



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Vale, Paulo Roberto Lima Falcão do; Lizano, Verónica Cristina Gamboa
Momento normativo dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Canadá à luz de Mario Testa

Saúde em Debate, vol. 43, núm. 5, Esp., 2019, pp. 248-261

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S520>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369096021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Momento normativo dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Canadá à luz de Mario Testa

Normative moment of National Health Plans of Brazil and Canada in the light of Mario Testa

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale¹, Verónica Cristina Gamboa Lizano²

DOI: 10.1590/0103-110420195520

RESUMO O estudo objetivou comparar as principais diretrizes dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Canadá à luz de Mario Testa. Foram analisados o momento normativo de ambos os documentos, considerando as diretrizes dos planos citados, analisadas de acordo com as estratégias do pensamento estratégico abordadas por Mario Testa. Foi utilizado o programa Atlas.ti, explorando como categorias de análise as palavras-chave que identificam cada uma das diretrizes, assim como as três estratégias: institucionais, programáticas e sociais. Como principais resultados, encontrou-se que os planos nacionais de saúde do Brasil e do Canadá convergem quanto às palavras-chave referentes às ações de cuidado diretamente, apesar de o país norte-americano planejar um maior número de atividades de vigilância sanitária em relação ao Brasil. Ambos os países norteiam o momento normativo do planejamento por meio de estratégias programáticas, as quais têm caráter intersectorial no cenário brasileiro. As divergências apontam para a atuação intersectorial no Brasil e para a organização da assistência com níveis hierárquicos de atenção à saúde bem delimitados. No entanto, o predomínio de estratégias programáticas no Canadá permite inferir que esse cenário goza de consolidação dos processos decisórios, bem como assegura os direitos sociais da população, resultando em estratégias institucionais e sociais pontuais.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Política de saúde. Planejamento estratégico. Gestão em saúde. Sistemas de saúde.

ABSTRACT *The study aims to compare the main guidelines of the National Health Plans of Brazil and Canada in the light of Mario Testa. The normative moment of both documents were compared, considering the guidelines of the mentioned plans, analyzed according to the strategies of strategic thinking addressed by Mario Testa. The Atlas.ti program was used, exploring as analysis categories the keywords that identify each of the guidelines, as well as the three strategies: institutional, programmatic, and social. As main results, we find that the national health plans of Brazil and Canada converge on the keywords related to care actions directly, although the North American country plans a greater number of health surveillance activities compared to Brazil. Both countries guide the normative moment of planning through programmatic strategies, which are intersectoral in the Brazilian scenario. Differences point to intersectoral action in Brazil and the organization of care with well-defined hierarchical levels of health care. However, the predominance of programmatic strategies in Canada allows us to infer that this scenario enjoys the consolidation of decision-making processes, as well as ensuring the social rights of the population, resulting in specific institutional and social strategies.*

KEYWORDS *Health planning. Health policy. Strategic planning. Health management. Health systems.*

¹Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.
paulofalcaovale@ufrb.edu.br

²Universidad de Costa Rica – San José, Costa Rica.

Introdução

A concepção dominante do ato de planejar em saúde está associada ao processo complexo que requer um domínio teórico do campo da administração pública, no entanto, além desses conhecimentos, a valorização dos aspectos sociais e das nuances do agir político também devem ser priorizadas. Importa compreender que governar nos tempos atuais requer, além do planejamento normativo tradicional, o desenvolvimento de etapas do planejamento estratégico¹.

Parte-se de elementos e aspectos que devem ser identificados e abordados durante o processo de planejamento, como os atores, o cenário, os aspectos limitantes, o tempo, entre outros que são fundamentais para alcance dos resultados esperados, tomando em consideração a complexidade das interações entre eles. Essa dinâmica de interações é um jogo de idas e vindas entre o poder e os atores sociais, os quais existem singularmente em cada cultura².

Historicamente, o termo estratégia surge como um conceito militar, o qual após a grande transformação da sociedade moderna, com a conquista do poder da Rússia pelas forças do comunismo, passa a ser uma ‘maneira de ascender ao poder’². No âmbito da saúde, Mario Testa aponta que o planejamento pode ser estratégico desde que considere o comportamento dos atores e busque a transformação das relações de poder; portanto, as equipes de planejadores devem atentar para o diagnóstico da situação, analisando sua viabilidade a partir da prática social de interações entre atores, cenários e ideologias³. Nessa perspectiva, a prática de gestão em saúde se aplica a partir de três estratégias: as institucionais, as programáticas e as sociais.

