

# Saúde e planejamento: novos paradigmas\*

JUAN STUARDO YAZLLE Rocha \*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. O planejamento em saúde na América Latina; 3. Tendências atuais do planejamento em saúde; 4. A mudança dos paradigmas da saúde e do planejamento; 5. Os novos paradigmas da saúde e do planejamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde; planejamento; políticas sociais; reformas da saúde.

Após uma breve revisão dos modelos de planejamento em saúde na América Latina e de suas tendências mais recentes, este artigo discute as transformações sociais e políticas que propõem a redefinição do modelo de Estado e a reformulação das políticas sociais. O artigo compara as reformas da saúde nos principais países europeus com as propostas para o setor no Brasil e analisa os novos paradigmas da saúde e do planejamento: planejar agora exige conhecimento da articulação da saúde com a realidade social e da nova dinâmica do setor.

## **Health and planning: new paradigms**

After a brief review of health planning in Latin America and its current trends, this article discusses the social and political changes that propose the redefinition of the State's model and the reformulation of social policies. The article compares health reforms in the most important European countries with the proposals for this sector in Brazil, and analyzes the new health and planning paradigms: planning now demands knowledge of how health articulates with social reality, as well as that of the sector's new dynamics.

## **1. Introdução**

O planejamento como instrumento para dirigir processos de mudança, seja nos serviços públicos, seja em empresas privadas, vem ganhando relevância,

\* Este artigo foi desenvolvido com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

\*\* Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP).

do. (...).  
 consenso racionalmente obtido pela argumentação; é discutivelmente geral-  
 gões comuns num processo de comunicação não-corretiva; ele é fruto do  
 do legítimo: O poder legitimo só se origina entre aqueles que formam convic-  
 ente sujetos, isto é, o poder comunicativamente gerado pode ser considera-  
 "Para Habermas, apesar o poder gerado pelo entendimento recíproco  
 conectos básicos de Habermas:  
 ma, procurando incorporá-lo ao campo da saúde. Melo nos apresenta estes  
 efeitos próprios desse autor, como agir communication, mundo da vida e site-  
 Habermas (Gallo, 1995; Melo, 1994; Rivera, 1995) que trabalham com con-  
 aumentando a diversidade dos enfoques. Descrevem-se, aqui, os estudos de  
 do a seleção dos objetos de agir e as estratégias com visitas ao sucesso e  
 te a compreensão da origem do poder e a determinação da política, alteran-  
 sociológicas de interpretarão da realidade social, principalmente no referen-  
 do, desde o início dos anos 90, na tentativa de incorporar outras perspectivas  
 A produção acadêmica na área do planejamento em saúde vem-se envergada-  
 3. Tendências atuais do planejamento em saúde

Poucos resultados no plano teórico-metodológico.  
 gicas divergentes ou opostas, através de um ecletismo artístico mas com  
 em saúde, até o final dos anos 80, foi procurar conciliar perspectivas socioló-  
 gicas e políticas, da política e, como demonstrado por Pereira (1970), tam-  
 bém em relação ao conhecimento e à história. A tendência no planejamento  
 respeito do Estado, da política e, as vezes, às questões antagônicas, a  
 desses modelos contém concepções diversas, às vezes até antagônicas, a  
 de soluções para problemas específicos não resolvidos nas propostas existen-  
 desenvolvimento de um modelo, mas sim a procura por caminhos diferentes  
 diferente entre as correntes de pensamento sociológico. Não representam o  
 social, caracterizando-se cada um por uma filiação teórica e metodológica  
 desenvolver o conhecimento da realidade, promovendo um tratamento diferente  
 tes modelos de planejamento em saúde na América Latina, ao procurar de-  
 Em trabalho anterior (Rocha, 1992), demonstramos que cada um des-  
 trabalho da população.  
 cana: a concepção da saúde-doença como produto da condição de vida e  
 vo, aos quais tentou agrregar conceitos da epidemiologia social latino-americana:  
 1992). Também incorporou elementos "clássicos" do planejamento normati-  
 vamente o avanço político permitiria ocupar espaços de poder (Testa, 1989 e  
 tes e dominados, e fixando como alvo principal a luta contra-hegemônica, domini-  
 marxista, concebendo a sociedade dividida em classes antagonistas, dominan-  
 tes e dominados, e fixando como alvo principal a luta contra-hegemônica, domini-  
 tica (Matus, 1987 e 1989).  
 tivo e pretendendo ter desenvolvido uma metodologia de instrumentação da poli-  
 Testa elaborou seu pensamento estratégico desde uma perspectiva

