

Ano 02, Nº 04 - Jan/Jun 2009
ISSN 1981-9161

Revista Eletrônica de Ciências Empresariais

 **UniFil**
A sua Universidade em Londrina

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

Ano II - nº 04 - Janeiro à Julho de 2009

CONSELHO EDITORIAL

CONSELHEIROS

Prof. Dr. Mario Nei Pacagnan

Prof. Dr. Nelson Ludovico

Prof. Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes (UNIPAR)

Prof. Ms. André Rogério Berto (UniFil)

Prof. Ms. Ébano Bortotti de Oliveira (UniFil)

Prof. Ms. Edílson Gonçalves Moreira (UniFil)

Prof. Ms. Luis Marcelo Marins (UniFil)

Prof.^a Dra. Suzana Rezende Lemanski (UniFil)

Prof.^a Dra. Cláudia Cristina Ferreira (UEL)

Prof.^a Ms. Aparecida Vani Frasson Gaion (UniFil)

Prof.^a Ms. Elen Gongora Moreira (UniFil)

Prof.^a Ms. Esmera Fatel Aureliano Rossi (UniFil)

Prof.^a Ms. Maria Eduvirge Marandola (UniFil)

Prof.^a Ms. Maria Inez Barboza Marques (FECEA)

SECRETARIA

Juliana Prado Lopes

REVISÃO

Thiago Tomasin Biazin

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

Ano II - nº 04 -Janeiro à Julho de 2009

ENTIDADE MANTENEDORA

Diretoria:

Sra. Ana Maria Moraes Gomes	Presidente
Sra. Edna Virgínia C. Monteiro de Mello.....	Vice-Presidente
Sr. Edson Aparecido Moreti	Secretário
Sr. José Severino	Tesoureiro
Dr. Osni Ferreira (Rev.)	Chanceler

REITOR

Dr. Eleazar Ferreira

Pró-Reitora de Ensino de Graduação
Prof.^a Dra. Georfravia Montoza Alvarenga

Coordenador de Controle Acadêmico
Esp. Paulo da Silva

Coordenadora de Ação Acadêmica
Laura Maria dos Santos Maurano

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento Institucional:
Prof. Ms. Jose Gonçalves Vicente

Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão
Prof.^a Dra. Damares Tomasin Biazin

Coordenador de Publicações Científicas e Coordenador Geral Acadêmico do Nuclead.

Prof. Dr. Leandro Henrique Magalhães

Coordenadora Geral do Nuclead
Ilvili Werner

Coordenadora de Projetos Especiais e Assessora Do Reitor
Josseane Mazzari Gabriel

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

Ano II - nº 04 - Janeiro à Julho de 2009

COORDENADORES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO

Administração	Prof. Ms. Luís Marcelo Martins
Arquitetura e Urbanismo	Prof. Ms. Ivan Prado Junior
Biomedicina	Prof. ^a Ms. Karina de Almeida Gualtieri
Ciências Biológicas	Prof. Dr. João Cyrino Zequi
Ciência da Computação	Prof. Ms. Sergio Akio Tanaka
Ciências Contábeis	Prof. Ms. Eduardo Nascimento da Costa
Direito	Prof. Ms. Henrique Afonso Pipolo
Educação Física	Prof. Marco Antonio Cabral Ferreira
Enfermagem	Prof. ^a Ms. Rosangela Galindo de Campos
Engenharia Civil	Prof. Ms. Paulo Adeildo Lopes
Estética e Cosmética	Prof. ^a Esp. Mylena C. Dornellas da Costa
Farmácia	Prof. ^a Dra. Lenita Brunetto Bruniera
Fisioterapia	Prof. ^a Dra. Suhaila Mahmoud Smaili Santos
Gastronomia	Prof. ^a Esp. Mariana Ferreira Martelli
Gestão Ambiental	Prof. Dr. Tiago Pellini
Medicina Veterinária	Prof. ^a Ms. Maira Salomão Fortes
Nutrição	Prof. ^a Ms. Ivoneti Barros Nunes de Oliveira
Pedagogia	Prof. ^a Ms. Marta Regina Furlan de Oliveira
Psicologia	Prof. ^a Dra. Denise Hernandez Tinoco
Sistema de Informação	Prof. Ms. Sergio Akio Tanaka
Teologia	Prof. Ms. José Martins Trigueiro Neto

Rua Alagoas, nº 2.050 - CEP 86.020-430

Fone: (43) 3375-7401 - Londrina - Paraná

www.unifil.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

Ano II - nº 04 - Janeiro à Julho de 2009

EDITORIAL

Está no ar a Quarta Edição da Revista Eletrônica de Ciências Empresariais, periódico que tem por objetivo divulgar a produção acadêmica de alunos e professores dos cursos de graduação e pós-graduação da UniFil. Nesta edição, temos artigos que abordam temas diversos, sendo eles: a Gestão de Projetos, Logística, Matriz Energética e Gestão na Área de Saúde.

Boa Leitura.

Prof. Dr. Leandro Henrique Magalhães
Presidente do Conselho Editorial

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

Ano II - nº 04 - Janeiro à Julho de 2009

Ficha Catalográfica

R349

Revista Eletrônica de Ciências Empresariais, v.2, n.4, jan.; jul. 2009.-
Londrina: UniFil, 2009.

Semestral

Revista da UniFil - Centro Universitário Filadélfia.

ISSN 1983-0599

1. Educação superior - Periódicos. I. UniFil - Centro Universitário Filadélfia

CDD 378.05

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

Ano II - nº 04 - Janeiro à Julho de 2009

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Eletrônica de Ciências Empresariais é uma publicação semestral da UniFil. Tem por finalidade divulgar artigos científicos e/ou culturais que possam contribuir para o conhecimento, o desenvolvimento e a discussão no campo empresarial, em especial nas áreas de administração de empresas, ciências contábeis, secretariado executivo e turismo. Um artigo encaminhado para publicação deve obedecer às seguintes normas:

1- Estar consoante com as finalidades da Revista.

2- Ser escrito em língua portuguesa e digitado em espaço 1,5 (um e meio), papel tamanho **A4**, mantendo a configuração e formatação de acordo com as normas da ABNT. Recomenda-se que o número de páginas não ultrapasse a 15 (quinze).

3- Publicar-se-ão trabalhos originais que se enquadrem em uma das seguintes categorias:

3.1- Relato de Pesquisa: apresentação de investigação sobre questões direta ou indiretamente relevantes ao conhecimento científico, através de dados analisados com técnicas estatísticas pertinentes.

3.2- Artigo de Revisão Bibliográfica: destinado a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação da bibliografia pertinente.

3.3- Análise Crítica: será bem-vinda, sempre que um trabalho dessa natureza possa apresentar especial interesse.

3.4- Atualização: destinada a relatar informações técnicas atuais sobre tema de interesse para determinada especialidade.

3.5- Resenha: não poderá ser mero resumo, pois deverá incluir uma apreciação crítica.

3.6- Atualidades e informações: texto destinado a destacar acontecimentos contemporâneos sobre áreas de interesse científico.

4 - Redação:

4.1) Nos casos de relato de pesquisa, embora permitindo liberdade de estilos aos autores, recomenda-se que, de um modo geral, sigam à clássica divisão: **Introdução** - proposição do problema e das hipóteses em seu contexto mais amplo, incluindo uma análise da bibliografia pertinente; **Metodologia** - descrição dos passos principais de seleção da amostra, escolha ou elaboração dos instrumentos, coleta de dados e procedimentos estatísticos de tratamento

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

Ano II - nº 04 - Janeiro à Julho de 2009

de dados;
Resultados e Discussão - apresentação dos resultados de maneira clara e concisa, seguidos de interpretação dos resultados e da análise de suas implicações e limitações.

4.2) Nos casos de Revisão Bibliográfica, Análises Críticas, Atualizações e Resenhas, recomenda-se que os autores observem às tradicionais etapas: **Introdução, Desenvolvimento e Conclusões.**

5- Deve ser encaminhado por e-mail, para o endereço revistaterraecultura@unifil.br

6- O artigo deverá apresentar título, resumo e palavras chaves em português e título, abstract e keywords em inglês.

7- Indicar, por uma chamada de asterisco, em nota de rodapé, a qualificação técnico profissional do(s) autor(es), com acréscimo dos respectivos e-mails para que ocorram possíveis contatos por parte dos leitores.

8- O sistema de chamada para citações deverá ser o alfabético (autor-data), nesse caso, as referências deverão ser listadas por ordem alfabética ao final do Artigo, respeitando a última edição das Normas da ABNT.

A publicação do trabalho nesta Revista dependerá da observância das normas acima sugeridas, da apreciação por parte do Conselho Editorial e dos pareceres emitido pelos Consultores. Serão selecionados os artigos apresentados de acordo com a relevância a atualidade do tema, com o nº de artigos por autor, e com a atualidade do conhecimento dentro da respectiva área.

CENTRO UNIVERSITÁRIO FILADÉLFIA

REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

Ano II - nº 04 - Janeiro à Julho de 2009

SUMÁRIO

LOGÍSTICA: evolução e perspectiva

SANTOS, Josiany Carina dos; SANTOS, Andréia ; BERTO, André Rogério

O DESENVOLVIMENTO DE NOVOS PRODUTOS ATRAVÉS DA GESTÃO DE PROJETOS

THE DEVELOPMENT OF NEW PRODUCTS THROUGH PROJECT MANAGEMENT

Marcus Vinícius Muniz, Sérgio Cintra Feijó

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NAS AÇÕES EM SAÚDE E NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE STRATEGIC PLANNING IN HEALTH ACTIONS AND IN THE WORK OF THE NURSE IN THE FAMILY HEALTH PROGRAMS

Maria José de Melo Prado

SETOR SUCROALCOOLEIRO: análise das exportações brasileiras

SUGAR AND ALCOHOL SECTOR: analysis of brazilian exports

Henrique Kiyoshi Iriya, Cláudio Moço de Oliveira, André Rogério Berto

LOGISTICA: EVOLUÇÃO E PERSPECTIVA

SANTOS, Josiany Carina dos
SANTOS, Andréia¹
BERTO, André Rogério²

RESUMO: O presente artigo traz um estudo sobre a logística, sua evolução histórica no mundo e também sua constante evolução dentro do nosso país. Tratamos também a importância do bom gerenciamento logístico dentro de uma empresa como uma vantagem competitiva. Os vários tipos de modais de transportes existentes (terrestre, aquaviário e aéreo) e a proporção que cada um deles representa hoje. Finalmente deixamos um parecer a respeito da atual situação logística do país, como ela é vista pelos estudiosos do assunto e por grandes economistas, falamos também da importância do PNLT e as expectativas colocadas em cima deste Plano, o que se pode esperar do governo e o que seria o necessário para que possamos ter uma logística funcional, onde ela passaria ser considerada a alavanca do crescimento econômico do país e não o freio da economia como é prevista por muitos hoje.

PALAVRAS-CHAVE: Logística; Gerenciamento logístico; Modalidades de Transporte; PNLT

ABSTRACT: This article presents a study on the logistics, the historical development in the world and the constant evolution in our country. We treat also the importance of good logistics management within a company as a competitive advantage. The various types of existing modes of transport (land, sea and air) and the proportion that each one represents today. Finally let an opinion about the current logistical situation in the country, as it is seen by scholars of the subject and the great economists, we also mention the importance of PNLT and the expectations placed upon this plan, what can you expect from the government and what would be necessary for us to have a functional logistics, where it would be considered a lever of economic growth in the country and not the brake of economy as predicted by many today.

KEY-WORDS: logistics; logistics management; modes of transport.; PNLT

INTRODUÇÃO

A logística existe desde o início da civilização, nestes tempos as guerras exigiam uma organização muito grande por parte de quem as comandava, por serem muito longas e distantes, necessitavam do planejamento, organização e execução de tarefas logísticas, para transportar as tropas, armamentos,

¹ Alunos do Curso de Graduação em Administração de Empresas da UniFil.

² Doutorando em Ciências Políticas pela Universidade Nova de Lisboa – Portugal. Professor do Centro Universitário Filadélfia – UniFil. andre.berito@sercomtel.com.br

mantimentos e carros de guerra.

A logística em uma empresa, é de grande importância e fundamental que funcione de forma efetiva, pois é responsável por prover recursos, equipamentos e informações para a execução de todas as atividades de uma empresa.

Existem várias definições para o termo logística, de acordo com o Dicionário Aurélio, vem do francês *Logistique* e tem como uma de suas definições:

a parte da arte da guerra que trata do planejamento e da realização de: projeto e desenvolvimento, obtenção, armazenamento, transporte, distribuição, reparação, manutenção e evacuação de material para fins operativos ou administrativos.

Outros historiadores defendem que a palavra logística vem do antigo grego *logos*, que significa razão, cálculo, pensar e analisar. O Council of Supply Chain Management Professional (CSCMP) que é a principal associação mundial de profissionais de gestão de cadeias de abastecimento define:

Logística é a parte do Gerenciamento da Cadeia de Abastecimento que planeja, implementa e controla o fluxo e armazenamento eficiente e econômico de matérias-primas, materiais semi-acabados e produtos acabados, bem como as informações a eles relativas, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com o propósito de atender às exigências dos clientes (Carvalho, 2002, p. 31).

METODOLOGIA

Utilizamos como método de pesquisa a análise literária, ou seja, foi realizado um levantamento bibliográfico de toda a literatura existente no país e também no exterior, através de periódicos específicos e de base e banco de dados nacional e internacional, após a recuperação de todo o material, passamos para a fase qualitativa da pesquisa para expor a idéia.

EVOLUÇÃO DA LOGÍSTICA

Como já vimos anteriormente o termo Logística e sua função já existe há muito tempo, porém nas ultimas décadas ela é levada para dentro das empresas e sofre algumas evoluções.

Antes da década de 1950 a Logística permaneceu oculta dentro das empresas, nesta época não existia um estudo centrado nesta área para conduzi-la. Então todo o processo logístico era dividido entre várias áreas. Geralmente, o transporte estava sob o comando da gerencia de produção, os estoques eram responsabilidade e marketing, finanças ou produção e o processamento de pedidos controlado por finanças e produção. Esta fragmentação causava vários conflitos, pois desta forma ficava dividido os objetivos e conseqüentemente as responsabilidades.

Muitos dos conceitos utilizados hoje em logística são provenientes da logística militar da Segunda Guerra Mundial, em meados de 45, algumas empresas comerciais já começam a realocar transporte e armazenagem de produtos acabados sob supervisão de um único gerente.

Já entre as décadas de 1950 e 1970 houve um grande avanço tanto no que diz respeito a teoria quanto a pratica da logística, isto porque um estudo orientado para fixar qual o papel que o transporte aéreo desempenharia na distribuição física, o que por meio dele verificou-se que o alto custo aéreo não impedia a utilização deste serviço, pois o que levava que utilizassem era o menor custo total, que ocorria devido a soma das taxas do frete aéreo e pelo menor custo em razão da diminuição dos estoques.

Outras alterações na economia e na tecnologia contribuíram para o desenvolvimento da logística, como a migração das áreas rurais para as urbanas e ao mesmo tempo, migração do centro das cidades para os subúrbios, sem falar que os clientes se tornam mais exigentes querendo mais variedades de produtos, assim os varejistas tiveram que acompanhar a população com pontos de vendas adicionais. Os varejistas passam então a perceber que o custo para manter estoques substanciais é alto, e repassam esta função para seus fornecedores ou centrais de distribuições especializadas, gerando entregas mais freqüentes para ressuprimento.

A pressão por custos, também contribuiu para o desenvolvimento da logística, pois até a década de 50, muitas empresas não conseguiam definir ao certo quanto eram seus custos logísticos, com a recessão após a segunda guerra, fazer o levantamento destes se fez necessário, pois a pressão por lucros cresce, e quando os analistas começaram suas pesquisas estes custos se mostraram espantosos.

Com a estréia do computador no mundo dos negócios, facilitou mais ainda a questão logística nas empresas, pois com as evoluções ocorridas, fazia se necessário, mais tipos de serviços de transporte, também houve a proliferação de produtos e maior quantidade de depósitos no sistema de distribuição. Ao mesmo tempo, houve incremento por modelagem matemática, particularmente da programação linear, da teoria de controle de estoques e da simulação, estimulando seu uso, uma vez que auxiliavam na identificação de economias significativas em áreas problemas da logística.

Entre a década de 1970 a 1990, a logística entra em uma fase de semimaturidade, tornando-se área de interesse pois, com o aumento do preço de petróleo, os custos com transporte elevaram-se e os custos de manutenção de estoques também conseqüentemente. A partir da década de 80 houve uma grande revolução da logística devido a fatores como explosão tecnológica da informação, alterações estruturais surgidas nos negócios e na economia dos países emergentes , formação de blocos econômicos e no fenômeno da globalização.