Neste estudo, será realizada uma investigação sobre as diretrizes descritas nos Planos Nacionais de Saúde do Canadá e do Brasil, ou seja, é o momento de definir meta, aonde se quer chegar a partir daquele diagnóstico anterior, denominado por Carlos Matus¹ como momento normativo que deve ser objetivo e claro, construído a partir do repertório

cognitivo do planejador enquanto ator social⁴. Contemporâneo de Mario Testa, o economista Carlos Matus acrescenta que o planejador não pode ser um mero observador da situação, por isso propõe o Planejamento Estratégico-Situacional (PES), não se abstendo, tampouco, de incorporar o conceito de estratégia e suas tipologias² no segundo momento do PES.

O PES é constituído por quatro momentos: explicativo, quando se realiza o diagnóstico situacional e se identificam problemas; normativo, já caracterizado acima; estratégico, que é o instante de analisar a viabilidade política, econômica e organizativa das propostas, seria o como fazer cada ação; e o tático-operacional, momento de realizar a ação, executar o que estava planejado e avaliar suas consequências¹. Portanto, entendendo que os planejadores do Brasil e do Canadá orientam suas ações no PES, e no momento normativo é possível identificar as tipologias das estratégias propostas por Mario Testa, sendo esse o enfoque do estudo.

Dada a relevância dos sistemas de saúde universais no mundo, como triunfo de lutas históricas pela saúde como direito e como exemplo das reformas sanitárias, que surgem com respostas ante as crescentes demandas e necessidades das sociedades, é importante refletir sobre o desenvolvimento do planejamento em saúde nesses cenários de universalidade, neste caso, em dois países do continente americano que contam com um sistema de saúde universal.

Destarte, o presente artigo tem como objetivo comparar as principais diretrizes dos Planos Nacionais de Saúde do Canadá e do Brasil, à luz do pensamento estratégico, mais especificamente, o momento normativo proposto por Mario Testa.

O momento normativo a partir dos conceitos de estratégias por Mario Testa

Nas reflexões de Mario Testa² sobre o pensamento estratégico e a lógica da programação, identificam-se elementos relevantes para o planejamento, como o poder, que é a capacidade

dos atores em alcançar o objetivo traçado, podendo ser administrativo, técnico e político; força, enquanto intensidade de movimentação do poder; ideologia, concebida pela concepção do mundo de um sujeito e sua conduta em respeito a ela²; ator, como pessoas ou grupo de pessoas que defendem uma ideologia; espaço, entendido como local de agrupamento dos atores com ideologia semelhante; e cenário, compreendido como uma arena na qual se desenvolve a ação, não se tratando apenas do espaço físico, outrossim, da relação entre os elementos já apresentados neste parágrafo.

Por isso, importa destacar as estratégias e seus conceitos que compõem o momento de definição das metas do planejamento.

ESTRATÉGIAS INSTITUCIONAIS

Referem-se àquelas estratégias desenvolvidas no espaço institucional e a partir dele, podendo, inclusive, originar-se antes da existência da instituição, como estratégias de constituição da instituição. As estratégias institucionais objetivam o fortalecimento da estrutura organizacional daquela instituição, de modo a manter sua ideologia a partir das relações internas e externas. Mario Testa explica que as relações internas também convivem com diversidade de ideologias quando se trata da divisão social e técnica e/ou intelectual e manual do trabalho, sendo esse o máximo de contradição que pode existir em uma instituição.

O objetivo da instituição é instituir-se, consolidar seus objetivos, missão, valores e princípios; nesse ínterim, o processo instituinte se movimenta, exercendo poder sobre os trabalhadores e sobre suas relações⁵. Logo, as estratégias institucionais transformam o cotidiano dos trabalhadores e da sociedade indiretamente².

Neste estudo, as estratégias institucionais são aquelas direcionadas para fortalecimento técnico, administrativo e político da instituição responsável pelo planejamento e execução das ações de saúde no Brasil ou no Canadá.

ESTRATÉGIAS PROGRAMÁTICAS

Caracterizam-se como uma proposta de distribuição do poder por meio de um programa delimitado, o qual ordena os recursos disponíveis com finalidade específica, objetivo bem definido e por condução normativa única. Essas estratégias podem ser confundidas com as institucionais, porém, diferem-se por seu caráter transitório do programa, dificultando a concepção de ideologia e de poder². Portanto, as estratégias programáticas podem ser direcionadas para a qualificação da instituição, assistência à saúde das pessoas, fortalecimento comunitário ou outros objetivos, mas com temporalidade, como as campanhas de vacinação, programas de incentivos financeiros, combate aos vetores das arboviroses, entre outras ações.

ESTRATÉGIAS SOCIAIS

São estratégias planejadas para o bem de todas as pessoas, a sociedade, conformando-se por meio das políticas voltadas para a totalidade, assim, buscam assegurar ações no espaço global. As diretrizes planejadas também em espaços setoriais, como é o caso das atividades específicas de saúde, educação, economia e ambiente, quando integradas, também contemplam estratégias sociais².