*Falo de ações comunicativas quando os planos de ação dos atores implicados não se coordenam através de um cálculo egocêntrico de resultados, mas mediante atos de entendimento. Na ação comunicativa os participantes não se orientam primariamente ao próprio êxito; antes perseguem seus fins individuais sob a condição de que seus respectivos planos de ação possam se harmonizar entre si, sobre a base de uma definição compartilhada da situação.*

*Na perspectiva dos participantes da ação comunicativa, o mundo da vida constitui o contexto ou lugar quase transcendental onde se formam os processos de entendimento e onde os falantes e ouvintes se movimentam (...) contexto que permanece implícito, inacessível a qualquer tematização, (...) É, então, uma rede de pressuposições intuitivas, um *a priori* social, constituído de um ‘saber cultural pré-reflexivo’, consensual e inerente à espécie humana que se evidenciará parcialmente em cada situação, em toda e qualquer prática comunicativa.*

*Eu comento que a definição de um sistema como 1) algo que consiste de um conjunto (finito ou infinito) de entidades 2) entre as quais pode-se especificar um conjunto de relações, de tal forma que 3) seja possível estabelecer deduções de uma relação para outra ou das relações entre os elementos para o comportamento ou história do sistema. Todavia, ao contrário (de Parsons), para Habermas a sociedade não pode ser pensada apenas como sistema. É necessário incorporar também o mundo da vida, sem contudo, subsumi-lo às categorias sistêmicas” (Melo, 1994; grifos nossos).*

O questionamento dos mecanismos sociais de formulação de políticas levou esses autores (Gallo, 1995; Melo, 1994; Rivera, 1995) a procurar elaborar e desenvolver o conceito habermasiano de democracia, o qual viria certamente a reformular as relações entre Estado, sociedade, economia e, portanto, a saúde, incluindo as políticas do setor; mais do que uma mudança na saúde é um projeto de mudança radical nas relações sociais. Esta proposta tem ainda um longo caminho a percorrer, tanto no plano teórico-metodológico quanto no concreto, onde a tarefa de construção de relações sociais em novas bases, como as da ação comunicativa, se apresenta como extremamente complexa e demorada.

Dessa forma, o planejamento em saúde na América Latina distancia-se da concepção do planejamento em saúde de autores de língua inglesa (Knox, 1987; Reinke, 1972; Taylor, 1972), que assumem o planejamento como uma das etapas para a implementação de políticas previamente existentes, às quais se subordinaria o processo do planejamento. Entre nós, aspirou-se a alcançar o entendimento, e o controle ou direcionamento, dos processos políticos de decisão, a fim de garantir a governabilidade e a viabilidade de determinadas diretrizes políticas da saúde, como funções do Estado.

Todavia a década de 90 traria mudanças fundamentais nos cenários social e político dos países periféricos do sistema capitalista, questionando o modelo de sociedade e de Estado de bem-estar construídos a partir da indus-

trializáçao e alterando também a inserção da saúde e do planejamento nos sistemas sociais.

ra. Pretende-se uma transição programada da administração pública burocrática — entendida como rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno — para uma administração pública gerencial — que seria flexível e eficiente —, voltada para o cidadão, permitindo a governabilidade, ou seja, a implementação de políticas públicas com legitimidade, isto é, com apoio da sociedade civil. Comparada à administração pública burocrática, a administração pública gerencial apresenta outros valores e paradigma: considera o cidadão como contribuinte e cliente; busca atender suas necessidades antes que as do sistema; fundamenta-se na confiança e descentralização da decisão; exige formas flexíveis de gestão; apresenta horizontalização de estruturas e descentralização de funções, dá incentivos à criatividade; caracteriza-se por uma competição administrada (Brasil, 1995).