Hoje a logística apesar de ser considerada uma das atividades econômicas mais antigas, é um dos conceitos gerenciais mais modernos, isto devido a economia e a tecnologia, pois com a Globalização, o aumento das incertezas econômicas, a proliferação de produtos, os menores ciclos de vida de produtos e maiores exigências de serviços, cria-se assim novas exigências competitivas, e com as mudanças tecnológicas torna-se possível, um gerenciamento logístico mais eficiente e eficaz. Desta forma a logística, hoje, se torna não apenas uma ferramenta gerencial, mas uma importante atividade econômica que contribui de forma efetiva e significativa para a estrutura de custos das empresas. (Fleury, Paulo Fernando, 2000, pg. 30)

LOGISTICA NA EMPRESA

A logística é a atividade da administração responsável pelo planejamento, organização e controle de todo o fluxo de mercadorias e informação, desde a fonte fornecedora até o consumidor. Logística se preocupa com a qualidade, custos, prazos e ciclos dos serviços prestados no atendimento a clientes; ela tem por objetivo proporcionar um nível eficiente no mercado. A Logística deve ser tratada de maneira unificada, deve existir gestão de fluxo, integração e informação.

O gerenciamento logístico pode resultar em uma fonte de vantagens competitiva onde é encontrada, primeiramente na capacidade da organização se diferenciar dos seus concorrentes e pela capacidade de atuar com custos baixos e, conseqüentemente, com maiores lucros.

O gerenciamento da cadeia de suprimentos inclui o fluxo de mercadorias do fornecedor, através da fabricação e distribuição até o usuário final e esta direcionado para a otimização de fluxos dentro das empresas, enquanto o gerenciamento de cadeia de suprimentos reconhece que a integração interna por si não é suficiente.

O investimento das organizações nas áreas de movimentação, armazenagem, transporte e projetos de logística, faz com que ela fique mais eficiente e a perda de clientes para concorrência seja significativamente menor. A visão global é essencial as empresas que pretendem ficar à frente de seus concorrentes e, o entendimento da cadeia de abastecimento é uma estratégia que as tornam mais produtivas e competitivas.

Para uma organização que pretende ser líder em serviços de logística, um dos maiores desafios é ter o conhecimento das exigências dos diferentes segmentos do mercado em que atua e, direcionar os seus processos de logística aos cumprimentos dessas exigências.

A logística em uma organização pode ser dividida em **Suprimento**, gerência da matéria prima e de componentes que abrange o pedido ao fornecedor, transporte, armazenagem e expedição da matéria prima à produção. Em **Produção** que administra o estoque semi-acabado no processo de fabricação onde engloba o fluxo de materiais dentro da fábrica, os armazéns intermediários, o abastecimento dos postos de trabalho e a expedição do produto acabado e a **distribuição** que, administra a demanda do cliente e os canais de distribuição, abrange estoques de

produtos acabados, a armazenagem, o transporte e a entrega ao cliente.

O gerenciamento do procedimento logístico como uma atividade estratégica colabora para que o comprador receba o produto exato, na quantidade esperada, com a variedade e a qualidade estabelecidas e no tempo contratado.

MODALIDADES DE TRANSPORTES

Muitos fatores são analisados na questão do transporte, tais como o ponto de embarque e desembarque, os custos relacionados com embarque, desembarque, cuidados especiais, manuseio, o prazo de entrega, possibilidades de uso do meio de transporte, tais como disponibilidade, frequência, rapidez, segurança e exigências legais.

A escolha do meio mais adequado de transporte, é necessário estudar todas as rotas possíveis, estudando os modais mais vantajosos em cada percurso. Deve se levar em conta critérios tais como, menor custo, capacidade de transporte, natureza da carga, versatilidade, segurança e rapidez.

As classificações se dão de acordo com a modalidade da seguinte forma:

- Terrestres: rodoviário, ferroviário e dutoviário;
- Aquaviário: Marítimo e hidroviário;
- Aéreo;

E quanto a forma:

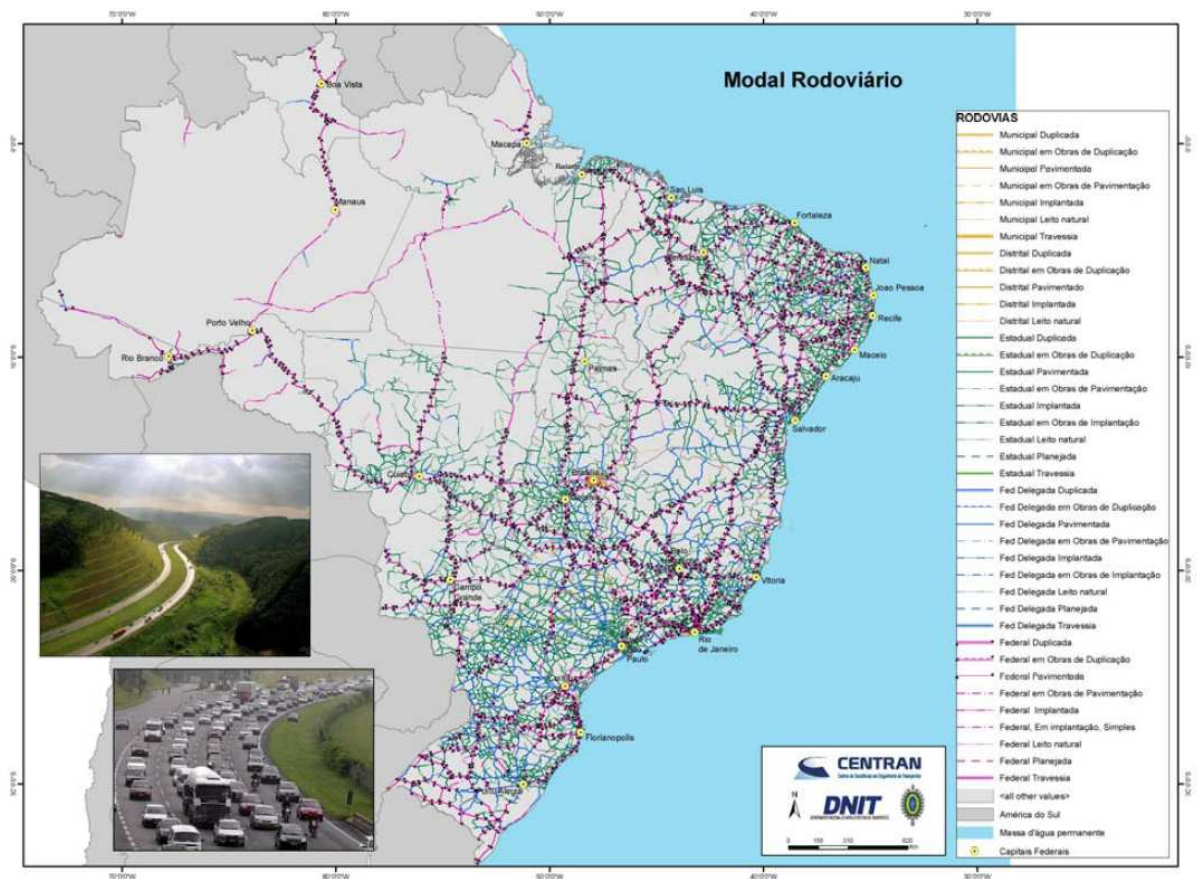
- Modal ou Unimodal: Envolve apenas uma modalidade;
- Intermodal: Envolve mais de uma modalidade e para cada trecho/modal é realizado um contrato;
- Multimodal: Envolve mais de uma modalidade, porém regido por um único contrato;
- Segmentado: envolve diversos contratos para diversos modais;
- Sucessivos: quando a mercadoria, para alcançar o destino final, necessitar ser transbordada para prosseguimento em veículo da mesma modalidade de transporte (regido por um único contrato).

Em todas as modalidades podemos ter vantagens e desvantagens, algumas são para um determinado tipo de mercadoria e outras não.

TRANSPORTE RODOVIÁRIO

Recomendável para curtas e médias distâncias, caracteriza-se pela simplicidade de funcionamento e flexibilidade. Permite em qualquer ocasião embarques urgentes, entregas diretas, manuseio mínimo da carga e embalagens mais simples.

Hoje este é o tipo de modal mas utilizado no país



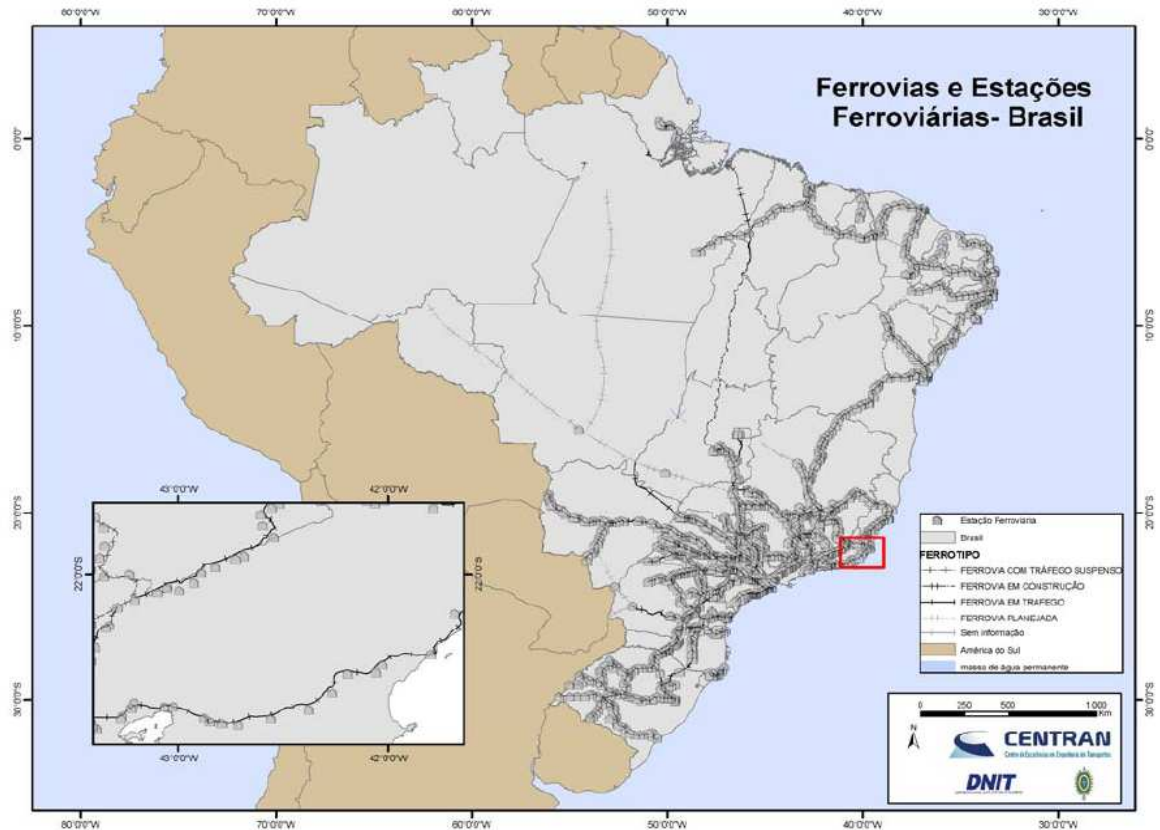
Mapa do modal rodoviário

Fonte: DNIT 2009

TRANSPORTE FERROVIÁRIO

Não tem a agilidade do transporte rodoviário, mas apresenta algumas vantagens: menor custo de transporte, frete mais barato que o rodoviário, sem problemas de congestionamentos, existência de terminais de carga próximos às

fontes de produção, transporta grande quantidade de mercadoria de uma só vez. É apropriado para mercadorias agrícolas a granel, minério, derivados de petróleo e produtos siderúrgicos. Comporta também o tráfego de contêineres.



Mapa do modal ferroviário

FONTE: DNIT 2009

TRANSPORTE DUTOVIÁRIO

O modal dutoviário é aquele que utiliza a força da gravidade ou pressão mecânica, através de dutos para o transporte de granéis. É uma alternativa de transporte não poluente, não sujeita a congestionamento e relativamente barata.

No Brasil, os principais dutos existentes são:

- Gasodutos: destina-se ao transporte de gases, e destaca-se a recente construção do gasoduto Brasil-Bolívia, com quase 2000km de extensão, para o transporte de gás natural;
- Minerodutos: aproveita a força da gravidade para transportar

minérios entre as regiões produtoras e as siderúrgicas e ou portos. Os minérios são impulsionados por um forte jato de água;

- Oleodutos: Utiliza-se de sistema de bombeamento para o transporte de petróleo brutos e derivados aos terminais portuários ou centros de distribuição.

TRANSPORTE ÁQUAVIARIO

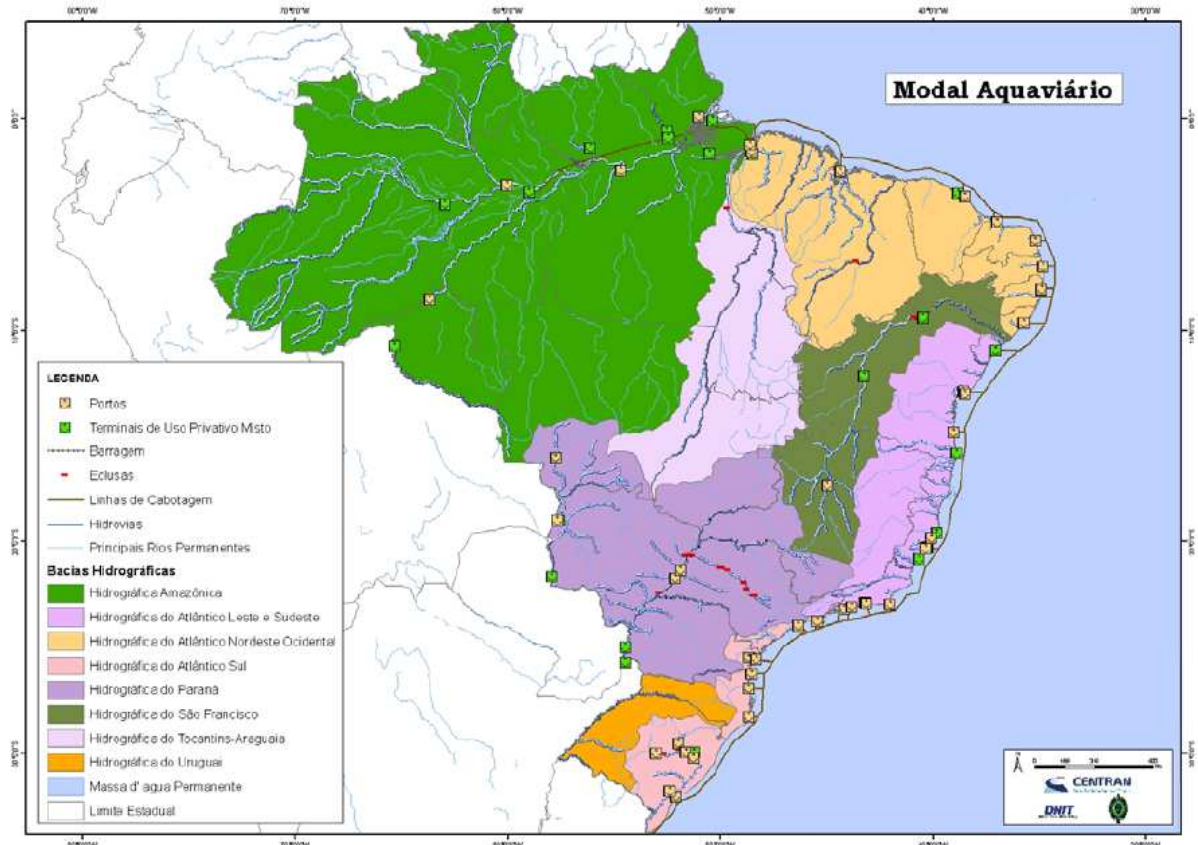
Transporte Marítimo

Representa quase a totalidade dos serviços internacionais de movimentação de carga. É o meio mais utilizado por seu baixo custo. Nas operações CFR (cost and freight) e CIF (cost, insurance and freight), a indicação do navio é feita pelo exportador, cabendo ao importador tal indicação no caso das operações FOB (free on board).

Transporte Hidroviário

Considerando o potencial de suas bacias hidrográficas, o transporte fluvial tem ainda uma utilização muito pequena no Brasil. É um modal bastante competitivo, já que apresenta grande capacidade de transporte, baixo consumo de combustível e é menos poluente que o modal rodoviário. O grande volume de mercadorias transportadas por este modal é de produtos agrícolas, fertilizantes, minérios, derivados de petróleo e álcool. Na Bacia amazônica, porém., o transporte de mercadoria manufaturada é bastante difundido e, juntamente com madeiras da região, é feita na forma internacional, ligando diversos portos brasileiros com o Peru e a Colômbia.