As estratégias institucionais e programáticas podem ser compreendidas como categorias analíticas do espaço global, como categorias críticas dos espaços setoriais, que, ao fazê-las, também modificam o espaço global. Portanto, as estratégias sociais são planejadas pelo Estado, a partir do seu poder instituído, mas construídas a partir da participação de atores sociais e/ou grupo de atores.

Neste estudo, a principal característica que define as estratégias sociais será sua beneficência para a totalidade, para a sociedade brasileira ou para a canadense.

Caminho metodológico

Trata-se de um estudo comparativo, com abordagem qualitativa do tipo exploratório.

O objeto do estudo será o Plano Nacional de Saúde realizado pelos entes federais do Canadá e do Brasil. Tais países foram elegíveis, pois localizam-se nas Américas e dispõem de um sistema de saúde de caráter universal.

Para a coleta de dados, explorou-se o Plano Nacional de Saúde do Canadá para o biênio 2017-2018, disponível no site do Ministério da Saúde daquele país – <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index-eng.php>⁶; bem como o Plano Nacional de Saúde do Brasil para o quadriênio 2016-2019, disponível no site do Conselho Nacional de Saúde – http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf⁷.

As equipes de elaboração de cada documento utilizaram os termos ‘diretrizes’ e ‘objetivos’ no momento normativo; contudo, justificado pela semelhança semântica, adotar-se-á neste estudo o termo diretriz. Foram escolhidas como palavras-chave aqueles termos que foram citados com frequência nas diretrizes presentes nos dois documentos.

Para a organização da coleta de dados, bem como para a análise, utilizou-se o software Atlas.ti, programa computacional baseado na Grounded Theory de Glaser e Strauss, com aplicação em diversos campos do conhecimento, como na psicologia, sociologia, antropologia, educação, economia, ciências políticas e também o seu uso nas pesquisas qualitativas em saúde⁶. O software Atlas.ti tem um grande potencial para o uso de multimídia na análise qualitativa, pois ele aceita textos, observações diretas, fotografias, dados gráficos, sonoros e audiovisuais.

O uso do Atlas.ti permitiu a codificação de sentenças dos dois documentos em análise, indicando quais palavras, termos e expressões aparecem com frequência. Em seguida, o programa constrói relações entre os dados codificados, com variedades de combinações⁸.

Para a análise da informação, utilizou-se como categorias de análise as três estratégias – institucionais, programáticas e sociais – propostas por Mario Testa² sobre o pensamento estratégico no planejamento e programação em saúde. Considera-se importante salientar

que, para cada diretriz, foi atribuída uma palavra-chave, bem como cada diretriz foi classificada como apenas uma estratégia.

Resultados e discussão

As duas seções a seguir apresentam os elementos centrais da organização e do conteúdo tanto do Plano Nacional de Saúde do Canadá quanto do Brasil, bem como descreve as diretrizes contidas em cada um deles. Ao fim, tecem-se algumas reflexões que colocam em contraste o momento normativo dos dois instrumentos de gestão.

Considerações sobre a organização e sobre o conteúdo do Plano Nacional de Saúde do Canadá

O Canadá é um país conhecido mundialmente pela condição de saúde da sua população, confirmada por indicadores de saúde positivos, como a expectativa de vida de 83,6 anos para mulheres e de 79,4 anos para homens, bem como indicadores econômicos que sinalizam o país como a décima maior economia do mundo baseada principalmente nos seus recursos e no comércio^{10,11}.

Para manter ou elevar os indicadores da saúde, o Canadá conta com o Health Canada que é o departamento federal responsável por auxiliar os canadenses a promover ou reabilitar suas condições de saúde ou curar seu processo de adoecimento, sempre respeitando as singularidades das pessoas⁶. Nesse sentido o Health Canada 2017-2018 (nome dado ao Plano Nacional de Saúde) sintetiza as prioridades e as propostas de ações para os anos de 2017-2018, favorecendo a assistência às necessidades de saúde das pessoas²¹.

Para alcançar tal propósito, o Health Canada aborda quatro prioridades, as quais são: apoiar a inovação do sistema de saúde; fortalecer a abertura e a transparência como modernização da legislação, regulação e assistência à saúde; fortalecer a programação de saúde das

Primeiras Nações e Inuit (indígenas e povos esquimós); e, por fim, recrutar, manter e promover uma força de trabalho comprometida, de alto desempenho e diversificada dentro de um ambiente de trabalho saudável¹².

O Plano de Saúde tem várias seções que definem qual é seu papel, suas funções, segundo os princípios do departamento federal, além disso, considera-se no documento aspectos como o contexto, as condições que afetam

seu trabalho e os riscos que poderiam afetar a habilidade para tornar eficaz o plano e alcançar os resultados propostos.