Ao mesmo tempo, em vários países da América Latina processos sociais levam a movimentos de reforma sanitária que conduzem, como no caso brasileiro: à inscrição, na Constituição Federal, do direito dos cidadãos à saúde e assistência, garantido por dever do Estado; à criação do Sistema Único de Saúde, público, universal, com comando único em cada nível de governo; à descentralização da organização e implementação das ações e programas de saúde; à implantação do modelo de assistência integral; à instituição, nos vários níveis de governo, do controle social sobre o sistema, garantido pela participação legalmente prescrita de 50% de representantes da comunidade, 25% de trabalhadores da saúde e 25% da esfera do governo; à regulamentação das relações entre os setores públicos e privados; à fixação de uma base financeira estável para a saúde pública; à incorporação de novos modelos de gestão na saúde. Estes três últimos itens ainda estão sendo equacionados.

— Como já foi observado (Barros, 1996), as transformações nos sistemas de saúde, ainda em curso, apresentariam pontos de convergência entre algumas das propostas da reforma sanitária e o modelo de gestão pública gerencial e, também, pontos de conflitos. Entre os primeiros, temos: a descentralização, que viria reforçar o poder local; o controle social; modelos de gestão abertos à participação da sociedade civil. Entre os segundos, destacam-se: a redução dos compromissos do Estado com a saúde, principalmente quanto ao financiamento público do sistema; a publicização dos serviços públicos; a divisão da assistência, de um lado, em um pacote de cuidados básicos e, de outro, na assistência especializada e hospitalar; a introdução da competição entre prestadores, bem como de mecanismos de mercado, conduzindo à quebra da equidade na saúde, para aumentar a captação de recursos.

Anuncia-se a desconstrução da sociedade de bem-estar e dos modelos de serviços sociais por ela instituídos, principalmente na saúde e na educação, ao mesmo tempo que se desenham — e constroem — as tendências dos futuros sistemas de saúde. Estes passariam a ser mistos, com um componente público, consistindo num pacote de serviços básicos, universal e com equidade, e outro privado, de alta complexidade tecnológica, restrito ao consumo

dentro dos mecanismos de mercado (Barros, 1996). Esta é uma estrutura muito diversa daquela proposta nos modelos de seguridade social e compro-meteira algunes princípios há muito conquistados, como a unidade e integração do setor saúde, que funcionalmente desarticulado necessaria esforços.

Qual é a tendência das reformas sanitárias nos países industrializados? Além da inclusão de novos modelos assistenciais (Almeida, 1996), como o managered care (EUA), o mercado intimo (Reino Unido) e a competição admi-nistrada (Suécia) — atualmente iminuindo-se na realidade brasileira —, para Chermichovsky (1995) as mudanças nos países industrializados não se reduziram a uma fusão dos sistemas públicos, estatais, para sistemas priva-dos, lucrativos: ele acredita que a tendência revela que há um novo paradigma, que procuraria absorver os aspectos positivos dos sistemas estatais (a macroeficiência) e dos sistemas privados (a microeficien-cia). O princípio fundamental seria que o cidadão tem direito a um plano de assistência garantida socialmente. Chermichovsky identifica três funções-chave assistencial, administrativa e produtiva.

O sistema de saúde: ▲ a organização e administração da saúde no Brasil; ▲ a organização e administração da saúde municipal; ▲ a organização e administração da saúde em nível local; ▲ a organização e administração da saúde em nível internacional; ▲ a organização e administração da saúde em nível regional; ▲ a organização e administração da saúde em nível nacional; ▲ a organização e administração da saúde em nível internacional.

