- b) o postulado de coerência;
- c) o poder.

Para ele, o centro da problemática estratégica é o poder que é ou pode ser exercido. Elenca, então, três tipos de poder na área da Saúde: o poder técnico, entendido como a capacidade de gerar, aprovar, e manipular informações de características diferentes; o administrativo, que é o poder de se apropriar e de alocar recursos; e o poder político, que é a capacidade de mobilização de grupos sociais na luta por suas necessidades. As formas como eles se relacionam definem o caminho que será percorrido para construir um poder de classe e o alcance da transformação necessária e objetivada. Logo, a chave do sucesso é a acumulação e consolidação do poder.



Figura 24: Mário Testa (à direita).

Fonte: PADRÃO..., 2010.



Você pode saber um pouco mais sobre Mário Testa, acessando:
PADRÃO. E. Os projetos de Montes Claros e Caruaru. **Saúde e Ciência para todos**, Rio de Janeiro, 15 ago. 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1989&sid=5>>. Acesso em: 16 mar. 2010.



Figura 25: Carlos Matus
Fonte: CARLOS ..., 2010

O Planejamento Situacional de Carlos Matus (Figura 25) surgiu da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Concebe o planejamento como um processo dinâmico e contínuo, que precede e preside a ação, e que envolve aprendizagem-correção-aprendizagem.

Sua contribuição consiste na elaboração de um método de planejamento em que ação, situação e ator social formam um todo complexo, centrado em problemas e em operações que deverão ser desencadeadas para sanar tais problemas. Ele define quatro momentos a serem seguidos:

- a) **momento explicativo:** refere-se à complexa tarefa de selecionar problemas e explicar as causas de cada um, e do seu conjunto, que marcam a situação inicial do planejamento;
- b) **momento normativo:** caracteriza-se pela elaboração do desenho das ações a serem desenvolvidas;
- c) **momento estratégico:** quando são identificadas as restrições e as facilidades que interferem no cumprimento do desenho normativo;
- d) **momento tático/operacional:** quando toda a análise feita nos momentos anteriores se transforma em ação concreta para proporcionar as mudanças da realidade encontrada, com o intuito de melhorá-la.



Lígia Giovanella fez um excelente relato sobre as correntes de pensamento estratégico em saúde na América Latina. Confira em: GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan/mar., 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você aprendeu os conceitos relacionados às noções básicas de planejamento estratégico. No que diz respeito aos aspectos conceituais, você aprendeu conceitos como o ciclo administrativo e as diferenças entre eficiência, eficácia e efetividade. Você teve a oportunidade, também, de apreender algumas informações importantes sobre a história do planejamento e analisar seu processo social evolutivo. Por último, pôde compreender a importância social do planejamento estratégico aplicado à saúde e conheceu dois dos maiores teóricos da área.

Você também acabou de alinhar seus conhecimentos com as necessidades didáticas do próximo passo. Na próxima unidade – Aspectos operacionais do planejamento estratégico em saúde – você poderá compreender como sedimentar tudo o que foi estudado e colocar em prática nas suas atividades diárias.

Porém, não esqueça: o estudo desta unidade não termina aqui. Você deve acessar o ambiente virtual de aprendizagem e fazer uma revisão completa de todos os conteúdos estudados, que foram disponibilizados para você. Faça todas as atividades sugeridas e, depois, siga em frente. A próxima unidade é ainda mais interessante.

REFERÊNCIAS

CARLOS Matus. In: Wikipedia. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Carlos_Matus>. Acesso: 24 mar. 2010.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.129-153, 1990.

RIVERA, F. J. U.; ARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap. 2.

SANTANA, J. P. de. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde (SUS)**. Brasília: OPAS, 1997.

TANCREDI, F. B.; BARROS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: USP, 1998. (Saúde & Cidadania).

THE HISTORY of economic thought website. John Maynard Keynes. Disponível em: <<http://homepage.newschool.edu/het/profiles/keynes.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2010.