Após tais seções, o plano apresenta os Resultados Esperados (*Planned Results*) os quais são estruturados por meio de três programas que, por sua vez, dividem-se em 13 diretrizes específicas¹², as quais serão o corpus de análise deste estudo, apresentadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Diretrizes contidas no Plano Nacional de Saúde do Canadá (Health Canadá) 2017-2018

Lista de diretrizes do Health Canadá

1. Fornecer aconselhamento, pesquisa e análise de políticas estratégicas para apoiar a tomada de decisões sobre questões do sistema de saúde, bem como apoio de programas às províncias e territórios, parceiros e partes interessadas sobre as prioridades do sistema de saúde.
2. Assegurar a continuidade dos serviços em saúde ocupacional dos servidores públicos federais que podem entregar resultados aos canadenses em todas as circunstâncias e organizar serviços de saúde para Pessoas Internacionamente Protegidas (IPP).
3. Melhorar o acesso aos serviços de saúde nas comunidades de minorias de línguas oficiais e aumentar o uso de ambas as línguas oficiais na prestação de serviços de saúde.
4. Garantir que os produtos de saúde sejam seguros, eficazes e de alta qualidade para os canadenses.
5. Gerenciar os riscos à saúde e segurança dos canadenses associados a alimentos e a seu consumo e permitir que eles tomem decisões informadas sobre alimentação saudável.
6. Proteger a saúde dos canadenses por meio da avaliação e da gestão de riscos à saúde associados a contaminantes ambientais, particularmente substâncias, e fornecer aconselhamento e diretrizes para canadenses e parceiros governamentais sobre os impactos ambientais de fatores ambientais como ar e água contaminantes e um clima em mudança.
7. Identificar, avaliar, gerenciar e comunicar riscos de saúde ou segurança para os canadenses associados a produtos de consumo e cosméticos, bem como para comunicar os perigos dos produtos químicos no local de trabalho.
8. Minimizar os riscos para a saúde dos canadenses associados ao uso de produtos do tabaco e do uso ilícito de substâncias controladas e precursores químicos.
9. Monitoramento ambiental e ocupacional de radiação, gerenciamento de planos interorganizacionais, procedimentos, capacidades e comitês para uma emergência nuclear que requer uma resposta federal coordenada, um programa nacional de radônio e regulação de dispositivos emissores de radiação.
10. Proteger a saúde e a segurança dos canadenses sobre o uso de pesticidas.
11. Contribuição e despesas diretas relacionadas com o desenvolvimento infantil, bem-estar mental e vida saudável, controle e gestão de doenças transmissíveis, saúde ambiental, atendimento clínico e de cliente, bem como cuidados domiciliários e comunitários.
12. Proporcionar benefícios de forma que contribua para melhorar o estado de saúde das Primeiras Nações (povos indígenas) e Inuit (nação indígena esquimós).
13. Ajudar a melhorar a capacidade das Primeiras Nações e dos Inuit para influenciar e/ou controlar o fornecimento de programas e serviços de saúde para indivíduos, famílias e comunidades das Inuit e das Primeiras Nações.

Fonte: Health Canada, 2017⁶.

Cada uma das diretrizes contidas no *quadro 1* são apresentadas em cinco subseções: descrição geral, destaques do planejamento, resultados planejados, recursos financeiros e recursos humanos¹².

No Plano Nacional de Saúde, também são descritos os Serviços Internos entendidos como “grupos de atividades e recursos necessários para apoiar as necessidades dos programas e outras obrigações corporativas da organização”¹²⁽⁵⁶⁾, por fim, o Health Canada 2017-2018 conta com os gastos e recursos públicos totais.

Considerações sobre a organização e conteúdo do Plano Nacional de Saúde do Brasil

Instituído na Constituição Federal de 1988, o Brasil goza de um Sistema Único de Saúde (SUS) concebido como dever do Estado em regulamentá-lo, financiá-lo, bem como em propor um conjunto de ações em saúde que assegure o direito da população em ser assistida de maneira universal, com equidade e integralidade¹³.

Os planos de saúde referem-se ao planejamento das ações de saúde, com análise da situação de saúde, objetivos, metas, responsáveis e indicadores de avaliação, que pode ter periodicidade quadrienal ou anual. As políticas nacionais de saúde orientam práticas fundamentais, pois definem metas a serem alcançadas, determinando as direções e estratégias

para assegurar melhor qualidade de vida da população¹⁴.

O Plano Nacional de Saúde do Brasil, quadriênio 2016-2019, está estruturado em quatro seções além da introdução e do anexo. A introdução descreve a participação de todos os setores do Ministério da Saúde, o atendimento às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e o objetivo geral do plano que busca a

ampliação e qualificação do acesso universal, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros⁷⁽³⁾.

Já o item anexo apresenta os indicadores de avaliação de cada diretriz.

A primeira seção apresenta as fundamentações legais que respaldam a construção de um plano de saúde; a segunda descreve as condições e as necessidades de saúde, incluindo os recursos explorados atualmente pelo ente federal; na terceira seção, faz-se referência aos objetivos e metas; enquanto a última expõe a interface de gestão do plano, como a relevância do monitoramento e acompanhamento das ações e sua relação com o relatório de gestão⁷.