Para esse autor, estas três funções, que estavam integradas nos siste-mas de saúde estatais, estarão separadas — em diferentes instituições — nos sistemas de saúde emergentes. Segundo Chermichovsky, a função OMC, que mas de saúde estatais, estará separadas — em diferentes instituições — nos sistemas de saúde emergentes. Segundo Chermichovsky, a função OMC, que

Para Chermichovsky, o Estado permanece primariamente responsável ao cuidado público financeiro. Apesar de não obstar ao desenvolvimento

do "plano" específico de prestação de serviços ou de concessão de direitos relativos a um colhido e a natureza do acesso à assistência colocações à disposição dos consumidores; é a principal característica do parâigma emergente, refere-se à variedade das estruturas de saúde que permitem a livre concorrência entre os provedores de serviços; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los e monopsonias; estabelecer critérios de alocação, principalmente para fundos baseados em impostos, e proporcionar diretrizes para contratos, inclu-inhos sugestões de pagamentos e esquemas de reembolsos; apoiar pesquisas e treinamento; financiar gastos imprevistos relacionados com saúde, com con-sequências sociais, tais como desastres e epidemias; regular o acesso aos serviços baseados em impostos, e proporcionar diretrizes para contratos, inclu-inhos e monopsonias; estabelecer critérios de alocação, principalmente para fundos baseados em impostos, e propor diretrizes para contratos, inclu-

gos; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-ção; por: fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

ção; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopó-los; fixar a política, instituir e regular padrões; colher e divulgar informa-

Nos cenários assim delineados desaparecem ou ficam muito atenuados os fatores que no passado impulsionaram o planejamento em saúde: o Estado centralizador de decisões, responsável pela garantia dos direitos sociais dos cidadãos. Como consequência observa-se hoje que ganham maior relevância do que o planejamento os modelos de gestão, os mecanismos de regulação da produção e consumo de serviços e a administração por projetos.

## 5. Os novos paradigmas da saúde e do planejamento

A possibilidade de dirigir processos de mudança — isto é, planejar — repousa na capacidade de conhecer adequadamente o objeto da nossa intervenção. Como referido por Ferreira (1983), difícil não é planejar, difícil é conhecer o que se planeja. O planejamento é uma ferramenta para facilitar e sistematizar o conhecimento do setor saúde e, como tal, um instrumento para guiar a ação e permitir realizar os projetos desejados na área. Conhecer e planejar a saúde é tarefa especialmente complexa no momento atual de reordenamento institucional, com substituição de um modelo — construído e conhecido ao longo de décadas — por outro que ainda não se consegue visualizar claramente.

No novo modelo de sociedade em construção é essencial, para aspirar a planejar, ter uma adequada compreensão da articulação da saúde com os setores sociais e a nova inserção destes na economia. Embora este problema não tenha sido devidamente considerado até agora entre nós, não há dúvida de que neste novo arranjo a saúde e suas instituições adquirem um novo significado, diferente daquele construído pela sociedade industrial e implementado no Estado de bem-estar. Portanto, o planejamento em saúde de agora em diante deve partir do conhecimento das características do novo modelo de sociedade e de um conceito de totalidade da saúde, integrando saberes, recursos, práticas, problemas e políticas.

De acordo com Cardoso (1962), a abordagem totalizadora é uma perspectiva de interpretação para a análise de cada um e de todos os fenômenos sociais. A totalidade pressupõe não apenas a existência de diferenças numa unidade, mas também a existência de "conexões orgânicas" que explicam, ao mesmo tempo, o modo de inter-relacionamento existente entre as determinações que constituem as totalidades e o próprio processo de constituição das totalidades. Na área da saúde, são importantes também os elementos teóricos e conceituais elaborados pela medicina social latino-americana, principalmente através da incorporação de conceitos da corrente sociológica histórico-estrutural: a compreensão da sociedade produzida pela ação dos homens em condições dadas historicamente; a historicidade dos conceitos do homem, da saúde e da doença; a compreensão do processo saúde/doença/assistência de-

be o indivíduo como possuidor de uma essência dada e imutável, dadaela que concibe o homem como produto social segundo a realidade concreta da sociedade onde vive. Na política pode ser uma opção capacitar cidadãos a exercerem seus direitos de escoller, preferir e decidir sobre questões políticas; na área da saúde, é uma estratégia biopolítica capacitar cidadãos e pais; na área da educação, é uma estratégia do sistema de saúde e as prioridades no setor opinarem sobre a organização do sistema de saúde e as prioridades da ciências a exercerem seus direitos (empowerment) na escolha dos serviços e a cas; finalmente, o conceito de totalidade nos permitirá compreender que a saúde não é neutra, e que é imprescindível saber o significado da estratégia (Salmán, 1994).