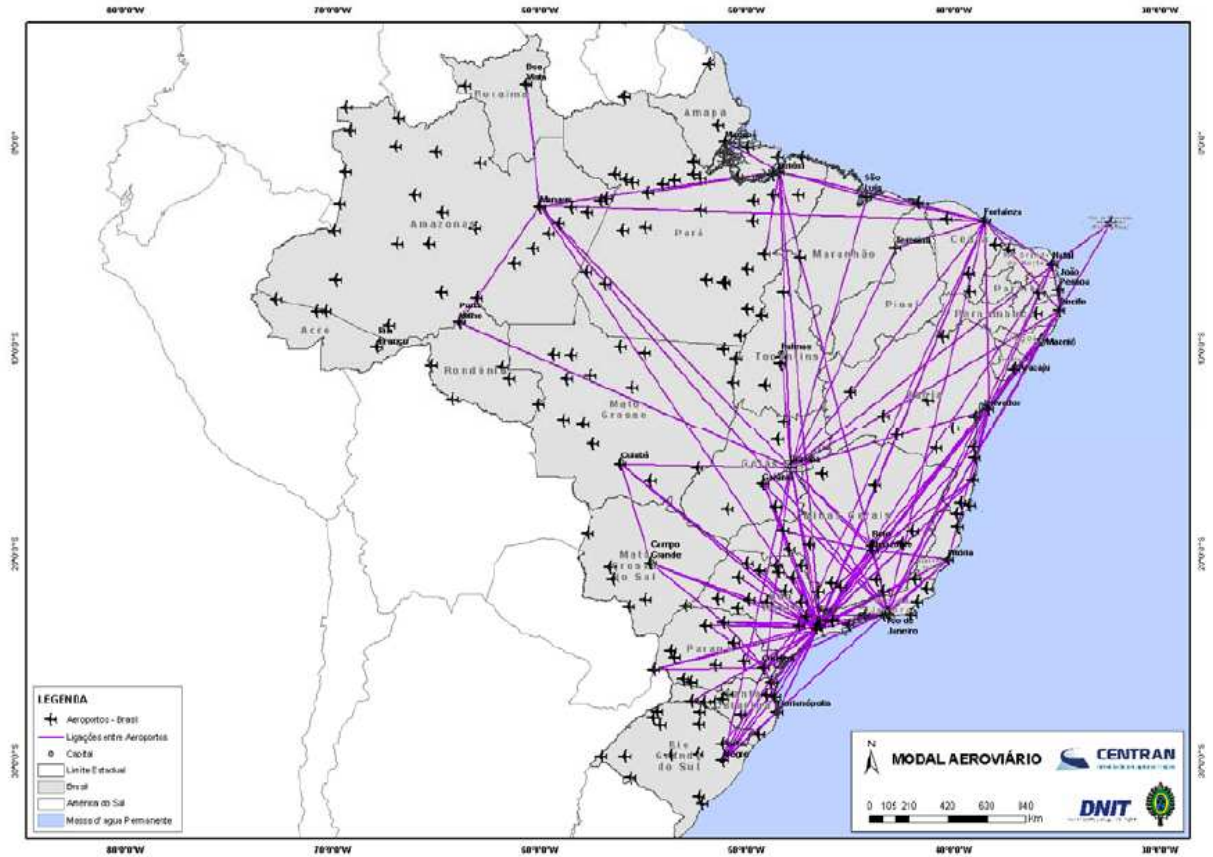
As embarcações utilizadas são as balsas, chatas, além de navios de todos os portes, pequenos médios e grandes.



Mapa com a visão do modal aquaviário.
 Fonte: DNIT 2009

TRANSPORTE AÉREO

Ideal para pequenas cargas urgentes e de alto valor. Regulamentado pela IATA (International Air Transport Association) e por acordos internacionais. Algumas características: crescente aumento de frotas e rotas; rapidez, segurança e agilidade no deslocamento; embalagens mais baratas, sem a necessidade de serem resistentes; acesso a mercados difíceis de alcançar por outros meios; redução dos gastos com armazenagem (possibilidade de manutenção de pequeno estoque no caso de indústria que utiliza o sistema just in time, com embarque diário que reduz os custos de capital de giro). Os Agentes de Carga IATA são os intermediários entre as empresas aéreas e os usuários.



Aerportos brasileiros e rotas de aviação
 FONTE: DNIT 2009

CONCLUSÃO

Apesar de toda a evolução ocorrida no campo logístico no mundo, hoje no Brasil evoluímos apenas quanto aos pensamentos e ficamos apenas na teoria, mesmo que as empresas tenham tido um crescimento considerável após organizar e entender a logística, utilizando-a de forma integrada e, dando a ela dentro de suas paredes um espaço especial e a considerando como primordial para seu crescimento, agora chegamos a uma barreira que para muitos estudiosos do assunto por muito tempo será considerada o freio no crescimento econômico brasileiro, a situação de infra estrutura logística no país.

Hoje o Brasil não está preparado para acompanhar a retomada da economia, segundo informação citada no artigo “apagão logístico ameaça reação no pós crise” (Folha de São Paulo em 09/07/2009), “a ANUT (Associação Nacional dos Usuários do Transporte de Cargas) indicam que previsões tímidas de crescimento de 2% do PIB brasileiro até 2023 - horizonte do PNLT (Plano Nacional de Logística e Transporte) Vão ampliar para 420 milhões de toneladas o total de cargas geradas pelo agronegócio brasileiro” . Hoje com a infra-estrutura disponível teríamos que dar conta de 308 milhões de toneladas.

Para tentar sanar estas deficiências logísticas no país, o governo lançou em 2007 o PNLT, Plano Nacional de Logística e Transporte, que tem como objetivo dotar o País de uma logística necessária e eficiente para o transporte de pessoas e cargas.

Dentro os objetivos do PNLT, espera-se que em um período de 15 a 20 anos, a readequação da atual matriz de transporte, aumentando a participação do modal ferroviário dos atuais 25% para 32% e do aquaviário de 13% para 29%. Com isso, o modal rodoviário, hoje com 58%, participaria com 33% da matriz de transporte de cargas, integrando-se ao sistema multimodal por meio do carregamento e distribuição de ponta nos terminais de integração e transbordo.

Para diretor-presidente da Fiorde Logística Internacional, de São Paulo-SP, Milton Lourenço, dificilmente, o País, ao longo de 20 anos, terá condições financeiras e administrativas de executar os estudos previstos no **PNLT**, como também parece claro que o atual governo não dispõe de saldo em caixa para atender às reivindicações da CNT, que incluem investimentos de R\$ 8 bilhões no modal rodoviário, R\$ 102 bilhões no aeroportuário, R\$ 27,6 bilhões no hidroviário,

R\$ 4,5 bilhões no portuário, R\$ 11,9 bilhões no multimodal e R\$ 126 bilhões no rodoviário.

Para os próximos anos, o Brasil espera retomar o crescimento da economia, e para tanto deve contar com a ajuda do governo, que ao contrario de outros países não investiu pesadamente na infra-estrutura rodoviária e ferroviária, como deveria, para evitar um colapso no crescimento econômico, já que 70% das nossas rodovias estão em péssimos estados e a maioria de nossas cargas continuam a passar sobre elas.

REFERÊNCIAS

DIAS, Marco Aurélio P. *Administração de materiais: princípios, conceitos e gestão*. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, Paulo Sérgio. *Administração de materiais*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2007.

NETO, Filinto Eisenbach. Falta de estratégia aos empresários do Paraná. *Jornal Folha de Londrina*. Londrina-PR, 2009.

BRITO, Aguinaldo. Apagão Logístico ameaça reação no pós-crise. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 9 set 2009.

EDITORIAL. *A Atualização na logística do Brasil*. Gazeta Mercantil. São Paulo, 14 abr 2003.

CANZIAN, Fernando. Empresas nacionais vivem "apagão" logístico. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 03 jun 2007.

ALLIGIERI, Michelle. Logística torna empresa mais competitiva. *Jornal de Londrina*. Londrina-PR, 28 mai 2007.

BALLOU, Ronald H. *Gerenciamento da cadeia de suprimentos: planejamento, organização e logística empresarial*. 4ª. Ed. Porto Alegre: Ed. Bookman. 2001.

CHRISTOPHER, Martin. *Logística e Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos*. São Paulo: Pioneira, 1997.

FLEURY, Paulo Fernando. *Logística Empresarial a Perspectiva Brasil*. São Paulo: Atlas, 2000.

CLOSS, David J. BOWERSOX, Donald J. *Logística Empresarial: Processo de Integração da Cadeia de Suprimento*. São Paulo: Atlas, 2001.

Recebido em Agosto de 2009. Aprovado em Dezembro de 2009.

O DESENVOLVIMENTO DE NOVOS PRODUTOS ATRAVÉS DA GESTÃO DE PROJETOS

THE DEVELOPMENT OF NEW PRODUCTS THROUGH PROJECT MANAGEMENT

Marcus Vinícius Muniz¹

Sérgio Cintra Feijó²

RESUMO: O objetivo deste trabalho é apresentar, através de pesquisas bibliográficas, o desenvolvimento de novos produtos através da gestão de projetos. Toda empresa deve empenhar-se na criação e desenvolvimento de novos produtos para se manter forte no mercado, pois os consumidores esperam sempre por novidades e a concorrência sempre estará inovando para conquistá-los. A gestão de projetos tem o papel do planejamento do produto desde a idéia até o lançamento no mercado, sempre analisando os riscos e acompanhando todas as etapas para o sucesso do novo produto.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de projetos, novos produtos, estratégia.

ABSTRACT: The objective of this work is show, through literature searches, development of new products through project management. Every company should focus on creating and developing new products to remain strong in the market as consumers look for ever new and competition is always innovating to conquer them. Project management has the role of product planning from idea to get into the market when analyzing the risks and following all the steps to successful new product.

KEYWORDS: Project management, new products, strategy.

1 INTRODUÇÃO

Uma vez a empresa ter segmentado cuidadosamente o mercado, escolhido seu público-alvo, identificando suas necessidades e seu posicionamento de mercado desejado, ela está preparada para desenvolver e lançar novos produtos apropriados.

A área de marketing desempenha uma função muito importante nesse processo, ela participa ativamente com outros departamentos de todos os estágios do processo de desenvolvimento do novo produto, em vez de deixar o departamento de pesquisa e desenvolvimento realizar todas as atividades do processo (KOTLER, 1998).

O termo pesquisa e desenvolvimento, ou P&D, tem um significado comercial que é independente da associação tradicional com pesquisa e

¹ Graduando do curso de Administração de Empresas do Centro Universitário Filadélfia de Londrina.

² Especialista, Docente no Centro Universitário Filadélfia e Universidade Norte do Paraná.

desenvolvimento tecnológico. Contudo, as atividades de pesquisa e desenvolvimento são administradas por unidades especializadas ou centros de pesquisa de empresas, universidades ou agências do Estado.

No âmbito comercial, P&D normalmente se refere a atividades de longo prazo e/ou orientadas ao futuro, relacionadas à ciência ou tecnologia, utilizando técnicas similares ao método científico sem que haja resultados pré-determinados, mas com precisões gerais de algum benefício comercial (WIKIPÉDIA, 2009).

Kerzner (2002, p.70) comenta que o desenvolvimento de novos produtos é uma das forças motrizes da gestão de projetos e afirma que “ela pode levar meses ou até anos, e pode igualmente vir a ser a principal fonte de renda da empresa por muito tempo”.

Um exemplo de uma empresa que faz uso dessa ferramenta é a Cheminova, que desenvolve produtos defensores agrícolas. A área de P&D da Cheminova se encontra em Lemvig, oeste da Dinamarca, e é neste local que se concentram os esforços nos processos de desenvolvimento de novos produtos, bem como de produtos já existentes, buscando melhorar custos e diminuir resíduos, tudo sem perder o foco na qualidade e segurança. Além disso, a área de pesquisa e desenvolvimento é responsável por desenvolver novas e modernas formulações, conforme as necessidades de registro (CHEMINOVA, 2009).

A maioria das empresas exige que as idéias de novos produtos sejam descritas em um formulário padronizado que possa ser avaliado por um comitê de novos produtos. A descrição exibe a idéia do produto, o mercado-alvo, a concorrência e as estimativas aproximadas do tamanho do mercado, preço do produto, tempo e custos do desenvolvimento, custos de produção e taxa de retorno.

Kotler (1998, p.285) explica que “as idéias devem ser aperfeiçoadas em conceitos de produtos testáveis”. Pode-se distinguir entre:

- 1. A idéia do produto:** representa o possível produto que a empresa pode oferecer ao mercado;
- 2. O conceito do produto:** é uma versão elaborada da idéia, expressada em termos significativos para o consumidor;
- 3. A imagem do produto:** é o quadro específico que os consumidores fazem de um produto real ou potencial.

Uma empresa pode acrescentar novos produtos, através da aquisição e/ou desenvolvimento. O processo de aquisição pode tomar três formas: a empresa pode comprar outras empresas, adquirir patentes ou adquirir uma licença ou franquia. E através do desenvolvimento de novos produtos, a empresa pode desenvolvê-los em seus próprios laboratórios, ou, contratar pesquisadores independentes ou mesmo procurar empresas especializadas para desenvolver novos produtos específicos.

2 A GESTÃO DE PROJETOS PARA A CRIAÇÃO DE NOVOS PRODUTOS

“Um projeto é um esforço exclusivo temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo” (PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE, 2004, p.5). Sendo assim, em muitos casos são desenvolvidos projetos para a criação e lançamento de novos produtos no mercado.

Para Sabbag (2009) o fato de projetos serem desafiadores e únicos, estimula o gerente a aprender enquanto gerencia seus projetos, mas também inibi-lo, induzindo-o a evitar a inovação e a mudança. Além disso, riscos elevados e incertezas podem induzir o gerente a resignar-se a aceitar atrasos, postergações e contingências.

Segundo o Project Management Institute (2004), os projetos podem criar um produto ou objeto produzido, quantificável e que pode ser um item final ou um item componente, uma capacidade de realizar um serviço, como funções de negócios que dão suporte à produção ou à distribuição e um resultado exclusivo, como resultados finais ou documentos.

Os projetos são realizados em todos os níveis da organização e podem envolver uma única pessoa ou milhares de pessoas. Sua duração varia de poucas semanas a vários anos. Os projetos podem envolver uma ou várias unidades organizacionais, como *joint ventures* e parcerias.

Se um projeto é temporário, estabelece organização temporária para executá-lo. Forma-se uma estrutura paralela à estrutura da organização ao qual o projeto está vinculado. Esses atributos de projetos demandam forte dose de empenho e uso de emoções para enfrentar a execução em busca da satisfação (SABBAG, 2009).

Os projetos são um meio de organizar atividades que não podem ser abordadas dentro dos limites operacionais normais da organização. Os projetos são, portanto, freqüentemente utilizados como um meio de atingir o plano estratégico de uma organização seja a equipe do projeto formada por funcionários da organização ou um prestador de serviços contratado (PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE, 2004).

Kotler (1998, p. 275) afirma que “apenas 10% dos novos produtos são verdadeiramente inovadores e novos para o mundo. Esses produtos envolvem custos e riscos maiores porque são novos para a empresa e para o mercado”. Assim, a maior parte da atividade de novos produtos é destinada a melhorar os produtos existentes.

O sucesso no desenvolvimento de novos produtos exige que a empresa defina uma organização para gerenciar o processo de desenvolvimento. Uma organização de sucesso começa com sua alta direção, pois é essencial a participação desta área para o sucesso de novos produtos.

O processo de desenvolvimento de novos produtos se inicia em busca de idéias. A alta gestão deve definir os produtos e mercados a enfatizar e declarar os objetivos da empresa em relação aos novos produtos. Devem também definir o esforço a ser destinado ao desenvolvimento de produtos inovadores, à modificação de produtos existentes e à cópia de produtos concorrentes (KOTLER, 1998).

Os projetos são normalmente autorizados como resultado de uma consideração estratégica como uma demanda de mercado, uma necessidade organizacional, uma solicitação de um cliente, um requisito legal, ou mesmo um avanço tecnológico, como por exemplo, uma empresa de *software* que autoriza um novo projeto para desenvolver uma nova geração de vídeo games após o lançamento de um novo equipamento para jogos por empresas de produtos eletrônicos (PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE, 2004).

No processo de criação de produtos, serviços ou resultados específicos existe a aplicação de recursos financeiros, onde não deve ser confundido com o preço, que consiste em custo adicionado de uma determinada margem comercial (BARBOSA et al., 2007).

A estimativa de custos envolve o desenvolvimento de uma aproximação dos custos dos recursos necessários para terminar cada atividade do cronograma. Nessa aproximação, é necessário considerar as possíveis causas de

variação das estimativas de custos, incluindo riscos (SALLES et al. *apud* BARBOSA et al., p.69).