A seguir, apresentam-se os objetivos e as metas do plano, em que se encontram as 13 diretrizes⁷, apresentadas no *quadro 2* na ordem que aparecem no Plano Nacional de Saúde.

Quadro 2. Diretrizes no Plano Nacional de Saúde do Brasil 2016-2019

Lista de diretrizes do Plano Nacional de Saúde do Brasil

1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
2. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
3. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.
4. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Quadro 2. (cont.)

5. Promover a atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e especializadas, com controle social.
6. Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
7. Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.
8. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.
9. Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.
10. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
11. Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
12. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.
13. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Fonte: Brasil, 2016⁷.

Tecendo reflexões que contrastam o Plano Nacional de Saúde do Canadá e do Brasil

Inicialmente, a partir da análise das palavras-chave, identifica-se uma maior variedade de códigos no plano brasileiro, com forte evidência para temáticas de controle social, mas, por outro lado, o mesmo documento não apresentou diretrizes direcionadas para a saúde do trabalhador e segurança alimentar por exemplo. No caso do Canadá, o plano repetiu várias das palavras-chave, como foi

o caso de riscos e agravos à saúde, saúde dos indígenas (neste cenário entendidos como nativos e esquimós) e a vigilância sanitária. Ao fim, as três categorias (palavras-chave) que apresentaram maior frequência em ambos os planos foram os riscos e agravos à saúde, a saúde dos indígenas e a vigilância sanitária.

Tal resultado indica a relevância e a priorização de temáticas a serem abordadas em ambos os cenários do estudo, o qual poderia ou não coincidir estudando em profundidade os programas específicos de cada país.

Tabela 1. Palavras-chave presentes nos Planos Nacionais de Saúde analisados

Palavras-chave	Plano Nacional de Saúde - Brasil 2016 a 2019	Health Canada 2017 a 2018	Total
Acesso aos serviços de saúde	1	2	3
Atenção Primária à Saúde	1	1	2
Controle social	2	0	2
Cuidado integral	1	0	1
Financiamento	1	0	1

Tabela 1. (cont.)

Formação/qualificação do trabalhador de saúde	1	0	1
Papel do gestor	1	1	2
Pesquisa em saúde	1	0	1
Redes de atenção	1	0	1
Riscos e agravos à saúde	1	3	4
Saúde do trabalhador	0	1	1
Saúde dos indígenas	1	3	4
Saúde suplementar	1	0	1
Segurança alimentar	0	1	1
Assistência farmacêutica	1	1	2
Vigilância sanitária	1	4	5

Fonte: Elaboração própria.

Segundo Conill¹⁵, os sistemas de saúde mostram tanto semelhanças como diferenças, as quais são identificadas pela análise comparativa: enquanto as semelhanças se dão pelas políticas sociais mais inclusivas, as diferenças radicam no acesso das populações aos serviços oferecidos, à organização desses serviços e à qualidade ou desempenho deles. Mesmo que o Canadá e o Brasil disponham de sistemas de saúde universais, evidenciam-se divergências históricas, econômicas, políticas e culturais de ambos os países que determinam os processos de planejamento e elaboração de políticas em saúde.

Ao explorar a *tabela 1*, infere-se que o plano de saúde brasileiro possui caráter abrangente, a fim de planejar aspectos direcionados ao financiamento, saúde suplementar, controle social, pesquisa em saúde, formação e qualificação do trabalhador, bem como o cuidado integral e as Redes de Atenção à Saúde.

Nesse particular, destaca-se que o sistema de saúde brasileiro é valorizado por sua coerência entre diretrizes constitucionais, financiamento, modelo de gestão e qualificação dos profissionais. Logo, quando comparado com outros sistemas majoritariamente constituídos por serviços privados, tem-se um sistema complexo, organizado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) e eficiente quanto à promoção da saúde e à prevenção

de riscos e agravos¹⁶. Portanto, a finalidade do sistema brasileiro vai além da assistência puramente curativista, por isso requer um fazer da clínica ampliada e ações intersetoriais.

As categorias citadas anteriormente ilustram a interdependência do Ministério da Saúde brasileiro com outras instituições em prol da eficiência do SUS. Desse modo, entende-se que a resolução dos problemas de saúde é complexa, portanto, o Ministério da Saúde brasileiro executa um planejamento de saúde compartilhado com outros Ministérios¹⁷, como Educação e Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação, além das agências reguladoras e órgãos deliberativos, como os conselhos de saúde.

Quanto ao plano de saúde canadense, considera-se que seu foco reside em ações específicas que podem ser desenvolvidas com autonomia pela própria organização da saúde federada.