Com base nestes pressupostos, propõe-se partir de uma reflexão acerca do caráter histórico de dois conceitos centrais — a medicina e o corpo —, adotando de imediato os conceitos elaborados por Foucault (1977), ao estudar as relações entre a medicina e a sociedade na Alemanha, França e Inglaterra: ele entendeia a medicina (saúde) como estratégia biopolítica, seu correlato, o corpo, como uma realidade biopolítica. Nestas categorias incluem-se os aspectos materiais e não-materiais da saúde acima assimilados, bem como o signifíco — com sua estrutura e ações — atenderá a realização do projeto de sociedade domínante, no qual se inclui a realização do homem, em conforto social — com sua estrutura e ações — atenderá a realização do modelo econômico, onde a saúde é a assistência deixada de ser benes integrados à economia da saúde expressa a estratégia política para a realização do modelo universitário. São diferentes as estratégias biopolíticas da saúde no contexto económico, onde a saúde é a assistência deixada de ser benes integrados à economia da saúde expressa a estratégia política para a realização do modelo universitário. São diferentes as estratégias biopolíticas da saúde no contexto económico, onde a saúde é a assistência deixada de ser benes integrados à economia da saúde expressa a estratégia política para a realização do modelo universitário. São diferentes as estratégias biopolíticas da saúde no contexto económico, onde a saúde é a assistência deixada de ser benes integrados à economia da saúde expressa a estratégia política para a realização do modelo universitário.

biopolítica adotada na saúde: está a saúde subordinada ao modelo econômico ou pretendemos um modelo econômico subordinado aos interesses da saúde?

Um modelo de saúde não se institui e mantém sem conflitos, e as ações de saúde têm como objetivo a manutenção e o desenvolvimento do modelo de sociedade que lhe deu origem. O setor saúde é ao mesmo tempo produto e agente das transformações sociais. Planejar a saúde é conhecer a estratégia biopolítica vigente na saúde e saber avaliá-la; é também participar da sua reorientação em função dos interesses sociais majoritários.

### Referências bibliográficas

- Almeida, C. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: Costa, N. R. & Ribeiro, J. M. (orgs.). *Políticas de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro, Ensp, 1996.
- Barros, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1), Abrasco, 1996.
- Brasil — Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho de Estado*. Brasília, 1995.
- Cardoso, F. H. O método dialético na análise sociológica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2(1):85-106, 1962.
- Chernichovsky, D. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*, 73(3), 1995.
- Ferreira, F. W. *Planejamento, sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança*. 5 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- Foucault, M. Historia de la medicalización. *Educ. Méd. Salud*, 11(1), 1977.
- Gallo, E. (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1995.
- Giovanella, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 7(1):26, 1991.
- Knox, E.G. La planificación de la atención de la salud (I). In: *La epidemiología en la planificación de la atención a la salud*. México, Siglo XXI, 1987.
- Kornis, G. E. M. Planejamento, planejamento social e planejamento de saúde na perspectiva de um olhar cepalino: algumas anotações preliminares. *Cadernos do Instituto de Medicina Social*. Rio de Janeiro, Uerj, 2(2), 1988.
- Matus, C. *Adiós señor presidente: planificación, antiplanificación y gobierno*. Venezuela, Pomaire, 1987.
- . Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional — Instituto Venezolano de Planificación (Iveplan). In: Rivera, F. J. U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo, Cortez/Abrasco, 1989.