Se lançar novos produtos é essencial para a permanência e melhoria dos resultados da empresa em seu ambiente de negócios, a transformação desse requisito num processo gerencial se faz necessário para que sejam reduzidos os riscos no lançamento (MATTAR; SANTOS, 2003, p.315).

3 O PROCESSO DE CRIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E LANÇAMENTOS DE NOVOS PRODUTOS NO MERCADO

O sucesso de uma empresa está associado à sua capacidade de entender como funcionam as forças do ambiente de negócios e de sua competência em converter de forma habilidosa esse conhecimento em produtos e serviços que ofereçam valor superior aos consumidores. As empresas que excedem as expectativas dos consumidores surpreendendo-os com produtos e serviços inovadores, além de assegurarem vantagens competitivas sustentáveis, podem ocupar posições de liderança em mercados altamente competitivos.

Juran (2001, p.162) define produto como “um bem ou um serviço”. Por exemplo, uma equipe de um escritório desenvolve um processo para a preparação de faturas, seu produto é o processo de negócios.

O processo de desenvolvimento de novos produtos consiste na escolha das características do produto que serão os meios para atender às necessidades dos clientes. Para escolher essas características, as empresas fazem uso de uma série de etapas, conforme Juan (2001):

1. Exame das alternativas disponíveis de características do produto para atender às necessidades dos clientes;
2. Criação de novas alternativas;
3. Experimentação e teste das alternativas, para escolher a ótima;
4. Definição das características escolhidas para o produto.

Essa série de etapas é muitas vezes chamada de desenvolvimento do produto. A terminologia não é padronizada. Portanto, o desenvolvimento de produtos

é o processo experimental de escolha das características dos mesmo que correspondem às necessidades dos clientes.

Kotler (1998) comenta que as idéias de novos produtos podem surgir de fontes como inventores, detentores de patentes, laboratórios universitários e comerciais, consultores industriais, agências de propaganda, empresas de pesquisa de marketing, publicações industriais e de outras pessoas de idéias.

Embora as idéias possam fluir de muitas fontes, suas chances de receber atenção, frequentemente, depende de alguma pessoa da organização. Não é provável que a idéia de um produto seja levada em consideração, a menos que tenha um forte defensor.

Para Juan (2001, p.166) “uma parte essencial do desenvolvimento de produtos é o seu projeto”. O projeto de um produto é o processo de definição das características dos mesmos, exigidas para a satisfação das necessidades do cliente. Também é considerado criativo baseado em grande parte na perícia tecnológica ou funcional. Os projetistas são engenheiros de projetos, analistas de sistemas, chefes operacionais e ainda outros planejadores. Os resultados finais do projeto de produtos são procedimentos, especificações, fluxogramas, planilhas e, especificamente, metas para as características dos produtos.

Novos produtos podem ter determinados objetivos, conforme a novidade da inovação para a empresa e para o mercado (MATTAR; SANTOS, 2003):

1. Simples melhorias e/ou revisões em produtos ou linhas de produtos já existentes, incluindo ações para reduções de custos;
2. Reposicionamento e mercado;
3. Novos produtos ou novas linhas de produtos para a empresa, mas já existentes no mercado;
4. Novos produtos ou novas linhas não existentes no mercado, mas já existentes em outros;
5. Produtos ou linhas de produtos totalmente novos no mundo.

O processo de desenvolvimento de novos produtos compreende a sequência de atividades utilizadas para transformar uma idéia ou a solução de um problema em um produto ou serviço que possa ser comercializado. Esse processo

consome tempo, contém vários tipos de riscos e é oneroso. A condução eficaz desse processo contribui para a redução dos riscos e custos e, em consequência, o desenvolvimento de um novo produto com alta probabilidade de sucesso.

Após a fase de teste do novo produto, o gerente de novos produtos deve desenvolver um plano estratégico de marketing preliminar para lançar o novo produto no mercado. A estratégia de marketing passará por aperfeiçoamentos nos estágios subsequentes (KOTLER, 1998).

O plano estratégico de marketing consiste em três partes. A primeira parte descreve o tamanho, estrutura e comportamento de mercado-alvo, o posicionamento planejado do produto e as vendas, participação de mercado e metas de lucro esperadas para os primeiros anos. A segunda parte do plano delinea o preço previsto para o produto, a estratégia de distribuição e o orçamento de marketing para o primeiro ano. E a terceira e última etapa do plano estratégico de marketing descreve as metas de vendas e lucros em longo prazo e o composto de marketing do período.

Mattar e Santos (2003) confirmam esta idéia afirmando que “com os produtos aprovados na fase de pesquisas e/ou testes de mercado, a empresa procede, então, ao processo de preparação do plano de marketing para o lançamento dos produtos”.

As diversas áreas da empresa como produção, marketing, finanças P&D, engenharia, recursos humanos; e fora da empresa, fornecedores, agências de propaganda, agência de promoção de vendas, representantes, distribuidores e varejistas, também são envolvidas nesse processo, sob a liderança do marketing, para que, no momento certo, os produtos sejam lançados no mercado com o nível de eficiência e eficácia demandadas pela alta administração da empresa.

O lançamento de um novo produto no mercado exige por parte da empresa estabelecer os procedimentos de acompanhamento da evolução das vendas e dos objetivos e metas estabelecidas para os produtos, de forma a possibilitar a detecção e correção de rumos, caso necessárias, no momento certo e com a intensidade correta. Medidas periódicas de desempenho devem ser coletadas e comparadas com as metas e objetivos desejados, e ações corretivas devem ser desenvolvidas quando os resultados estiverem distantes dos previstos (MATTAR; SANTOS, 2003, p.344).

Após a administração desenvolver o conceito de produto e a estratégia de marketing, ela pode avaliar a atratividade do negócio proposto. Precisa preparar as projeções de vendas, custos e lucros para determinar se eles satisfazem os objetivos da empresa. Caso positivo, o conceito de produto pode passar para o estágio de desenvolvimento do produto. À medida que novas informações chegam a análise comercial será revisada e expandida (KOTLER, 1998).

4 O REPOSICIONAMENTO DE MERCADO ATRAVÉS DE NOVOS PRODUTOS

A forte concorrência entre as organizações pelo mundo faz com que novas tecnologias, estratégias, produtos e serviços cresçam e se desenvolvam para um novo posicionamento perante a concorrência, assim, possibilitando que determinada organização ganhe mais força no mercado e volte a brilhar na mente do consumidor de maneira mais constante.

Atualmente, o desejo do cliente não é apenas que o fornecedor entregue produtos ou serviços de qualidade, mas, também, que ele administre suas atividades com práticas eficientes de gestão de projetos. Isto inclui relatórios eficazes e atualizados da situação do projeto, relatando a situação geral e comunicação global efetiva com o cliente (KERZNER, 2002).

Toda empresa deve empenhar-se no desenvolvimento de novos produtos. Devem ser encontrados produtos substitutos para se manter ou desenvolver futuras vendas. Além disso, os consumidores desejam novos produtos e os concorrentes farão o possível para fornecê-los. Kotler (1998, p.275) define reposicionamento de mercado através de novos produtos como “produtos existentes que são colocados em novos mercados ou em novos segmentos”.

A renovação de produtos existe para que o consumidor sinta-se novamente atraído. Isso acontece, pois novas características, conceitos, são associados aos produtos, assim, agregando um valor mais no produto em relação ao do concorrente. O reposicionamento de mercado exige um alto conhecimento do ambiente em que a empresa está, do consumidor e do poder da marca, e não deve ser feito sem antes estudar os efeitos, as oportunidades e ameaças desta estratégia.

CONCLUSÃO

Diante das pesquisas bibliográficas apresentadas, é possível concluir que a gestão de projetos e o desenvolvimento de novos produtos são ferramentas muito importantes para novas estratégias e resultados nas organizações.

Para a criação de um novo produto ou mesmo desenvolvimento de um já existente, é necessário, além de um bom planejamento, o desenvolvimento de um projeto para lançamento deste produto no mercado. Através de um projeto, é desenvolvido o planejamento de custos, riscos, tempo, entre outros fatores que são essenciais para o sucesso deste produto.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Christina et al. *Gerenciamento de custos em projetos*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

CHEMINOVA. Disponível em: < <http://www.cheminova.com.br>>. Acesso em: 07 ago. 2009.

JURAN, J. M. *A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços*. Tradução Nivaldo Montingelli Jr. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

KERZNER, Harold. *Gestão de Projetos: As melhores práticas*. Tradução Marco Antônio Viana Borges, Marcelo Kippel e Gustavo Severo de Borba. Porto Alegre: Bookman, 2002.

KOTLER, Philip. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. Tradução Ailton Bomfim Brandão. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

MATTAR, Fauze Najib; SANTOS, Dilson Gabriel dos. *Gerência de produtos: como tornar seu produto um sucesso*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. *A guide to the project management body of knowledge (PMBOK® Guide)*. Newtown Square, 2004.

SABBAG, Paulo Yazigi. Gerir projetos requer gerir conhecimentos. *Revista Mundo PM*, Rio de Janeiro, v.5, n.27, p. 8-15, jun. 2009.

WIKIPÉDIA. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org>>. Acesso em 06 ago. 2009.

Encaminhado em outubro de 2009. Aprovado em Janeiro de 2010.

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NAS AÇÕES EM SAÚDE E NO
TRABALHO DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
THE STRATEGIC PLANNING IN HEALTH ACTIONS AND IN THE WORK OF THE NURSE IN
THE FAMILY HEALTH PROGRAM

Maria José de Melo Prado¹

RESUMO: O atual sistema de saúde do Brasil tem como marco teórico a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, segundo o qual a saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado. O SUS propõe uma mudança na forma de entender o processo saúde-doença das populações, integrando ações de prevenção e promoção na prática dos profissionais de saúde e tornando os serviços acessíveis a todos os cidadãos. A principal estratégia do SUS para essa mudança paradigmática é o Programa de Saúde da Família, cujo eixo são equipes multiprofissionais (Equipes de Saúde da Família – ESF), que trabalhem com área adstrita e conheçam de perto a realidade da sua população, para poder planejar ações de saúde compatíveis com suas necessidades. Essas equipes se concentram nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, instituição que na quase absoluta maioria das vezes é administrada por um enfermeiro, embora o possa ser por outros profissionais. Ao enfermeiro cabe a tarefa de gerenciar a UBS e, muitas vezes, também comandar a ESF. Entretanto, esse profissional não tem uma formação sólida em Administração, e desenvolve essa habilidade pela experimentação empírica, por erros e acertos. Sendo o Planejamento Estratégico um recurso bastante utilizado pela Administração para gerir instituições, com objetivo de melhorar seu desempenho, nossa intenção é verificar a possibilidade da sua utilização pelo enfermeiro do PSF, para acrescentar valores na sua prática profissional e contribuir para a formação da identidade do enfermeiro como profissional competente e imprescindível para a solidificação do SUS como um sistema funcional e equânime. Esse trabalho constitui-se um estudo de caso, em que a realidade percebida é analisada à luz das teorias utilizadas para explicá-la. Ao final, concluímos que o Planejamento Estratégico, pela sua conceituação, não pode ser aplicado à realidade de uma UBS, mas pode oferecer suporte para proposição e implementação de ações que busquem melhorias na prática do profissional que atua nesse contexto.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família; enfermeiro; Planejamento Estratégico

RESUME: The actual Brazilian health system has as a theoretical mark the Constitution of the Federative Republic of Brazil from 1988, which established

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Administração Hospitalar pela mesma instituição. Especialista em Saúde Coletiva e em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Filadélfia – UniFil. Enfermeira de PSF na Autarquia Municipal de Apucarana - PR.

the Unique Health System – SUS, according to health is a right of every citizen and a obligation of the State. SUS proposes a change in the way of understanding the population health-disease process; it integrates prevention and promotion actions in the practice of the health professionals and making the services accessible to every citizen. The main SUS's strategy for this paradigm change is the Family Health Program, whose the pivots are the multiprofessional teams (Family Health Team – ESF), whom work with restrict area and closely know the reality of its population, so will be able to project consistent health actions with it's necessity. Those teams are concentrated in the Basic Health Unit – UBS, an institution that in the most of the time is managed by a nurse, even so it can be done by other professionals. To the nurse is due the task of manage the UBS and, many times, to command the ESF also. However, this professional doesn't have a solid formation in Administration, and this ability is developed by practical experimentation, by mistakes and adjustment. The Strategic Planning is a resource extensive used by the Administration to manage institutions, with the purpose of improve its performance, our intention is to verify the possibility of its utilization by the nurse of the PSF, to increase value in the professional practice and to contribute to the identity formation of he nurse as a capable professional and indispensable to the solidification of the SUS as a functional and fair system. This work constitutes a study of case which the perceived reality is analyzed with the theoretical information to explain it. At the end, we have concluded that the Strategic Planning, by its valuation, can not be applied to the reality of an UBS, but can offer support to the proposition and actions implementation that seek to improvement in the professional practice that gives activity in these context.

Key-word: Family Health Program; nurse; Strategic Planning.

1.Introdução.

Assim como nas instituições as decisões são tomadas em diversos níveis, no Sistema Único de Saúde também é assim. Cada esfera de poder tem atribuições pré estabelecidas e é responsável por administrar setores específicos. De um modo em geral, a responsabilidade divide-se entre as esferas Federal, Estadual e Municipal:

- Federal: elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; co-financiar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as bases de dados nacionais;
- Estadual: acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações inter-municipais; coordenar a execução das políticas de

qualificação de recursos humanos em seu território; co-financiar as ações de atenção básica; auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território;

- Municipal: definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); co-financiar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Neste caso, o planejamento estratégico acontece em nível Federal, o tático em nível Estadual e Municipal e o operacional nas suas unidades executoras, como as Unidades Básicas de Saúde - UBS. Existem, entretanto, outras divisões com o objetivo de compartilhar responsabilidade para garantir a efetivação das ações propostas pelo SUS.

Por exemplo, o nível federal, representado pelo Ministério da Saúde, liga-se a secretarias, tais como a Secretaria Executiva – SE, que auxilia o Ministro da Saúde na supervisão e coordenação das atividades das demais Secretarias do Ministério da Saúde, supervisiona e coordena as atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e orçamento; de organização e modernização administrativa; de contabilidade; de administração financeira e de recursos humanos; de informação e informática; e de serviços gerais; assessora o MS na formulação de estratégias de colaboração com organismos internacionais e supervisiona e coordena as atividades relativas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS.

Outras secretarias são a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, formada pelos departamentos de Atenção Especializada; de Regulação, Avaliação e Controle; de Atenção Básica; e de Ações Programáticas Estratégicas; a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, que fortaleceu e ampliou as ações de Vigilância Epidemiológica. Com sua criação, as atividades antes desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da

Fundação Nacional de Saúde, passaram a ser executadas pela SVS. Entre suas ações, incluem-se os programas nacionais de combate à dengue, o Programa Nacional de Imunização - PNI, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o controle de zoonoses, combate a doenças como tuberculose, hanseníase, hepatites virais, DST e Aids.

Outros exemplos são a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP (formula e implementa a política de gestão democrática e participativa do SUS), a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE (formula, implementa e avalia a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde). Além disso, também formula, implementa e avalia as Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas e imunobiológicos.

Além disso, existem outras instâncias deliberativas, tais como a Comissão Intergestores Tripartite, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Os municípios, por sua vez, unem-se em Regionais de Saúde -RS, órgão que agrega um determinado número de municípios e cuja finalidade é garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população, competindo-lhe:

- I - implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional;
- II - assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões;
- III - coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional;
- IV - promover articulações interinstitucionais;
- V - executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional;
- VI - implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região.
- VII - exercer outras atividades correlatas (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

O Estado do Paraná possui 22 Regionais de Saúde, cujas sedes são respectivamente nos municípios de Paranaguá, Região Metropolitana, Ponta Grossa, Irati, Guarapuava, União da Vitória, Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Cascavel, Campo Mourão, Umuarama, Cianorte, Paranaíba, Maringá, Apucarana, Londrina, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã. Apucarana, cidade onde localiza-se a Unidade Básica de Saúde estudada, é sede da 16ª Regional, que absorve os seguintes municípios: Apucarana, Araongas, Califórnia, Cambira, Jandaia do Sul, Marilândia do Sul, Marumbi, Novo Itacolomi, Rio Bom e Sabáudia.

Os municípios pertencentes têm em comum a localização geográfica e estabelecem acordos de cooperação. À Regional de Saúde cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais. As RS têm autonomia para definir suas políticas, dentro das políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Ou seja, existem vários níveis de governo, podendo haver então vários níveis de planejamento estratégico, sendo a Unidade Básica de Saúde o ponto final.