A *tabela 2* apresenta a classificação das diretrizes a partir das estratégias do planejamento pensada por Mario Testa e apresentadas na introdução. Observa-se que em ambos os planos de saúde predominam as estratégias programáticas e uma escassez de estratégias institucionais. Mesmo com a predominância das estratégias programáticas, o documento brasileiro contém uma distribuição mais equânime entre as outras estratégias quando comparado ao canadense.

Tabela 2. Tipologias e quantidade das estratégias presentes nos Planos Nacionais de Saúde analisados.

Palavras-chave	Plano Nacional de Saúde - Brasil 2016 a 2019	Health Canada 2017 a 2018	Total
Institucionais	2	1	3
Programáticas	6	10	16
Sociais	5	2	7
Total	13	13	26

Fonte: Elaboração própria.

As informações contidas na *tabela 2* permitem inferir quanto à concepção de saúde dos planejadores de ambos os países e às necessidades de saúde da população. Ao propor diretrizes classificadas como estratégias sociais, ambos os planejadores parecem conceber que o processo saúde-doença-cuidado é moldado por determinantes sociais, conforme consta nas diretrizes “promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida e promover a produção e disseminação do conhecimento científico e tecnológico em saúde”⁷⁽⁶⁾; assim como “promover a capacidade de desenhar, gerenciar, desenvolver e avaliar os programas e serviços de saúde por parte dos indígenas e dos esquimós”⁶⁽⁴⁹⁾ e “salientar a vitalidade das comunidades com linguagens considerados como minoritários e o reconhecimento do Inglês e do Francês”⁶⁽²²⁾.

As estratégias sociais podem ser consideradas como inovações em saúde^{11,16}, representadas por tecnologias de comunicação e informação em prol de assegurar a prevenção quaternária, a segurança do paciente e a relação horizontal entre profissional de saúde e paciente, temáticas pouco discutidas até então.

As diretrizes que abordam a saúde dos indígenas buscam assegurar o cuidado integral a tal grupo populacional, e favorecem a inserção social dos indígenas que outrora foram marginalizados e que tiveram seu direito a saúde cerceado.

O maior número de estratégias sociais no Brasil justifica-se pelas necessidades de saúde da população em assegurar direitos sociais

ainda não efetivados desde a Constituição brasileira de 1988, a exemplo,

promover a atenção à saúde dos povos indígenas, o fortalecimento das instâncias de controle social e os canais de interação com o usuário e a sua participação social e o fortalecimento da formação de trabalhadores em saúde⁶⁽⁵⁾.

A efetivação do direito à saúde cabe ao Estado, como fundamento do direito humano e enquanto ‘direito social primordial’, assim, o Estado brasileiro deve assegurar proteção à saúde de todas as pessoas, viabilizando, por exemplo, o acesso das populações minoritárias, como dos povos indígenas¹⁸.

Em oposição, considera-se que a sociedade canadense, a partir da análise do plano de saúde, goza de direitos sociais consolidados, como enfatizado na Carta Canadense de Direitos e Liberdades (The Canadian Charter of Rights and Freedoms), documento que compõe a Constituição o Canadá e busca assegurar os direitos da sociedade, sejam eles fundamentais, direitos à mobilidade, direitos legais, direitos de igualdade, a línguas oficiais do Canadá e os direitos educacionais nas línguas das minorias¹⁹. Nesse sentido, após 25 anos da publicização da carta, ela ainda se destaca como modelo para outros países²⁰. Assim como a abordagem histórica dos direitos no Canadá, as diretrizes do plano de saúde enfatizam as estratégias programáticas partindo da garantia dos direitos sociais.

A seguir, ao relacionar as palavras-chave das diretrizes com as estratégias, construímos a *tabela 3*, permitindo o levantamento de análises e inferências. As diretrizes que implicam uma estratégia institucional tratam do financiamento e

do papel da gestão no sistema de saúde. As estratégias institucionais do plano de saúde do Brasil reservam-se ao fortalecimento do Ministério da Saúde enquanto organização e o aperfeiçoamento do seu processo decisório.

Tabela 3. Relação das estratégias e palavras-chave das diretrizes dos Planos Nacionais de Saúde analisados

Palavras-chave	Canadá			Brasil		
	Estratégias institucionais	Estratégias programáticas	Estratégias sociais	Estratégias institucionais	Estratégias programáticas	Estratégias sociais
Acesso aos serviços de saúde					1	
Atenção Primária à Saúde					1	
Controle social					2	
Cuidado integral					1	
Financiamento					1	
Formação/qualificação do trabalhador de saúde					1	
Papel do gestor	1				1	
Pesquisa em saúde					1	
Redes de atenção					1	
Riscos e agravos à saúde	2				1	
Saúde do trabalhador		1				
Saúde dos indígenas	2		1			
Saúde suplementar					1	
Segurança alimentar	1					
Assistência farmacêutica	1				1	
Vigilância sanitária	3		1			
TOTAL	1	10	2	2	6	5

Fonte: Elaboração própria.