Retomando Chiavenato (1994), para quem o Planejamento Estratégico possui como características ser projetado a longo prazo, em termos de efeitos e conseqüências, podemos traçar um paralelo com o Sistema Único de Saúde - SUS, proposta inicial que contém a Estratégia de Saúde da Família. O SUS foi estabelecido tendo como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, resolutividade, regionalização e hierarquização e participação popular. Seu objetivo é proporcionar assistência à saúde com qualidade, para todos os cidadãos, além de realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

Para alcançar sua finalidade, o SUS utiliza como ferramentas programas e estratégias, que são pensados no âmbito do Ministério da Saúde e desenvolvidos pelos Estados e Municípios, por meio das Regionais de Saúde. Esses objetivos envolvem melhorias nas condições de vida e de saúde da população com metas projetadas a longo prazo. Os Estados e Municípios, por sua vez, projetam metas dentro da sua realidade e contexto. Estas são ao mesmo tempo subordinadas e integradas às do Ministério da Saúde, de modo

que existem ações coordenadas, em diferentes níveis, para obtenção de objetivos comuns.

Dentro dos Municípios, as atividades em saúde ficam sob responsabilidade da Secretaria de Saúde, que por sua vez se dividem em departamentos, tais como Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Programa de Saúde da Família e outros. Mais uma vez, existe o trabalho conjunto para alcance de metas comuns.

Outra característica do PE seria, para Chiavenato (1994), estar sujeito às incertezas a respeito dos eventos ambientais, pois a qualquer momento um ou mais fatores externos podem ocupar temporariamente um papel de influência propulsora ou restritiva sobre as atividades da instituição. Quando se trata da saúde, diversos fatores influenciam no processo de viver, adoecer e morrer de uma população, sendo o produto final disso a representação das condições de saúde dessa sociedade.

Questões sociais, tais como investimentos em setores ou regiões, condições de moradias, acesso a saneamento; questões políticas, como a alternância dos partidos no poder, e eventos adversos, tais como epidemias, são eventos ambientais que interferirão diretamente sobre as decisões tomadas no âmbito do PE.

Outra característica citada por Chiavenato (1994) é o fato de envolver a instituição como um todo. As políticas do SUS envolvem todas as estruturas e níveis de poder, desde os altos escalões de poder até a sua base. Elas se iniciam no Ministério da Saúde e se concretizam ao longo da cadeia, terminando em ações no elo final, que é o Programa de Saúde da Família.

Outro autor importante é Rebouças (1999), para quem o Planejamento Estratégico possui quatro fases de implantação:

1. Diagnóstico estratégico: nessa fase, a instituição deve determinar “como se está”, por meio da identificação da visão (o que se consegue enxergar dentro de um período de tempo longo e abordagem ampla), que os membros da instituição possuem desta. Nessa fase, também se faz análise da conjuntura externa (ameaças e oportunidades, fatores não controláveis) e interna, sendo que esta identifica os pontos fortes e fracos (fatores controláveis) da instituição e analisa os concorrentes.

No caso da saúde, a análise é feita comparando-se os padrões do país, do Estado, municípios ou regiões, com parâmetros internos ou externos, estes últimos normalmente definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) – esta com parâmetros mais próximo da nossa realidade, estabelecendo-se metas que sejam possíveis de serem cumpridas, dadas as particularidades demográficas, sociais e econômicas do Estado, região, município, etc.

2. Missão da instituição: nessa fase, estabelece-se o motivo central do planejamento estratégico, ou seja, “onde a instituição deseja ir”, os propósitos atuais e potenciais, armazenando todas as informações possíveis sobre os propósitos atuais e futuros e se estabelecem macroestratégias e macropolíticas.

O SUS tem como missão:

a) vigilância em saúde: atos e procedimentos que visem o diagnóstico precoce e a monitorização de grupos de riscos, visando intervir no controle dos riscos e redução dos danos à saúde, evitando sua disseminação e evolução; ações de vigilância sanitária relacionadas a produtos, serviços, alimentos, meio ambiente, que visem a prevenção e controle de riscos à saúde; ações de vigilância epidemiológica relacionadas a notificação de danos e monitorização de grupos de riscos, visando a prevenção e controle dos danos à saúde;

b) atenção em saúde: atos e procedimentos que visem a recuperação do dano à saúde; ações de diagnóstico e tratamento dos portadores de dano à saúde (doença e agravo); assistência integral e resolutiva, ambulatorial, pré-hospitalar, hospitalar e domiciliar, nos diferentes níveis de complexidade;

c) promoção da saúde: atos e procedimentos resultantes de ações intersetoriais que gerem mudanças na estrutura e no processo dos fatores condicionantes da ocorrência do dano à saúde; ações de melhoria das condições de vida e trabalho; intervenção nos fatores sócio-econômicos e de infraestrutura que visem mudanças no modo de vida; intervenção nos fatores comportamentais (hábitos) através de estratégias educativas que visem mudanças no estilo de vida.

Assim, as ações para atingir a missão estabelecida dividem-se em vários níveis, desde micro, que envolve poucos recursos financeiros e humanos, como realizar pré natal das gestantes em uma UBS de determinada região de uma cidade qualquer, até macro, políticas de habitação e saneamento básico.

Para cumprir os objetivos estabelecidos por essa missão, existe a necessidade do trabalho conjunto entre diferentes secretarias. Não é possível ter bons indicadores em saúde em uma população que mora de forma precária, sem saneamento básico, por exemplo. Assim, a ação deve ser coordenada entre A Secretaria de Habitação e Secretaria de Saneamento, para construir moradias que ofereçam condições de habitação; deve ser acionada também a Secretaria de Meio Ambiente, para autorizar a construção naquele biosistema, assim como a Secretaria de Energia para instalação de terminais receptores da transmissão da energia elétrica. É, portanto, uma ação de grandes proporções, que envolve grandes investimentos financeiros.

Outro exemplo são as ações de combate ao tabaco, já que o tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. O total de mortes causadas pelo uso do tabaco é 4,9 milhões por ano, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER).

Desde 1986, com a criação do O Dia Nacional de Combate ao Fumo, diversas políticas antitabagistas foram criadas, como campanhas na mídia, a obrigatoriedade das indústrias produtoras em alertar sobre os malefícios do fumo nas embalagens de cigarro. Hoje, existe tratamento, disponível no SUS, para quem deseja abandonar a dependência do cigarro.

Percebemos, então, que há um grande esforço no sentido de prevenir os malefícios causados pelo fumo, que soa um problema de saúde pública e consomem grande parte dos recursos disponíveis para a saúde. Estes esforços vão ao encontro da missão proposta pelo SUS, de diagnóstico precoce e monitorização dos grupos de risco. O tema da campanha contra o tabaco de 2007, por exemplo, é "Ambientes Livres de Tabaco", que visa alertar a população para os perigos da exposição à fumaça ambiental do tabaco,

também conhecida como tabagismo passivo, pois este também é responsável por milhares de mortes no mundo.

3. Instrumentos Prescritivos e Quantitativos: nessa fase, estabelecem-se metas, desafios e objetivos; estratégias e políticas funcionais; e estabelecem-se projetos e planos de ação.

Para ilustrar como isso acontece na área da saúde, usaremos como exemplo a erradicação da poliomielite do Brasil - doença viral que causa paralisia muscular, principalmente nos membros inferiores. O MS investe recursos na vacina contra essa doença e repassa aos municípios, em um processo intermediado pelas Secretarias de Saúde Estaduais. Os municípios desenvolverão estratégias para que a vacinação alcance a meta proposta pelo MS, que é vacinar 100% da população com idade até 5 anos.

4. Controle e Avaliação: nessa fase, avalia-se a situação, fazendo as correções necessárias, se preciso for. Retomando o exemplo citado na questão anterior, as vacinações sistemáticas contra a poliomielite foram introduzidas na rotina dos serviços de saúde pública do Brasil em 1960, na cidade de Petrópolis (RJ), mas não obtiveram o efeito esperado. Os principais motivos foram a curta duração da validade da vacina, que necessitava ser aplicada dentro de uma semana após ser envasada, e o fato da sua importação não ser feita apenas pelo governo federal, mas também de maneira direta, por alguns estados, o que dificultava o controle adequado da qualidade de todas as vacinas adquiridas (SCHATZMAYR, 2002).

Em 1971, na tentativa de interromper a transmissão da doença, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional de Controle da Poliomielite, que também não obteve o sucesso esperado, pois quase todos os estados brasileiros notificaram surtos de poliomielite no período de 1975 a 1979.

Assim, estabeleceu-se um novo plano de ação para o período de 1980 a 1984, cuja base era a criação de dois dias nacionais de vacinação em massa, objetivando interromper a circulação do vírus selvagem, pela ampla disseminação do vírus vacinal em todo país. Pelo fato de 91,5 % dos casos de poliomielite ocorrerem em crianças abaixo de quatro anos de idade, todas as

crianças dentro dessa faixa etária foram convocadas a receber a vacina, mesmo que já estivessem imunizadas.

Os dias nacionais de vacinação mobilizaram grandes segmentos da sociedade e alcançaram enorme êxito. Entre outubro de 1980 e setembro de 1982, observa-se o registro de apenas oito casos em média por mês, quando a incidência de 1975 a 1980 alcançou entre cem a quinhentos casos mensais (SCHATZMAYR, 2002). Em 1994, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o certificado de interrupção da transmissão dos vírus selvagens da poliomielite no Brasil, confirmando a conclusão da comissão nacional que havia anteriormente declarado o país livre desses vírus. A imunização contra a doença ainda é feita, pela existência do vírus selvagem no Brasil a partir dos continentes africano e asiático.

Esse exemplo ilustra a utilização da etapa de avaliação e controle do Planejamento Estratégico dentro da saúde, e mostra como essas etapas são imprescindíveis para manter ou traçar novos caminhos. Uma das mais recentes ações do MS é uma pesquisa sobre coberturas vacinais, que pretende, até o final do ano de 2007, obter dados consistentes sobre a vacinação em crianças nas capitais e no Distrito Federal. Ao final da pesquisa, os gestores federal, estaduais e municipais terão informações e análises apuradas sobre a realidade dos níveis de cobertura vacinal, o que fornecerá subsídios para novas estratégias de vacinação (portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias).

Para Chiavenato (1994) o Planejamento Estratégico possui as seguintes etapas:

1. Determinação dos objetivos: lucro, expansão da empresa, segurança ou autonomia. No caso do Programa de Saúde da Família, principal estratégia do SUS para a assistência à saúde no Brasil, o objetivo do MS foi sua expansão para todas as regiões do país, o que garantiu sua autonomia, sustentabilidade e permanência, mesmo em período politicamente conflituosos.

Dados no Ministério da Saúde mostram como o PSF foi ampliando sua cobertura e ganhando força ao longo dos anos. Em 2003, o total de Equipes de Saúde da Família implantadas era de 19 mil, representando uma cobertura populacional de 35,7%, com investimento de R\$1.662,80 bilhões. Já em 2006, o total de Equipes de Saúde da Família implantadas foi de

26.729, com cobertura de 46,2% da população e investimentos de R\$ 3.248,50 bilhões (dtr2004.saude.gov.br/dab)

Atualmente, o PSF existe de forma independente dos partidos políticos que ocupam o poder, graças ao investimento em recursos financeiros e humanos feitos para sua implantação. É pauta política dos gestores públicos, o que demonstra o alcance das suas ações.

2. Análise ambiental: reconhecimento do ambiente externo, com suas necessidades, oportunidades, recursos disponíveis, dificuldades, coações e contingências inevitáveis e incontroláveis, para ter condições de adotar comportamentos proativos em relação e esses fatores. Deve considerar também os objetivos das demais organizações, tendências atuais e potenciais.

Podemos demonstrar como essa análise acontece na saúde citando o exemplo da dengue, considerada um dos principais problemas de saúde pública no mundo, inclusive no Brasil. A dengue é uma doença infecciosa aguda de curta duração, de gravidade variável, causada por um arbovírus. É transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti* infectado, encontrado em áreas tropicais e subtropicais do mundo, pois as condições do meio ambiente favorecem seu desenvolvimento e proliferação. Sabendo-se que as epidemias (número de casos da doença acima do índice esperado para determinado período e lugar) geralmente ocorrem no verão, durante ou imediatamente após períodos chuvosos, o Ministério da Saúde desenvolve ações que visam prevenir o aparecimento da doença.

Assim, campanhas divulgadas pela mídia e intensificação das ações dos agentes responsáveis pela fiscalização dos domicílios, que procuram pela existência de focos do mosquito, são as armas mais utilizadas nessa estratégia, operacionalizada nos mais diversos níveis.

Fatores adversos e contingências inevitáveis e incontroláveis, como chuvas abundantes no período do verão, pois o mosquito utiliza água limpa e parada para colocar seus ovos, obrigam o MS a desenvolver ações defensivas, intervindo sobre possíveis futuros focos. Já a educação permanente para profissionais de saúde e sociedade caracteriza-se como ações proativas, pois interfere nos fatores de risco antes mesmo do seu aparecimento.

A análise ambiental pode envolver variáveis e fatores: a) tecnológicos (custo, disponibilidade, mudanças, novos produtos); b) políticos (decisões governamentais nos níveis federal, estadual e municipal que pode afetar as atividades da instituição), c) econômicos (economia em recessão ou prosperidade, tendência de preços, políticas fiscais ou monetárias); d) Legais, facilitadores (incentivos fiscais) ou dificultadores (legislação sobre salários e controles de preços, condições de trabalho); e) sociais (qualidade de vida almejada, padrões de conforto, costumes); f) demográficos (densidade populacional, distribuição por idade ou sexo); g) ecológicos;

3. Análise interna da organização e de seus recursos: financeiros/contábeis, mercadológicos, produtivos e humanos, que revelará as potencialidades e vulnerabilidades da instituição. Na atenção básica em saúde, que tem como porta de entrada para o sistema o Programa de Saúde da Família, um dos pontos fracos, que afetam toda a organização, é a dificuldade de se encontrar profissionais qualificados para atuar na área de Saúde Coletiva, que exige um perfil diferenciado pela singularidade do serviço.

4. Geração, avaliação e seleção de alternativas estratégicas, que podem ser defensivas, ofensiva ou prospectiva, analítica e reativa. Esse planejamento consiste na tomada antecipada de decisões, antes da ocorrência da ação. Retomando o exemplo acima, o MS, ao identificar esse fator, que poria em risco a implantação das suas estratégias, investiu na capacitação dos seus profissionais, por meio de cursos e programas, como o PROFAE, cujo objetivo é:

executar uma política pública de capacitação de recursos humanos, abrangente e duradoura, adequada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), sintonizada com as inovações no campo da educação profissional e flexível, no que diz respeito às diversidades regionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Esse programa abrange os cursos de Formação Pedagógica para a especialização de Enfermeiros; a Modernização e Criação de Escolas

Técnicas de Saúde do SUS; a elaboração e implantação de um Sistema de Certificação de Competências Profissionais; e a implementação de um Sistema de Informação sobre o Mercado de Trabalho em Saúde, com foco em Enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

5. Implementação por meio dos planos tático e operacional.

É nessa etapa que analisaremos a participação das Unidades Básicas de Saúde e do Programa de Saúde da Família, pois é nesse ambiente que os programas e projetos do MS e das Secretarias Estaduais se concretizam. Ou seja, aquela meta de se erradicar a poliomielite no Brasil se concretiza na ação dos profissionais de enfermagem, tanto de nível médio quanto superior, dos médicos e dos Agentes Comunitários de Saúde, seja nas duas etapas anuais da campanha, seja no cotidiano, quando se faz a busca ativa das crianças que estão com doses da vacina em atraso.

O PLANEJAMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Sabe-se que, conceitualmente, o Planejamento Estratégico é desenvolvido nos níveis hierárquicos mais elevados. Portanto, para sermos coerentes com as teorias utilizadas na formulação desse trabalho, não poderíamos chamar de Planejamento Estratégico o plano de ação desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde, visto que estas são decididas em âmbito local e estão vinculadas ao profissional que as formula e não à instituição, sendo então sujeitas ao abandono se houver troca da coordenação da Unidade Básica de Saúde.

O modelo desenvolvido segue a estrutura dos modelos propostos para o PE, apenas para fins de disposição das idéias. Para proporcionar uma visão do contexto em que está inserido o Programa de Saúde da Família, faremos uma síntese da sua concepção e implantação. Ressaltamos que estamos nos referindo a políticas públicas, que não são, no nível de governabilidade da autora deste trabalho, regidas pela lógica mercadológica, embora o possa ser um plano mais amplo:

HISTÓRICO - SÍNTESE:

Mudança do modelo da assistência à saúde no Brasil, formalizado pela Constituição de 1988, que oficializou o Sistema Único de Saúde - SUS, e instituiu a saúde como dever do estado e direito do cidadão. Até então, a assistência médica ao cidadão se subordinava ao vínculo empregatício formal. Desempregados, donas de casa e profissionais liberais não tinham garantia de assistência, precisando recorrer às entidades de saúde filantrópicas. O Programa de Saúde da Família, iniciado em 1994, foi a principal estratégia do SUS para a implantação desse novo modelo.

MISSÃO - DEFINIÇÃO DO NEGÓCIO:

“Saúde como direito de todos e dever do Estado”

ANÁLISE DO MACRO-AMBIENTE - PONTOS-CHAVE:

Sistema de saúde que privilegiava as práticas curativas, excludente e de difícil acesso à população, principalmente a mais desfavorecida em termos sócio-econômicos e culturais. Corpo biológico tratado de forma isolada do social, sem ações de integração.

ANÁLISE DO MERCADO - PONTOS-CHAVE:

Grande parcela da população sem acesso à assistência médica
Índices de mortalidade infantil (MI) e mortalidade materna (MM) acima dos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
Ênfase na prática curativa e hospitalar, com uso de tecnologias caras e equipamentos importados.

ANÁLISE DO NEGÓCIO - PONTOS-CHAVE:

Ênfase na prevenção da saúde;
Acompanhar o usuário em todas as fases da vida, desde o nascimento até o envelhecimento;
Fácil acesso à população
Práticas em saúde que exigem baixo investimento tecnológico

ANÁLISE DA CONCORRÊNCIA - PONTOS-CHAVE:

Setor privado da saúde que luta para manter os clientes: reserva de mercado;
Boicote do sucesso alcançado pelo SUS pelos meios de comunicação, a serviço das grandes empresas farmacêuticas e médicas;
População atendida e beneficiada pelo SUS não tem voz socialmente ativa

OBJETIVOS - SÍNTESE:

Proporcionar assistência à saúde de forma integral, equânime e universal, com qualidade, de forma humanizada, com profissionais capacitados, sendo que 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos no nível da Unidade Básica de Saúde. O restante deve ser resolvido por meio de um sistema hierarquizado de referência e contra-referência.

ESTRATÉGIAS - SÍNTESE:

Programa de Saúde da Família: equipes minimamente formadas por enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e agentes comunitários de saúde, que têm um território adstrito e são responsáveis, juntamente com a comunidade, em melhorar sua qualidade de vida e suas condições de saúde.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO**CENÁRIO NACIONAL (2007)**

O Programa de Saúde da Família está implantado há 13 anos. Firmou-se como evento independente das flutuações políticas.

OPORTUNIDADES:

Programa faz parte do cotidiano do brasileiro;
Apresenta realizações significativas: diminuição nos índices de MM e MI, aumento da cobertura vacinal;
Apresenta-se como plataforma política - pauta política dos gestores públicos.

AMEAÇAS:

Precarização do trabalho;
Desvios de verbas;
Lei de Responsabilidade Fiscal;
Falta de preparo dos gestores.

CENÁRIO MUNICIPAL (2007)

Implantação do PSF desde

OPORTUNIDADES:

Parte da população conhece e usa os serviços oferecidos pelo PSF;
Desprecarização do trabalho, com realização de concurso público municipal;
Valorização dos enfermeiros, com salários superiores à média: presença de profissionais capacitados;
Investimento da coordenação do PSF na educação continuada dos profissionais da rede;

AMEAÇAS:

Desconhecimento da população sobre o fluxo do serviço: uso inadequado dos recursos;
Falta de preparo dos médicos como generalistas: excesso de encaminhamentos para especialistas, o que gera longas filas de espera;
Lei de Responsabilidade Fiscal;
Falta de preparo dos gestores: nomeação por fatores políticos e não por competência técnica;
Estruturas físicas inadequadas para as UBS;

CENÁRIO LOCAL: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (2007)

Unidade Básica de Saúde desde 1987.

OPORTUNIDADES:

População conhece e usa os serviços oferecidos pelo PSF: bom vínculo com os profissionais de saúde;
Presença de profissionais capacitados e comprometidos;
Estrutura física privilegiada, construção foi específica para UBS;
Bairro antigo, com saneamento básico, rede elétrica e maioria das construções em alvenaria, ausência de favelas e assentamentos;
Famílias estruturadas de forma convencional: casal e filhos.

AMEAÇAS:

Desconhecimento da população sobre o fluxo do serviço;
Falta de preparo dos médicos como generalistas: excesso de encaminhamentos para especialistas, o que gera longas filas de espera;
Médicos com perfil inadequado para PSF: pouca resolutividade das necessidades da população;

FORMULAÇÃO DO PLANO TÁTICO

OBJETIVOS: Estes objetivos serão formulados a partir de dois programas desenvolvidos dentro da UBS, preconizados pelo MS e que fazem parte da política governamental federal: o Programa de Combate à Hipertensão Arterial e o programa de Combate ao Diabetes *mellitus*:

1. Programa de Combate à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): a HAS é considerada problema de saúde pública, estando associada a altos índices de internações hospitalares, procura por pronto-atendimento, gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular.

- Ações realizadas atualmente pela UBS:

a) Cada usuário que tem diagnóstico médico HAS e inicia tratamento medicamentoso é cadastrado em um livro-controle e recebe um número (exceto aqueles que utilizam medicação que não faz parte da farmácia do SUS ou aqueles que manifestam intenção de comprar a medicação). Têm seus dados de identificação anotados em uma ficha que fica na UBS, arquivadas em ordem numérica, e recebe uma carteira de controle, que deverá apresentar cada vez

que for retirar a medicação. Tanto a ficha controle quanto a carteira são fornecidos pelo MS;

b) fornecimento de medicação antihipertensiva, pela equipe de enfermagem, para os usuários cadastrados, sendo anotadas tanto na ficha controle quanto na carteira as medicações fornecidas e a respectiva data em que isso ocorreu;

c) controle mensal da Pressão Arterial (PA) dos usuários cadastrados:

c.1) em caso de valores de PA até 140/90 mmHg (considerado pelo MS como o valor limítrofe entre uma PA normal e uma HAS leve), usuário é orientado a retornar no próximo mês;

c.2) em caso de valores de PA superiores a 140/90 mmHg, o usuário é orientado a fazer controle diário da PA na UBS, por uma semana, registrando-se por escrito os valores obtidos. Se a PA continuar elevada, passará por consulta médica para readequação da medicação. Esse procedimento também é utilizado para usuários sem diagnóstico de HAS, quando se detecta, pela verificação da PA, valores acima de 140/90 mmHg;

d) orientação individual sobre fatores agravantes da HAS: tabagismo, uso de álcool, dieta com excesso de sal, obesidade, sedentarismo;

e) orientação individual sobre os riscos da HAS: infarto, Acidente Vascular Cerebral (AVC);

f) atividade física orientada por fisioterapeuta duas vezes por semana;

- Pontos fracos:

a) não há controle efetivo para verificar se todos os usuários que usam medicação compareceram à UBS dentro de cada mês. Assim, é possível que alguns

abandonem o tratamento e que esse abandono não seja identificado;

b) não existe Grupo de HAS, com reunião periódica dos hipertensos, como preconizado pelo MS;

c) ausência de estudo comparativo sistematizado de médio prazo, para acompanhar a evolução da doença nessa população e estabelecer novas estratégias de assistência;

d) as duas enfermeiras que coordenam a UBS têm perfis profissionais diferentes e diferentes graus de comprometimento com o trabalho. Estando no mesmo nível hierárquico, e comandando diferentes equipes, aquela com menor grau de comprometimento dificulta a implantação de estratégias de controle interno da UBS, à medida que influencia os membros de sua equipe;

e) falta de quaisquer formas de auxílio financeiro por parte da coordenação do Programa de Saúde da Família, para fornecimentos de lanche (para ser servido durante os encontros com os usuários), o que é uma fonte de motivação para seu comparecimento;

f) falta de disponibilização de recursos audiovisuais pela coordenação do Programa de Saúde da Família;

g) usuários diagnosticados como hipertensos cadastrados na UBS mas não no sistema do Ministério da Saúde (chamado HIPERDIA, que trabalha com dados referentes à HAS e Diabetes *mellitus*). Esse cadastro do MS, que requer obtenção de informações referentes a endereço, documentação e outros dados pessoais, é feito pelos ACS, que dependem da equipe da enfermagem para informar os novos casos. Depois do cadastro pronto, é enviado à coordenação do PSF para inserção no sistema nacional. Não há uma forma sistematizada de comunicação dos novos casos para os ACS;

h) falha na captação e envio de dados para a alimentação do programa do MS, por falta de controle sistemático de obtenção de dados dentro da UBS;

i) doença de difícil controle, por ser assintomática e requerer mudanças de hábitos (alimentares, abandono do cigarro e do álcool), por parte dos portadores. Crença de que somente o tratamento medicamentoso surtirá efeito;

j) abandono do tratamento, sem orientação médica, quando a PA está estabilizada, pois o uso diário de medicação exige disciplina.

- Pontos fortes:

a) bom vínculo entre profissionais de saúde da UBS e usuários: estes têm boa referência da UBS e confiam nos seus profissionais;

b) prática de grupos presente na comunidade, pois a maior dificuldade é trazer os usuários para participarem destes;

c) equipe comprometida com o trabalho, maior facilidade de convencimento.

- Ações a serem implantadas. Tempo previsto para a primeira avaliação: seis meses.

a) estabelecer controle dos usuários de medicação antihipertensiva por meio de uma técnica de separação mensal das fichas controle dos usuários que compareceram naquele mês. Ao final do mês, verificação das fichas dos usuários que não compareceram e comunicação aos ACS responsáveis por aquele paciente;

b) busca ativa desses usuários em seus domicílios pelos ACS, para averiguar o motivo da desistência do tratamento: se necessário, visita domiciliar da enfermagem para orientar usuário;

c) formação de grupos:

c.1) reuniões prévias com a equipe de saúde, para estabelecer data, local, forma de convite aos usuários;

c.2) agendar local (salão da Igreja católica do bairro);

c.3) convidar palestrante; médico, farmacêutico, nutricionista, enfermeiro, e discutir tema, que deve estar voltado para a HAS, tratamento etc. O assunto deve ser abordado sem excessivo uso de termos científicos, para que seja compreensível para a assistência, formada em sua maioria por idosos de baixa condição sócio-econômica.

d) controle sistemático da evolução da doença na comunidade, dentro de um período equivalente a seis meses:

d.1) obtenção de dados referentes à PA dos usuários cadastrados durante o grupo de atividade física coordenado por fisioterapeutas. Essa busca será realizada pelos ACS;

d.2) anotar valores em planilhas de controle, o que será feito pelos ACS;

d.3) levantar índices de abandono de tratamento, a partir dos dados obtidos pelo item "a", o que será realizado pela enfermeira autora desse estudo;

d.4) utilizar os índices obtidos para averiguar a eficácia do trabalho realizado na UBS no Programa de Hipertensão e, se necessário, discutir novas estratégias de controle;

e) regularizar a situação da alimentação dos dados do HIPERDIA, a partir do estabelecimento de um dia no mês para comunicar aos ACS sobre os novos pacientes cadastrados;

f) utilizar os dados sistematicamente obtidos, referentes ao controle mensal da PA dos usuários cadastrados para alimentar o sistema HIPERDIA;

2. Programa de Combate ao Diabetes *mellitus* (DM): o DM é uma doença de múltiplas causas, que ocorre, quando há falta de insulina no organismo ou quando esta não atua de forma eficaz, causando um aumento na taxa de glicose sanguínea, que vai se acumulando nas paredes dos vasos sanguíneos e diminuindo sua capacidade de expansão e retração, tornando-os frágeis e diminuindo o aporte sanguíneo para os tecidos, o que leva à morte celular por privação de oxigênio.

É uma doença que, quando não tratada, pode levar à morte e à incapacitação do portador, resultando em problemas cardíacos, acidente vascular cerebral e/ou insuficiência renal. Em 2004, o SUS gastou R\$ 18,7 milhões com 50 mil internações hospitalares por diabetes; estima-se que 75% dos portadores da doença no Brasil recorram ao SUS para seu tratamento (portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias).

- Ações realizadas atualmente pela UBS:

a) Cada usuário que tem diagnóstico médico de DM e inicia tratamento medicamentoso é cadastrado em um livro-controle e recebe um número. Embora a UBS não disponha de insulina para fornecer, fornece seringas e renovação da receita mensalmente, para que o usuário possa retirá-la na farmácia central do SUS do município. Tem seus dados de identificação anotados em uma ficha que fica na UBS, arquivadas em ordem numérica, e recebe uma carteira de controle, que deverá apresentar cada vez que for retirar a medicação. Tanto a ficha controle quanto a carteira são fornecidos pelo MS;

b) fornecimento de medicação antihiperlicemiante, pela equipe de enfermagem, para os usuários cadastrados, sendo anotadas tanto na ficha

controle quanto na carteira as medicações fornecidas e a respectiva data em que isso ocorreu;

d) grupo de portadores de DM se reúne mensalmente, em reuniões organizadas pela UBS. Nestas, são feitas palestras sobre diversos aspectos da doença e feito exame da glicemia capilar dos participantes. Embora os valores de referência fiquem entre 70 a 110 mg/dl, neste caso são levados em conta o histórico do paciente e o tempo da última consulta médica, pois o controle total dificilmente é conseguido e somente um exame de sangue, que só pode ser solicitado pelo médico, pode avaliar como se comportou a glicemia nos últimos meses. Se o valor estiver muito acima do padrão, é agendado um exame em jejum e, se o valor se mantiver, consulta com o clínico geral da UBS. Posteriormente, este tomará a conduta que julgar adequada, como modificar o esquema medicamentoso;

e)) orientação individual e em grupo sobre fatores agravantes da DM: alimentação incorreta, com consumo de grande quantidade de carboidratos, açúcares, poucos alimentos de origem vegetal, uso de álcool, obesidade, sedentarismo;

f) orientação individual e em grupo sobre os riscos do DM descompensado (com níveis glicêmicos elevados): Insuficiência Renal, retinopatias, pé diabético, amputação de pés e membros inferiores;

f) atividade física orientada por fisioterapeuta duas vezes por semana;

- Pontos fracos:

a) não há controle efetivo para verificar se todos os usuários que usam medicação compareceram à UBS dentro de cada mês. Assim, é possível que alguns abandonem o tratamento e que esse abandono não seja identificado;

b) ausência de estudo comparativo sistematizado de médio prazo, para acompanhar a evolução da doença nessa população e estabelecer novas estratégias de assistência;

c) as duas enfermeiras que coordenam a UBS têm perfis profissionais diferentes e diferentes graus de comprometimento com o trabalho. Estando no mesmo nível hierárquico, e comandando diferentes equipes, aquela com menor grau de comprometimento termina por dificultar a implantação de estratégias de controle interno da UBS, à medida que influencia os membros de sua equipe;

d) falta de quaisquer formas de auxílio financeiro por parte da coordenação do Programa de Saúde da Família, para fornecimentos de lanche (para ser servido durante os encontros com os usuários), o que é uma fonte de motivação para seu comparecimento;

e) falta de disponibilização de recursos audiovisuais pela coordenação do Programa de Saúde da Família;

f) usuários diagnosticados como diabéticos cadastrados na UBS mas não no sistema do Ministério da Saúde (chamado HIPERDIA, que trabalha com dados referentes à HAS e Diabetes *mellitus*). Esse cadastro do MS, que requer obtenção de informações referentes a endereço, documentação, é feito pelos ACS, que dependem da equipe da enfermagem para informar os novos casos. Depois do cadastro pronto, é enviado à coordenação do PSF para inserção no sistema nacional. Não há uma forma sistematizada de comunicação dos novos casos para os ACS;

g) falha na captação e envio de dados para a alimentação do programa do MS, por falta de controle sistemático de obtenção de dados dentro da UBS;

h) doença de difícil controle, pois requer mudanças de hábitos, principalmente alimentares, por parte dos portadores. Crença de que somente o tratamento medicamentoso surtirá efeito;

i) abandono do tratamento, pelo fato da doença ser assintomática e uso da medicação requerer disciplina.

- Pontos fortes:

a) Grupo de diabéticos existente há mais de um ano: comparecimento de pelo menos 40% dos usuários cadastrados nas reuniões mensais;

b) Bom vínculo entre usuários e equipe de saúde da UBS: confiança nos profissionais de saúde;.

c) equipe comprometida com o trabalho, maior facilidade de convencimento.