De modo semelhante, a única estratégia institucional do plano de saúde canadense busca fornecer recomendações, investigações e análise de políticas estratégicas para apoiar a tomada de decisões sobre questões do sistema de saúde, bem como apoiar os programas para províncias e territórios, parceiros e partes interessadas nas prioridades da atenção em saúde⁶.

Quanto às estratégias programáticas, essas foram definidas por diretrizes que descreviam ações pontuais, em que foi possível identificar um prazo limite para término da ação.

As diretrizes programáticas direcionam-se, principalmente, aos grupos vulneráveis e a políticas específicas. Dentre elas, destacam-se o tema do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, a implantação das redes de saúde nas diferentes regiões de saúde, desenvolvimento e implementação dos marcos regulatórios em saúde e proteção aos cidadãos das substâncias e produtos nocivos à saúde.

Percebe-se ainda diretrizes relacionadas com os elementos mais específicos, como é a APS, as redes de atenção, os riscos e agravos

à saúde, a saúde do trabalhador, a saúde dos indígenas, a saúde suplementar, a segurança alimentar, os serviços farmacêuticos e a vigilância sanitária. Já as estratégias sociais requerem uma abordagem intersetorial como a diretriz codificada como ‘pesquisa em saúde’:

promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação em saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS⁷⁽⁶⁹⁾.

Importa salientar que os países da América Latina convivem com o perfil epidemiológico de transição contínua, atuando concomitantemente com morbidades crônicas e infectocontagiosas e problemas ‘tradicionalis’ ou ‘típicos’ do atraso tanto social quanto econômico, cenário diferente daquele vivido no Canadá¹⁵. Isso também pode estar relacionado com o fato de que as diretrizes do Plano Nacional de Saúde brasileiro priorizam tanto as estratégias sociais quanto as programáticas, enquanto o Plano Nacional de Saúde canadense evidencia as programáticas ao, provavelmente, ter uma melhor resolução daquelas problemáticas do caráter social que geram injustiças e iniquidades em saúde.

Para o cenário brasileiro, cabe discutir as especificidades da APS e da saúde dos indígenas que conduziram a classificação enquanto duas estratégias, do tipo programático e do tipo social respectivamente. A APS é compreendida como o nível hierárquico de atenção à saúde mais capilarizado, reunindo práticas de saúde que objetivam, principalmente, a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos à saúde²¹. Diretrizes diretamente relacionadas com a APS foram classificadas como estratégias programáticas, conforme as diretrizes do plano de saúde do Canadá

Os cuidados de saúde primários incluem a promoção da saúde e a prevenção de doenças,

a proteção da saúde pública (incluindo a vigilância) e os cuidados primários (onde os indivíduos recebem cuidados de diagnóstico, curativos, de reabilitação, de apoio, paliativos e cuidados de fim de vida)⁶⁽⁴³⁾.

Ademais, pelo potencial de alta capilaridade, a APS deve atuar para o fortalecimento dos princípios de solidariedade, justiça, cidadania e protagonismo comunitário²², aspectos que podem ser colocados em prática por meio das estratégias sociais, como é o caso da diretriz do plano de saúde do Brasil:

promover a atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e especializadas, com controle social⁷⁽⁶⁵⁾.

Por sua parte, Santos e Melo²³, no seu estudo comparativo entre os modelos de APS no Brasil, no Canadá e em Cuba, concluíram que uma diferença marcada entre o sistema de saúde brasileiro e o canadense corresponde à descentralização: “o fato do Canadá ter treze sistemas de saúde (dez provinciais e três territoriais) confere uma diferença fundamental entre o sistema canadense e o sistema brasileiro, caracterizado por ser um sistema único”²³⁽⁹⁴⁾, o qual pode estar intervindo na forma em que são entendidos e elaborados os planos nacionais de saúde para cada um dos países supracitados. Sobre isso, Rabello²⁴ refere-se à descentralização como consolidada no Canadá, onde a saúde é responsabilidade das províncias e territórios, enquanto no Brasil ela é considerada incompleta, pois as normas e recursos encontram-se concentrados no ente federal.

Santos e Melo²³⁽⁹⁵⁾ avaliaram que “apesar de constantemente citada como referência em muitos textos acadêmicos, a influência canadense sobre o sistema brasileiro, na prática, é bastante limitada”, o qual se pode

evidenciar ao ver que, ainda com similitudes nos princípios que guiam ambos os sistemas de saúde, existem diferenças substanciais entre os seus planos nacionais de saúde.

Considerações finais

Os planos nacionais de saúde do Canadá e do Brasil convergem quanto às palavras-chave referentes às ações de cuidado diretamente, apesar do país norte-americano planejar um maior número de atividades de vigilância sanitária.