- Ações a serem implantadas. Tempo previsto para a primeira avaliação: seis meses:

a) estabelecer controle dos usuários de medicação antidiabéticos por meio de uma técnica de separação mensal das fichas controle dos usuários que compareceram naquele mês. Ao final do mês, verificação das fichas dos usuários que não compareceram e comunicação aos ACS responsáveis por aquele paciente;

b) busca ativa desses usuários em seus domicílios pelos ACS, para averiguar o motivo da desistência do tratamento: se necessário, visita domiciliar da enfermagem para orientar usuário;

c) manutenção dos grupos: maior divulgação na mídia (rádio local), para atrair mais participantes;

d) controle sistemático da evolução da doença na comunidade, dentro de um período equivalente a seis meses:

d.1) obtenção de dados referentes à glicemia dos usuários cadastrados durante as reuniões mensais, pelos ACS;

d.2) anotar valores em planilhas de controle, o que será feito pelos ACS;

d.3) levantar índices de abandono de tratamento, a partir dos dados obtidos pelo item “a”, o que será realizado pela enfermeira autora desse estudo;

d.4) utilizar os índices obtidos para averiguar a eficácia do trabalho realizado na UBS no Programa de Diabetes e, se necessário, discutir novas estratégias de controle;

e) regularizar a situação da alimentação dos dados do HIPERDIA, a partir do estabelecimento de um dia no mês para comunicar aos ACS sobre os novos pacientes cadastrados;

f) utilizar os dados sistematicamente obtidos, referentes ao controle mensal da glicemia dos usuários cadastrados para alimentar o sistema HIPERDIA;

CONCLUSÃO

Conforme observado ao longo desse trabalho, o Planejamento Estratégico – PE, é formado por um conjunto de conceitos pensados por vários teóricos da Administração. Ele é utilizado para sistematizar o planejamento das instituições, de forma que estabeleça um plano de metas a serem alcançadas por um período determinado de tempo, a partir da avaliação inicial da situação daquela instituição e traçando um parâmetro de onde se deseja chegar.

O PE tem como características ser projetado a longo prazo, em termos de efeitos e conseqüências, estar sujeito às incertezas a respeito dos eventos ambientais, pois a qualquer momento um ou mais fatores externos

podem ocupar temporariamente um papel de influência propulsora ou restritiva sobre as atividades da instituição e envolver a instituição como um todo.

Outra característica marcante, definidora do PE, é o fato de ser projetado nos níveis hierárquicos mais altos das instituições, e ser concretizado nos níveis tático e operacional, nos níveis subseqüentes.

A partir dessas distinções, pudemos concluir que não é possível a implantação do PE em uma Unidade Básica de Saúde - UBS, pois estas têm governabilidade limitada pela Coordenação do Programa de Saúde da Família - PSF, pelos recursos disponíveis pela Secretaria de Saúde dos Municípios, e assim sucessivamente, até o nível mais alto, representado pelo Ministério da Saúde - MS. As decisões tomadas no âmbito de uma UBS dizem respeito somente a ela e, a priori, não afetam a organização dos serviços de saúde do município em que estão inseridas. Além disso, estão mais vinculadas ao profissional que as formula que à instituição, sendo então sujeitas ao abandono se houver troca da coordenação da Unidade Básica de Saúde, já que a permanência desse profissional está sujeita aos interesses políticos locais.

Isso não significa que não seja possível estabelecer planejamento no nível da UBS, mas este não será conceituado como PE, por não se adequar às características conceituais. É plausível a utilização de alguns modelos tirados do PE, adaptando-os à uma realidade do trabalho em saúde em nível local.

Em níveis mais altos, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais, Regionais e Municipais, é possível percebermos a implantação do PE, visto que possuem secretários ou diretorias eleitas por um período de tempo pré definido, o que possibilita pensar, planejar e implementar ações a longo ou médio prazo. Frente ao sucesso alcançado pela Estratégia de Saúde da Família, o MS tem estabelecido discussões contemporâneas buscando implantar melhorias na gestão da Atenção Básica.

O MS tem buscado, então, aumentar os índices de cobertura populacional, da qualificação dos profissionais da saúde pública e da qualidade do atendimento, pois o desafio atual para as três esferas de gestão está centrado na melhoria da qualidade das ações e serviços prestados. Desde 2005, tem utilizado um instrumento de Avaliação chamado Avaliação da Qualidade da Atenção – AMQ. A Avaliação para Melhoria da Qualidade da

Estratégia Saúde da Família tem como finalidade possibilitar aos atores diretamente envolvidos a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para desenvolver o trabalho em Atenção Básica buscando aprimoramento da qualidade.

Esse programa está dirigido ao âmbito municipal e oferece instrumentos para a Gestão da Qualidade da estratégia Saúde da Família. Sua finalidade é proporcionar avaliação

(...) como um processo crítico-reflexivo permanente, que deve ser desenvolvido em co-responsabilidade pelos sujeitos da ação, como forma de subsidiar a tomada de decisão na gestão da qualidade em saúde (dtr2004.saude.gov.br/dab/publicações).

As características da AMQ são: processo auto-avaliativo, de livre adesão pelos gestores municipais, ausência de premiações ou punições financeiras ou outras relacionadas a resultados e privacidade das informações (perfil de usuário). O objetivo final é estabelecer um padrão de qualidade, ou seja, uma referência consensuada, construída a partir da observância de parâmetros técnico-científicos, em consonância com as necessidades de saúde da população e valores culturais.

Uma das finalidades desse processo é proporcionar qualificação para os profissionais de saúde no sentido de sistematizar a forma de praticar ações em saúde, por meio da implementação do Planejamento Estratégico. Podemos dizer, então, que nosso estudo vai ao encontro das discussões e preocupações que estão sendo realizadas em nível nacional para fundamentar ainda mais a relevância social, econômica e política do Sistema Único de Saúde, por meio dos seus programas, entre eles o Programa de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ALDAY, Hernan E. Contreras . O planejamento estratégico dentro do conceito de Administração Estratégica. *Rev. FAE*, Curitiba, v. 3, n. 2, p.9-16, maio/ago. 2000.

ARAÚJO, M. F. S. O Enfermeiro no PSF: prática profissional e construção de identidades. *Revista Conceitos*, 2005. Disponível em www.cchla.ufpb.br/ppgs/teses, acessado em 02/5/07.

BERNARDES, E. H. *Princípios do Sistema único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de saúde da Família, em uma cidade no Estado de Minas Gerais*, 2005. Disponível em buscatextual.cnpq.br/buscatextual/, acessado em 29/5/07.

BETHLEM, A. *Estratégia empresarial*. Conceitos, processo e Administração Estratégica. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Brasil, Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

CAMARGOS, M.A.; DIAS, A. T. Estratégia, Administração Estratégica e estratégia corporativa: Uma síntese teórica. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, V. 10, nº1, janeiro/março 2003.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001

CASTRO, C. A. P. *Sociologia Aplicada à Administração*. 2º ed. São Paulo: Atlas: 2003.

CERTO, S. C. *Administração Estratégica: Planejamento e Implantação da Estratégia*. São Paulo: MAKRON Books, 1993.

CHIAVENATO, I. *Administração de Empresas: uma abordagem contingencial*. 3º ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

COSTA, E. A. *Gestão Estratégica*. São Paulo: Saraiva, 2002.

FISCHMANN, A . A. ; ALMEIDA, M. I. R. *Planejamento estratégico na prática*. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1991.

HOBBSAW, E. a ORIGEM DA Revolução Industrial. In: *Da Revolução Industrial inglesa ao imperialismo*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Portal Tabagismo. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> . Acessado em 12 de abril de 2010.

LAZZAROTO, E. M. *Competências Essenciais Requeridas Para o Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde*. Florianópolis: Universidade Federal De Santa Catarina, 2001.

- LEMOS, M. B. *A lógica da produtividade capitalista e suas manifestações na formação do enfermeiro*. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
- LOCKS, M. T. R. *Central de marcação de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso*, 2002. Disponível em dtr2001.saude.gov.br/bvs/ct/menc_2002, acessado em 29/5/07.
- LUZ, M. T. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática" – anos 80*, 1991. Disponível em www.opasgov.br, acessado em 29/5/07.
- MACHADO, M. H. A Profissão de Enfermagem no século XXI. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília - DF, v.52, n.4, out.dez, 1999, p.594.
- MARCON, P. M. *O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo*. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.
- MAXIMIANO, A. C. A. *Introdução à administração*. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- MENDES, E. V. O sistema único de saúde - um processo social em construção. In: MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec, São Paulo, 1996
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Saúde (www.saude.gov.br). Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm> . Acessado em 12 de abril de 2010.
- NOGUEIRA, V. A. *Reestruturação do setor elétrico: um estudo qualitativo das condições de trabalho e saúde dos eletricitários frente a privatização da CERJ*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. v,108 p.
- OLIVEIRA, E. *Toyotismo no Brasil: desencantamento da fábrica, envolvimento e resistência*. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- PAIM, J. S. e ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Rev. Saúde Pública*. [online]. ago. 1998, vol.32, no.4, p.299-316. Disponível www.scielo.br/scielo, acessado em 02/5/2007.
- PEREIRA NETO, A. F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. *Cad. Saúde Pública*, v. 11, n. 4, Rio de Janeiro, out/dez 1995. Disponível em www.scielo.br, acessado em 20/6/06
- PRADO, M. J. M. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: autonomia e reconstrução da identidade profissional. *Revista Terra e Cultura: cadernos de*

ensino e pesquisa, v. 1, n. 43, jul/dez 2006, ed. Centro Universitário Filadélfia, Londrina, PR.

REBOUÇAS, D. P. R. *Planejamento Estratégico: Conceitos, metodologia e práticas*. 13ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SCHATZMAYR, H. G. Erradicação da poliomielite no Brasil: a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* v.9 n.1 Rio de Janeiro jan./abr. 2002. Disponível em www.scielo.br/scielo, acessado em 05/10/2007.

SILVA, S. F. Medicina Social e Gestão Pública: da Teoria à Prática. Conferência apresentada no *IX Congresso Latinoamericano de Medicina Social*, Alames (Lima-Peru), em agosto de 2004. Disponível em www.conasems.org.br Acessado em 18/10/07.

SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, novembro de 1999. pp. 67-69.

TACHIZAWA, T.; REZENDE, W. *Estratégia Empresarial: tendências e desafios*. São Paulo: Makron Books, 2000.

WEBER, M. *Sociologia*. Editora Ática, 1989.

WRIGHT, P.; KROLL, M.; PARNEL, J. *Administração Estratégica: Conceitos*. São Paulo: Atlas, 2000.

Recebido em Dezembro de 2009. Aprovado em Fevereiro de 2010.

SETOR SUCROALCOOLEIRO: ANÁLISE DAS EXPORTAÇÕES BRASILEIRAS
SUGAR AND ALCOHOL SECTOR: ANALYSIS OF BRAZILIAN EXPORTS

Henrique Kiyoshi Iriya
Cláudio Moço de Oliveira¹
André Rogério Berto²

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo abordar o crescimento do setor sucroalcooleiro no Brasil que é o maior produtor e exportador mundial de cana-de-açúcar e segundo maior produtor de etanol. O país tem influência histórica na produção de cana-de-açúcar e desde 2003 quando foi lançado o primeiro automóvel com motor bicomustível vem se destacando como fonte de energia renovável e sustentável. Foram analisados pelos autores os dados de exportação brasileira de açúcar e álcool para os principais compradores e portos de saída.

Palavras-Chave: Setor Sucroalcooleiro; etanol; cana-de-açúcar; exportação açúcar e álcool

ABSTRACTS: The present study has as objective to approach the growth of the sugar and alcohol sector in Brazil which is the biggest world-wide sugarcane producer and exporter and second largest ethanol producer. The country has historical influence in the sugarcane production and since 2003, when it was launched the first automobile with the bicomustible engine, it was highlighted as a renewable and sustainable energy source. Brazilian exportation data for sugar and alcohol from the main purchasers and ports of exit were analyzed by the authors.

Key-Words: Sugar and alcohol sector; ethanol; sugarcane; sugar and alcohol exports.

INTRODUÇÃO

¹ MBA em Gestão e Estratégica Empresarial pelo Centro Universitário Filadélfia – UniFil.

² Doutorando em Ciências Políticas pela Universidade Nova de Lisboa – Portugal. Professor do Centro Universitário Filadélfia – UniFil. andre.berito@sercomtel.com.br

Há mais de 500 anos, o açúcar tinha valor tão alto quanto o do ouro em toda a Europa, porque sua produção era limitada a quantidades que não supriam a demanda do mercado. Assim, o plantio de cana-de-açúcar era um negócio bastante rentável, mas que não era possível de se realizar na Europa, principalmente, por questões climáticas.

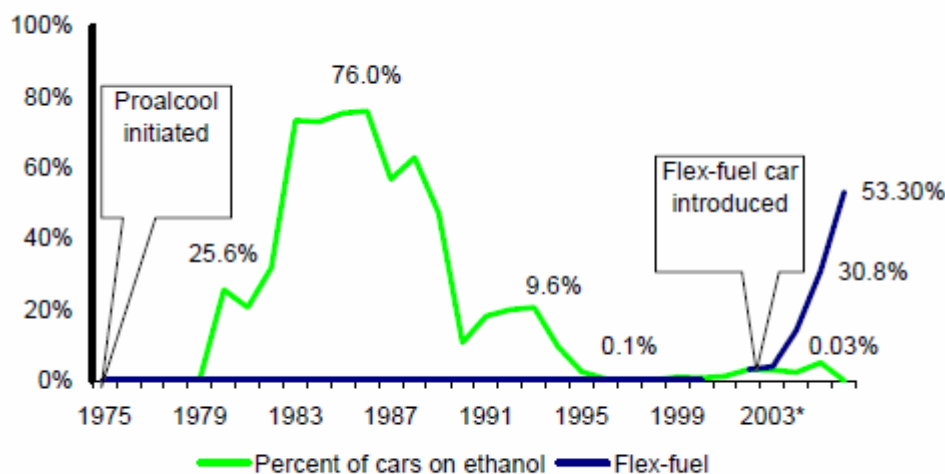
Com o avanço das Grandes Navegações do século XVI, os europeus se lançaram em busca de novas terras e um dos objetivos dos portugueses era a plantação de cana para produção de açúcar. Em seguida, deu início ao primeiro grande ciclo econômico brasileiro, Ciclo da Cana-de-açúcar. Em diferentes capitânicas hereditárias com o trabalho de escravos vindos do continente africano, o comércio de açúcar enriqueceu Portugal e estimulou a produção, na América Central, por franceses, espanhóis e ingleses.

Por mais de dois séculos o açúcar foi o principal produto brasileiro e, apenas, há cerca de 50 anos o setor passou pelo início de sua transformação que elevou o Brasil a um dos maiores produtores e exportadores de derivados da cana no mundo.

Após a primeira crise do petróleo em 1973, o setor sucroalcooleiro do país encontrou uma alternativa singular: a produção do álcool combustível ou etanol. Em 1975, o governo brasileiro criou o Proálcool - Programa Nacional do Álcool que através de grandes investimentos do Banco Mundial diversificou a atuação da indústria açucareira possibilitando a ampliação da área plantada de cana-de-açúcar e a implantação de destilarias de etanol. Associado a segunda crise do petróleo ao final da década de 70 e ao desenvolvimento da engenharia nacional, permitiu o surgimento de motores automobilísticos produzidos para funcionar com etanol hidratado.

Em meados da década de 80, cerca de 95% da produção das montadoras no Brasil era de carros movidos a etanol mas em 2001 esse percentual chegou a 1,02% da frota nacional devido a redução da crise do petróleo e planos internos de combate a inflação.

Percent of new sales of Brazilian cars running on ethanol



Source: Anfavea 2006.

* From March 2003, includes flex-fuel cars (alcohol-gasoline).

O aumento da preocupação com a disponibilidade e preço dos combustíveis fósseis e as preocupações com o meio-ambiente e o aquecimento global têm tornado o etanol uma alternativa renovável de combustível para o Brasil e o mundo. E então, em março de 2003, foi lançado o primeiro carro com motor bicombustível no país, movido a etanol, gasolina ou com qualquer mistura entre os dois. Dados da ANFAVEA referentes a produção de automóveis até outubro de 2009 revelam que 87,6% do total produzido, são motores Flex Fuel, bicombustível.

O presente estudo pretende informar o histórico do setor sucroalcooleiro no Brasil, demonstrando o crescimento da energia renovável e sustentável através de tecnologias nacionais e os dados estatísticos da exportação brasileira do açúcar e álcool para os países consumidores.

MATRIZ ENERGÉTICA

De acordo com a União da Indústria de Cana de Açúcar, a matriz energética brasileira que se destaca pela grande incidência de fontes renováveis,

passou por transformações que a colocaram entre as mais limpas do mundo. Nesta década, a participação do petróleo e derivados na matriz diminuiu cerca de nove pontos percentuais: passou de 45,5% em 2000 para 37,3% em 2008.

Ao fim desse período, mais de 16% da energia consumida no país já provinha de derivados da cana-de-açúcar, ultrapassando a energia hidráulica em importância na matriz e assumindo o segundo lugar.

O mercado hoje aposta no etanol. Além da significativa expansão das plantas tradicionais, mais de cem novas unidades entraram em operação entre 2005 e 2009, totalizando investimentos da ordem de US\$ 20 bilhões. Estimativas da Conab referentes a colheita da safra 2008/2009 é variar entre 607,8 a 631,5 milhões de toneladas, em torno de 11% acima da safra anterior. Dos 276 milhões de hectares de terras cultiváveis, 2,8% são ocupados por cana-de-açúcar, o que demonstra um grande potencial de crescimento do setor.

Devido ao desmatamento da Amazônia, o Brasil costuma aparecer como um vilão quando o assunto é o aquecimento global. Porém, o país é reconhecido pela comunidade internacional por ter uma matriz energética extremamente limpa, para a qual contribuem o etanol derivado da cana-de-açúcar e a bioeletricidade (16% da oferta interna de energia). Afinal, o uso de fontes de energia renovável e com baixo teor de carbono é uma das estratégias para reduzir a emissão de gases de efeito estufa.

O impacto positivo do etanol no clima é substancial. Do início do Mecanismo de Desenvolvimento Limpo (MDL) da ONU, em julho de 2005, até julho de 2009, o etanol brasileiro evitou emissão equivalente a mais ou menos 60% de todos os créditos de carbono gerados por esse mecanismo no mundo. Os créditos de carbono são obtidos por países ou empresas que comprovadamente diminuem suas emissões e são vendidos aos países desenvolvidos para que estes alcancem as metas do Protocolo de Kyoto. O primeiro período de verificação do cumprimento das metas de Kyoto é de 2008 a 2012.

O evento mais atual é o COP15 – Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas que reúne em dezembro de 2009 todos os esforços das nações para definir o futuro ambiental do planeta. Um dos compromissos do governo

brasileiro em Copenhague-Dinamarca, no COP 15, é manter elevada a participação de fontes renováveis de energia na matriz energética nacional e ampliar em 11% ao ano, até 2020, o consumo interno de etanol.

O cenário econômico mundial oferece uma oportunidade ímpar para o Brasil se consolidar como líder global a política de combustíveis, seja biocombustíveis ou fósseis, a partir do estabelecimento de metas e cenários futuros de oferta e demanda para cada componente de sua matriz de combustíveis. Nos últimos três anos, a taxa média de crescimento do consumo mundial de açúcar foi de 2,7% ao ano e se aproxima da taxa média de crescimento populacional urbano mundial, que foi de 2,4% ao ano, conforme dados divulgados pela Divisão de População da ONU.

A Gestão Estratégica de Sistemas Agroindustriais desenvolvido pela Faculdade de Economia e Administração da USP aferiu que o setor sucroalcooleiro apresenta um PIB de U\$28,15 bilhões, equivalente a 2% do PIB nacional, e para manter este crescimento é absolutamente necessária e urgente a definição de uma matriz energética consistente e duradoura, baseada em critérios de sustentabilidade na produção e no uso dos combustíveis.

METODOLOGIA

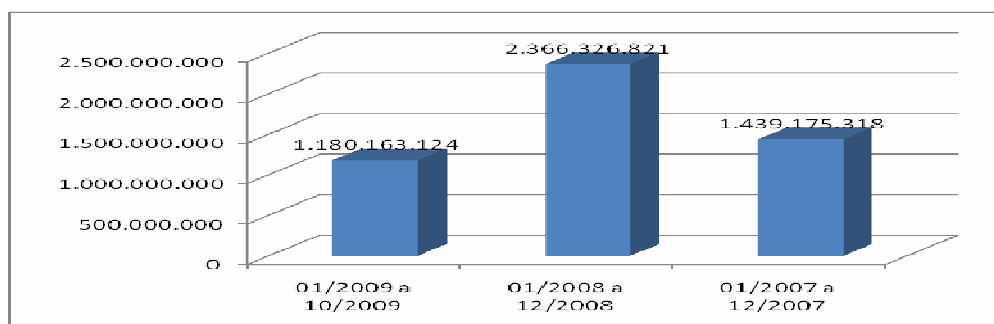
Utilizamos como método de pesquisa a análise literária, ou seja, foi realizado um levantamento bibliográfico de literatura existente no país e também no exterior, através de periódicos específicos e de base e banco de dados nacional e internacional, após a recuperação de todo o material, passamos para a fase qualitativa da pesquisa, ou seja, analisamos e descrevemos apenas os artigos atuais.

DADOS DO SETOR

O presente estudo levantou dados estatísticos referentes a exportação dos principais produtos do setor sucroalcooleiro no Brasil através do Sistema de Análise da Informações de Comércio Exterior Eletrônico(ALICE-WEB) da Secretaria de Comércio Exterior(SECEX).

Devido a crise econômica deflagrada no final de 2008, o crescente desenvolvimento da produção de álcool de outros países e principalmente ao aumento do consumo interno, percebe-se que houve uma redução na exportação de álcool de acordo com histórico de 2007 a 2009.

Exportação de álcool – 2009, 2008, e 2007

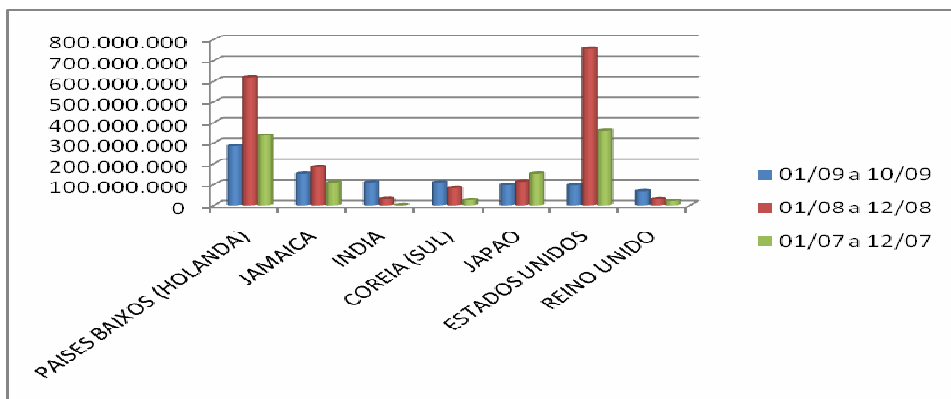


Fonte: Alice Web

Assim como o Brasil, os Estados Unidos apresentaram elevado crescimento e desenvolvimento na produção de biocombustíveis reduzindo consideravelmente as importações do álcool brasileiro de 2008 em relação a 2009. Enquanto que a Índia, considerada também um dos maiores produtores de cana-de-açúcar do mundo teve problemas climáticos e conseqüentemente aumento dos preços domésticos, apresentou um aumento significativo para a exportação brasileira.

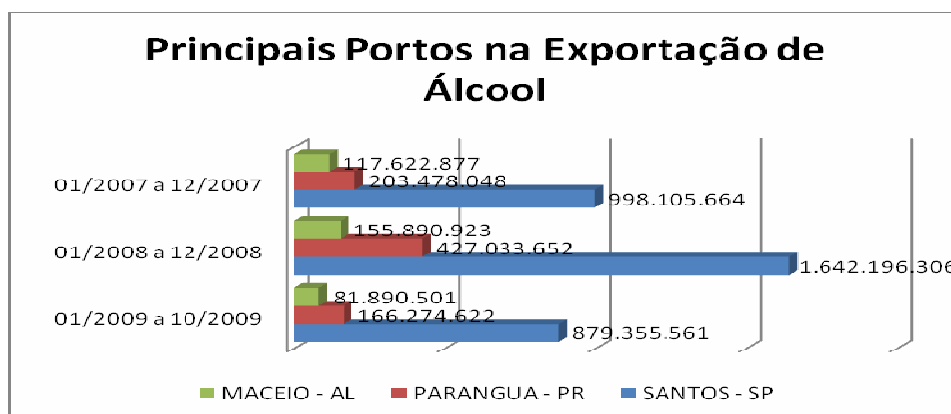
Compradores de álcool – 2009, 2008 e 2007

IRIYA, Henrique Kiyoshi; OLIVEIRA, Cláudio Moço de; BERTO, André Rogério. **SETOR SUCROALCOOLEIRO: ANÁLISE DAS EXPORTAÇÕES BRASILEIRAS**



Fonte: Alice Web

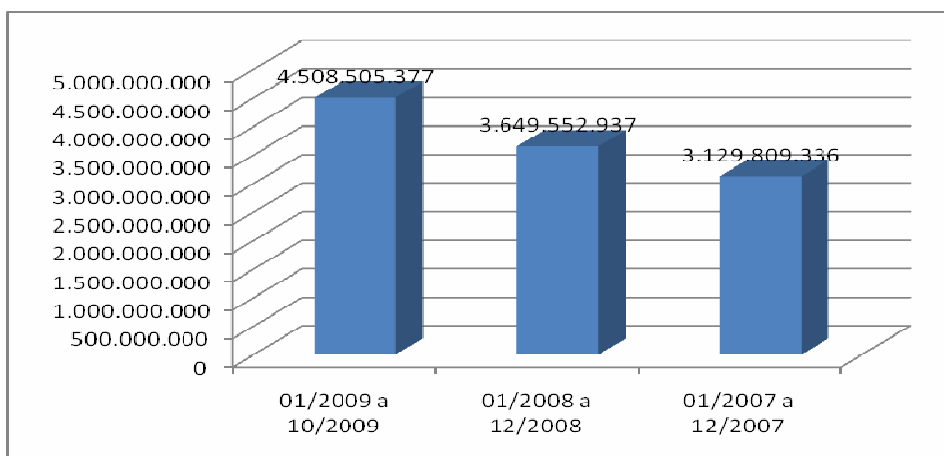
O porto de Santos acompanhou as tendências econômicas do setor e geograficamente situa-se mais próximo dos principais estados produtores de cana-de-açúcar e apresenta-se como a principal rota de saída de álcool do Brasil.



Fonte: Alice Web

O aumento da produção de cana-de-açúcar proporcionou também um aumento gradativo na exportação. O desenvolvimento da capacidade produtora, sustentabilidade energética, baixo custo de produção e principalmente fatores climáticos da Índia contribuíram para este aumento das exportações.

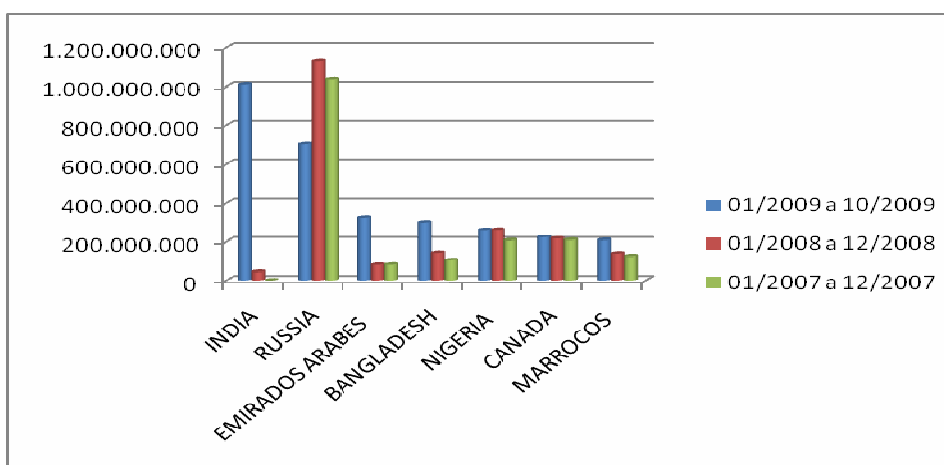
Exportação de açúcar da cana – 2009, 2008 e 2007



Fonte: Alice Web

Analisando o gráfico acima, podemos observar que estes números reforçam a tese de que o Brasil vem se tornando um grande produtor mundial de cana de açúcar e isso se dá aos investimentos em usinas com tecnologias de ponta e clima favorável e principalmente dos incentivos e subsídios do governo federal.

Compradores de açúcar da cana – 2009, 2008 e 2007

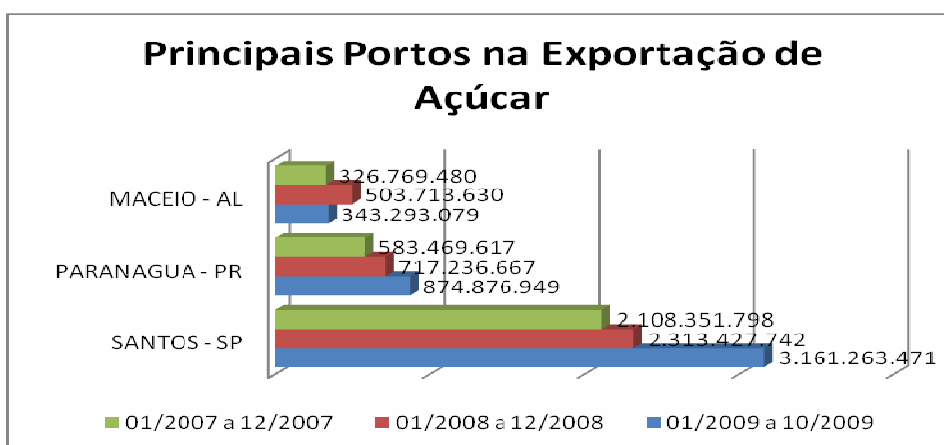


Fonte: Alice Web

O gráfico abaixo ilustra o crescimento vertiginoso da exportação de açúcar para a Índia a partir de 2008.



Fonte: Alice Web



Fonte: Alice Web

O gráfico acima ilustra o porto de Santos (SP) como a principal via de saída destes produtos, isso dá-se também pelo fato das maiores usinas estarem concentradas no estado de São Paulo, facilitando e barateando o custo logístico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como proposto nos objetivos, identificamos neste artigo que Brasil vem se destacando no cenário mundial como uma grande potência no quesito produzir, beneficiar, industrializar e exportar a cana e seus derivados para o mercado nacional e internacional.

Com o advento da tecnologia no setor e o apoio dos governantes, podemos afirmar com total certeza que o Brasil está fadado a se tornar a maior potência no setor sucroalcooleiro deste planeta.

Porém, para garantir o sucesso, deve-se considerar algumas regras básicas deste jogo, tais como, o respeito às leis do mercado internacional, pois, não é justo que a nação brasileira pague a conta por desrespeito de acordos nacionais e internacionais onde são desrespeitadas as leis de percentuais e de abastecimentos tanto do ambiente interno como o externo e assim conseqüentemente, a nação sofrerá com a lei de mercado, “oferta e demanda”, fazendo que os preços oscilem apenas para cima, o governo portanto, acaba levando vantagem tanto com os altos preços pagos pelos mercados internacionais quanto nas arrecadações de impostos sobre os produtos nacionais.

REFERÊNCIAS

ANFAVEA. *Tabelas Estatísticas*. Produção por tipo e combustível. Disponível em: <<http://www.anfavea.com.br/tabelas>>. Acesso em: 08/12/2009.

BARROS, Sergio. Brazil Bio-Fuels Annual: ethanol 2007. *USDA Foreign Agricultural Service*, BR7011, jul.20, 2007.

BARROS, Sergio. Brazil Sugar Annual 2009. *USDA Foreign Agricultural Service*, BR9004, abr.30, 2009.

BRASIL. República Federativa do. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. *Energia no Brasil: garantia de oferta, visão inovadora e oportunidades de investimentos*. Disponível em: <<http://www.cop15brazil.gov.br>>. Acesso em: 07/12/2009.

CONFEDERAÇÃO Nacional de Agricultura e Pecuária do Brasil-CNA. *O Setor Sucroalcooleiro Nacional*. Disponível em: <<http://www.canaldoprodutor.com.br>>. Acesso em: 02/12/2009.

FERREIRA, Léo da Rocha. Proálcool, energia e transporte. *Pesq. Plan. Econ.*, Rio de Janeiro, 13(2):667-72, ago. 1983

HEIDEIER, Raphael Bertrand; UEOCKA, Marcos Z.; UEOCKA, Miguel Edgar Morales. Análise e avaliação do mercado reprimido de energia no contexto do desenvolvimento limpo na Região Administrativa de Araçatuba. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 43(4):875-96, jul.ago. 2009.

NEVES, Marcos Fava; TROMBIN, Vinícius Gustavo; CONSOLI, Matheus Alberto. *Mapeamento e quantificação do setor sucroenergético*. Seminário "O Setor Sucroenergético e o Congresso Nacional: Construindo uma Agenda Positiva". Brasília, out. 2009.

PERKINS, Morgan; BARROS, Sergio. *Brazil Sugar Ethanol Update*: february 2006. USDA Foreign Agricultural Service. BR6001, fev. 8, 2006.

SOUSA, Eduardo Leão de; MACEDO, Isaias de Carvalho. *Etanol e Bioeletricidade: a cana-de-açúcar no futuro da matriz energética*. Seminário "O Setor Sucroenergético e o Congresso Nacional: Construindo uma Agenda Positiva". Brasília: out. 2009.

SZMRECSÁNYI, Tomás. Proálcool, energia e transporte. *Revista de Economia Política*, São Paulo, 4(3), jul./set. 1984.

UNITED States Department of Agriculture. *Sugar: World Production Supply and Distribution*. USDA Foreign Agricultural Service., nov. 2009.

VALDES, Constanza. *Ethanol Demand Driving the Expansion of Brazil's Sugar Industry*. Sugar and Sweeteners Outlook/SSS-249/, jul. 4, 2007.