A divergência dos documentos reside na diversidade de estratégias que são propostas pelas diretrizes contidas no Plano de Saúde do Brasil. Portanto, considera-se que a sociedade brasileira convive com necessidades de saúde que perpassam as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, do trabalho e renda, e do estilo de vida das pessoas, justificando o planejamento de estratégias programáticas e sociais. O SUS, fundamentado na universalidade e equidade, busca assegurar a assistência de saúde a povos há tempos negligenciados pelo Estado, como indígenas, quilombolas, assentados, pessoas em situação de rua, refugiados, entre outros. Logo, destaca-se e distingue-se do canadense por sua abrangência.

Diante desse cenário, é permissível presupor que a luta dos movimentos sociais, principalmente aqueles que emergiram com maior veemência nos anos 2000, provocou uma disputa de poder² severa identificada pelos resultados deste estudo, quando metas que antes eram planejadas para todos os cidadãos, mas sem alcançá-los, foram substituídas por metas para todos, incluindo os grupos

vulneráveis, justificando a multiplicidade de diretrizes analisadas neste estudo.

Cabe destacar que a análise de um documento como o Plano Nacional de Saúde limita a compreensão do pensamento estratégico, como os atores envolvidos, o jogo de poder, o dinamismo das relações intersetoriais e o cenário em questão. Portanto, outras técnicas de coleta de dados poderiam ser utilizadas para aprofundar esses elementos.

Nesse particular, tanto o Brasil quanto o Canadá norteiam o momento normativo do planejamento por meio de estratégias programáticas, as quais têm caráter intersetorial no cenário brasileiro. As divergências apontam para a atuação intersetorial e para a organização da assistência com níveis hierárquicos de atenção à saúde bem delimitadas no Brasil. No entanto, o predomínio de estratégias programáticas no Canadá permite supor que esse cenário goza de consolidação dos processos decisórios, bem como assegura os direitos sociais da população, resultando em estratégias institucionais e sociais pontuais.

Colaboradores

Vale PRLF (0000-0002-1158-5628)* e Lizano VCG (0000-0002-7391-8176)* compartilharam igualmente as seguintes responsabilidades: 1) contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento, e para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e 3) participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Matus C. Política, Planejamento e governo. Brasília, DF: IPEA; 1997.
2. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1995.
3. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 1990 [acesso em 2018 set 8]; 6(2):129-153. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200003>.
4. Mattos RA. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 [acesso em 2019 fev 5]; 15(5):2327-2336. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500008>.
5. Baremblitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5. ed., Belo Horizonte: Instituto Félix Guatarri; 2002.
6. Health Canada. About Health Canada [internet]. [Ottawa]: Health Canada; [data desconhecida] [acesso em 2017 jan 4]. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index-eng.php>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
8. Varguillas C. El uso del Atlas.ti y la creatividad del investigador en el análisis de contenido. Revista de Educación Laurus [internet]. 2006 [acesso em 2019 mar 3]; 12(extra):73-87. Disponível em: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=76109905>.
9. Friese S. Qualitative data analysis with ATLAS.ti. London: Sage; 2012.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe de país: Canadá [internet]. 2015. [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/canada&lang=es.
11. Silva HP, Elias FTS. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. Cad. Saúde Pública [internet]. 2019 [acesso em 2019 out 1]; 35(supl2):e00071518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071518>.
12. Minister of health of Canada. Health Canada 2017-2018. Ottawa (CA): Department Plan; 2017.
13. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
14. World Health Organization. 2018. National health policies, strategies, plans [internet]. 2018. [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: <https://www.who.int/nationalpolicies/nationalpolicies/en/>.
15. Conill EM. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006. 51 p.
16. Conill EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. Rev Bras Promoç Saúde [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 4]; 31(4):1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.8779>.
17. Pauli LTS. A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal. Cad IberAmer Direito Saude [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 14]; 2(2):578-594. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.106>.
18. Mendes KR. Curso de direito da saúde. São Paulo: Saraiva; 2013.
19. Canadian Government. The Canadian Charter of Rights and Freedoms [internet]. 1982 [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CH37-4-3-2002E.pdf>.
20. McLachlin B. The Charter 25 Years Later: The Good, the Bad, and the Challenges. Osgoode Hall Law Jour-

- nal [internet]. 2007 [acesso em 2019 out 8]; 45(2):365-377. Disponível em: <https://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1245&context=hlj>.
21. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate [internet]*. 2018 [acesso em 2019 mar 2]; 42(esp1):361-378. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>.
22. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública [internet]*. 2006 [acesso em 2018 set 8]; 22(6):1171-1181. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>.
23. Santos J, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Gerais, Rev Interinst Psicol [internet]*. 2018 [acesso em 2019 fev 4]; 11(1):79-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007.
24. Rabello LS. Estudo comparado Brasil e Canadá. In: Rabello LS, organizadora. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 107-155.

Recebido em 11/03/2019
Aprovado em 16/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve