



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA**

**PLANEJAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RACIONALIDADES E  
INTERLOCUÇÕES COM O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE EM FORTALEZA**

**FORTALEZA – CEARÁ**  
**2016**

MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA

PLANEJAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RACIONALIDADES E  
INTERLOCUÇÕES COM O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE EM FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José Maria Ximenes  
Guimarães

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Lima, Maria Cláudia de Freitas.

Planejamento na estratégia saúde da família: racionalidades e interlocuções com o plano municipal de saúde em Fortaleza [recurso eletrônico] / Maria Cláudia de Freitas Lima. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 177 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães.

1. Planejamento em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Gestão em saúde. 5. Sistema único de saúde. I. Título.

MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA

PLANEJAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RACIONALIDADES E INTERLOCUÇÕES COM O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE EM FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 25 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



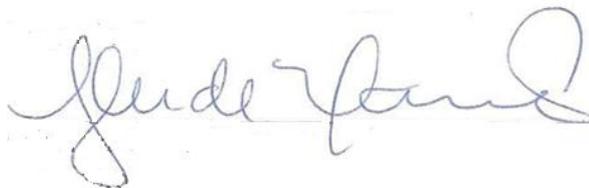
---

Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães (Orientador)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



---

Prof. Dr. Carlos Garcia Filho  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cleide Carneiro  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aos Trabalhadores do SUS, que mesmo em contextos tão adversos, acreditam e persistem na defesa de um sistema de saúde universal, equânime, integral e humanizado.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela Vida e graça de vivenciar essa oportunidade superando desafios.

Ao meu pai, José Felipe de Lima (*in memoriam*), que de um modo singular proporcionou lições para a vida e à minha mãe, Elenira Freitas, notável mulher, cuja vida pautada no trabalho, determinação, esperança e dedicação nos propiciaram trilhar os caminhos do conhecimento.

Aos meus irmãos, Luís Alves e Fernando Antônio, pela felicidade de estarmos juntos nas dores e nas delícias que permeiam a caminhada.

A Adriano Xerez meu esposo, pelo afeto, compreensão e apoio essenciais neste processo.

Um agradecimento especial a Samuel de Freitas Xerez, filho amado, fonte de inspiração e aprendizagem cotidiana, pela compreensão, partilha e reconhecimento de minhas ausências em momentos significativos.

Ao Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães, meu orientador, pelo conhecimento, escuta qualificada, sabedoria, planejamento, ética, cuidado e porto seguro para as minhas inquietações. Um Mestre!

À Coordenação do Mestrado, Profa. Dra. Ana Patrícia Morais e Profa. Dra. Annatália Gomes pela disponibilidade e condução do processo.

Ao Corpo Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará-UECE pelo fomento à produção do conhecimento, transformando sujeitos.

Aos professores que compõem a Banca Examinadora, doutores Cleide Carneiro, Carlos Garcia Filho e José Jackson Coelho Sampaio, pela disponibilidade, análise cuidadosa e contribuições relevantes.

Aos participantes da pesquisa, gestores e profissionais da ESF, pelo “Sim” a este processo.

Às funcionárias do Mestrado Cláudia e Tatiana pelo carinho, disponibilidade e atenção.

À Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza Socorro Martins pela compreensão e apoio para realização deste processo.

Às amigas que propiciam afeto, partilha e leveza à tessitura da vida: Regina Freitas, uma amiga-irmã... Sonhos, conquistas e dificuldades compartilhados desde a adolescência.

À Luiza de Paula (amiga e grande parceira da turma de Mestrado), Návila Almeida, Kátia Neves e Ana Patrícia Farias pelas vivências inesquecíveis na saúde pública em municípios cearenses e pelos encontros que nos ressignificam.

À Adriana Melo, Elisabeth Amaral, Dora Lima, Renata Mota, Sila Tavares e Zu Moreira, pelo carinho, identidade e histórias construídas no trabalho árduo, mas inspirador, que nos fortalecem na luta cotidiana pelo SUS, política pública conquistada pelo povo brasileiro.

À Luciene Felix, pelo carinho, cuidado e dedicação.

À Imaculada Fonseca, Geridice Moraes, Ivanília Timbó, Nancy Pinheiro, e Dione Silveira pelas valorosas contribuições e apoio.

Aos amigos Lizaldo Maia e Sérgio Luz pelo incentivo, diálogo e companheirismo em diversos desafios do trabalho em saúde coletiva e a Reginaldo Alves por ter me dado a oportunidade de coordenar a Assessoria de Planejamento da SMS-Fortaleza em 2010, proporcionando uma experiência ímpar e desafiadora.

Aos profissionais que compõem a equipe de trabalho da Coordenadoria de Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza e aos Professores da Disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia UNICHRISTUS pela compreensão, solidariedade e suporte nas minhas ausências e por gerarem movimentos e (re)invenção frente aos desafios.

À Turma de Mestrado *Flor de Cacto*, pelo compartilhamento de saberes, afetos, (des)construções e encantamentos (re)criando novos sentidos para a produção do cuidado.

“[...] entendo que não se pode acreditar em ciência neutra, pois todo processo de construção teórica é, ao mesmo tempo, uma dialética de subjetivação e de objetivação”.

(Cecília Minayo)

## RESUMO

O estudo teve como objeto o planejamento no âmbito da ESF. Entende-se que a institucionalização do SUS, permitiu avanços nos modos de organização da atenção e gestão em saúde no Brasil. Destaca-se a implantação da Estratégia Saúde da Família-ESF, como reorganizadora da Atenção Primária, com vistas à mudança do modelo de atenção à saúde, mediante a materialização de princípios como universalidade, integralidade, equidade, humanização do cuidado e resolubilidade. Nesse contexto, o planejamento configura-se como tecnologia de gestão, que potencializa o estabelecimento e execução dos projetos de governo, com vistas ao alcance de resultados satisfatórios relacionados à melhoria das condições de vida e saúde da população. O objetivo deste estudo foi analisar o processo de planejamento da Estratégia Saúde da Família, considerando a sua interlocução com a construção e execução do Plano Municipal de Saúde. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, numa perspectiva histórico e social, realizado no município de Fortaleza, Ceará. Participaram da investigação gestores e trabalhadores da ESF, perfazendo 50 participantes. Os dados foram apreendidos por meio de entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análise documental. A análise do material empírico foi baseada na Análise de Conteúdo, modalidade temática. Os resultados sinalizaram que os sujeitos compreendem o planejamento como uma tecnologia de gestão importante e necessária, contudo, os espaços dialógicos e os encontros sistemáticos das equipes não acontecem sistematicamente no cotidiano da ESF, portanto, o planejamento não se configura como uma atividade pertinente ao processo de trabalho. No âmbito da macroestrutura da SMS-Fortaleza, os trabalhadores da ESF apontaram a materialização de práticas de planejamento com traços do enfoque normativo, centralizado, com verticalização descendente. Evidencia-se também o não reconhecimento das diretrizes, objetivos, metas e ações consolidadas no Plano Municipal de Saúde, por boa parte dos profissionais das equipes, pondo em pauta a reduzida inclusão dos trabalhadores nesse processo. Destaca-se que o planejamento na ESF reflete um processo de trabalho fragmentado, pautado na resolubilidade de problemas imediatos, rotineiros, e porque não dizer extenuantes, com fortes rebatimentos expressos, em desgastes e crescente desencantamento nos trabalhadores.

**Palavras-chave:** Planejamento em saúde. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Gestão em saúde. Sistema único de saúde.

## ABSTRACT

The study had as its object the planning within the framework of the ESF. It is understood that the institutionalization of the SUS, allowed advances in the modes of organization of attention and management in health care in Brazil. The implementation of the family health strategy-ESF, as reorganizer of primary care, with a view to changing the health care model, upon the materialization of principles such as universality, integrality, fairness, humanization of care and resolution. In this context, the plan appears as a management technology, which enhances the establishment and implementation of government projects, with a view to achieving satisfactory results related to improving living conditions and health of the population. The aim of this study was to analyze the process of planning of the family health strategy, considering its interlocution with the construction and implementation of Municipal Health Plan. This is a case study with a qualitative approach, in a historical and social perspective, held in the city of Fortaleza, Ceará. Participated in the research managers and employees of the ESF, with 50 participants. The data were seized by means of semi-structured interviews, focus groups and documentary analysis. The analysis of the empirical material was based on Content Analysis, thematic mode. The results indicated that the subjects understand the planning as an important and necessary management technology, however, the dialogical spaces and systematic meetings of the teams do not happen systematically in the daily of the ESF, therefore, if not configures planning as an activity pertaining to the working process. In the context of the macrostructure of the SMS-Fortaleza, ESF workers pointed out the practical materialization of planning with traces of the normative focus, centered, with descendant verticalization. Highlights also the non-recognition of the guidelines, objectives, targets and actions consolidated in the Municipal Health Plan, by most of the professionals of the teams, setting in motion the reduced inclusion of workers in this process. Stands out that the planning at ESF reflects a process of fragmented work, based on the resolution of immediate problems, routine, and why not say exhausting, with strong refutations expressed in wear and growing disenchantment in the workers.

**Keywords:** Health planning. Primary health care. The family health strategy. Management in health. Unified health system.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	O modelo de atenção às condições agudas.....	56
Figura 2 –	O modelo de atenção às condições crônicas (MACC).....	57
Figura 3 –	Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	58
Figura 4 –	Macroprocesso: atenção primária à saúde.....	59
Figura 5 –	Mapa da distribuição dos bairros por Secretarias Regionais de Fortaleza – CE.....	63
Figura 6 –	Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza.....	66
Quadro 1 –	Quantitativos de UAPS, Equipes de ESF, Equipes da ESF Completas, EACS, Equipes Inativas e Equipes de Saúde Bucal por Secretaria Regional. Fortaleza, 2016.....	69
Quadro 2 –	Sujeitos do estudo.....	73
Quadro 3 –	Núcleos de sentido.....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Odontologia – Seção Ceará
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ-ESF	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento da Família
CENDES	Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Social
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COGTES	Coordenadoria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPAS	Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde
COPLAN	Coordenadoria de Planejamento
CORES	Coordenadorias Regionais de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEPS	Demanda Espontânea
DOM	Diário Oficial do Município
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SF	Equipe de Saúde da Família
FASTMEDIC	Sistema de Gestão em Saúde – Prontuário Eletrônico
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPES	Instituto Latino-americano de Planificación Económica y Social

IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
LOA	Lei Orçamentária Anual
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MAPP	Método Altadir de Planejamento Popular
NOB	Normas Operacionais Básicas do SUS
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SER	Secretaria Executiva Regional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde

SPT	Saúde para Todos no ano 2000
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria do Agir Comunicativo
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBASF	Unidade Básica de Saúde de Saúde da Família
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	APROXIMAÇÃO E IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO.....	16
1.2	RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO.....	22
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
2.1	GERAL.....	31
2.2	ESPECÍFICOS.....	31
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>32</b>
3.1	O PLANEJAMENTO NA AMÉRICA LATINA: (RE)CONSTITUIÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL.....	32
3.2	O PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	39
3.3	ENFOQUES TEÓRICOS METODOLÓGICOS DO PLANEJAMENTO NA SAÚDE COLETIVA.....	46
3.4	O PLANEJAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	49
3.5	A (RE)ORGANIZAÇÃO DA ESF/APS: A PROPOSTA DO MODELO DE GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DE FORTALEZA.....	53
<b>3.5.1</b>	<b>Plano diretor da atenção primária à saúde – O processo.....</b>	<b>58</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>62</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	62
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	63
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	72
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	73
4.5	ETAPA EXPLORATÓRIA DA PESQUISA: A INSERÇÃO NO CAMPO EMPÍRICO.....	75
4.6	MÉTODO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	78
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	81
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>83</b>
5.1	PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	83

5.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA 2014-2017: INTER-RELAÇÕES DOS NÍVEIS LOCAL E CENTRAL NO PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DO PLANO.....	102
5.3	PROCESSO DE PLANEJAMENTO DA ESF E SUA INTERLOCUÇÃO COM O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA PERSPECTIVA DE GESTORES E PROFISSIONAIS.....	115
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>142</b>
<b>7</b>	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>145</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>147</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>155</b>
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	156
	APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA.....	158
	APÊNDICE D – Roteiro de entrevista/grupo focal.....	159
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>161</b>
	ANEXO A – DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ESTABELECIDAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA 2014-2017. FORTALEZA, 2016.....	162
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	175

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APROXIMAÇÃO E IMPLICAÇÃO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO

No desafio de demarcar como ocorreu a aproximação e o envolvimento com o objeto de estudo, considero oportuno parafrasear Minayo (2014, p. 46) quando pondera que “... todo processo de construção teórica é, ao mesmo tempo, uma dialética de subjetivação e de objetivação”, por traduzir o exercício de produção do conhecimento de um mestrando. Na busca de aprimorar o processo de trabalho em saúde, numa aproximação com a produção do conhecimento, se faz relevante evidenciar a sutileza na experimentação de sentimentos gerados pelo amálgama da leveza, das inquietações, da alegria, do fardo, das (des)construções, da diversidade e das possibilidades, tornando-se imprescindível uma harmonia na “dialética de subjetivação-objetivação”, com vistas à reflexão crítica e à identificação de pistas para a (re)construção das práticas de saúde.

Nesse contexto, se faz necessário situar-me como sujeito. A minha trajetória profissional na Saúde Pública se inicia logo após a graduação em Odontologia, pela Universidade Federal do Ceará-UFC, quando fui atuar no município de Tabuleiro do Norte-CE, localizado a 230km de Fortaleza. Nessa experiência, entraram em choque a euforia do primeiro trabalho, após a graduação, com as angústias geradas pela dimensão da responsabilidade e dos inúmeros desafios de atuar em um posto de saúde, com reduzida estrutura física e escassez de recursos, associados às expectativas e às necessidades da população. A equipe do posto era composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um médico, um auxiliar administrativo, uma dentista, duas auxiliares de saúde bucal, aproximadamente 50 agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais. Essa vivência teve início em 1991, quando ainda não tínhamos o PSF implantado no Brasil, apenas o Programa Agentes Comunitários de Saúde- PACS. Foi um tempo de descobertas, construção de vínculos, criatividade, histórias, a primeira conferência municipal, o primeiro contato com o controle social e, sobretudo, aprendizado e fortalecimento da minha relação de identidade com a Saúde Pública.

Era um trabalho sem nenhum vínculo empregatício com o município. Assim, na mudança da gestão municipal, não foi possível continuar as atividades naquele posto de saúde. Por conseguinte, devido à indicação de amigos fui trabalhar em outro município cearense. Nessa tessitura, deparo-me com um novo território, um jeito diferente de viver das pessoas, um número maior de categorias profissionais, de equipes e de ambientes de trabalho, pois nesse município, além dos postos de saúde da sede, tínhamos também os distritos com pequenos postos de atendimento e alguns eram muito distantes da cidade, portanto, novos espaços, novos sujeitos e amplos desafios!

Nesse município, em decorrência da atuação em vários postos e comunidades, era necessário o planejamento das equipes e coordenação para o processo de trabalho. Até então, não imaginava que trabalharia com planejamento em saúde, mas os encontros das equipes, com o propósito de planejar as ações, se constituíram as minhas primeiras trilhas na planificação em saúde no SUS.

Além dessa experiência de planejamento em saúde, surgiram oportunidades de trabalho no âmbito da formação de pessoal auxiliar em Odontologia, pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC e pela Associação Brasileira de Odontologia - ABO – Seção Ceará, que também proporcionaram vivências de planejamento, agora no âmbito educacional, tanto na elaboração dos planos de aula, como nos estágios supervisionados em instituições odontológicas.

Em 2000, período que se deu a inclusão da equipe de saúde bucal à Estratégia Saúde da Família-ESF, estava trabalhando numa Unidade Básica de Saúde de Saúde da Família -UBASF, localizada no território da Secretaria Regional I, a época denominada Secretaria Executiva Regional I, no município de Fortaleza. As ações desenvolvidas na unidade, contudo, eram predominantemente assistenciais.

Nessa época, surge o Curso de Especialização em Saúde da Família a ser realizado pelo Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará -UFC, com inscrições abertas somente para médicos e enfermeiros. Na busca por qualificação profissional na área, despertei o interesse pelo curso. Quando alguns dentistas procuraram o departamento da UFC, no entanto, foram orientados a formalizar uma solicitação para que pudessem concorrer às vagas ofertadas,

considerando que a inserção dos dentistas na ESF estava muito recente e não havia sido programada a participação destes no referido curso.

Em março de 2001, fui selecionada, juntamente com 33 enfermeiros, cinco médicos e mais um dentista, para compor a turma do Curso de Especialização em Saúde da Família. Foi um período de intensas emoções, compartilhamento de experiências, trabalhos em grupo, oficinas, atividades de dispersão e de autopercepção, ações vivenciadas sobre o refletir “cuidando de si para cuidar do outro”, contextualizadas sob a ótica desse grupo de profissionais diversificado e rico de sentidos. Nesse cenário, evidencio a motivação e o desafio de problematizar a saúde bucal na ESF de modo, não só a propor mudanças na estrutura do curso, visando contemplar as especificidades da saúde bucal e sua transversalidade nos ciclos de vida, mas, sobretudo, de apontar estratégias para um trabalho interdisciplinar na perspectiva da atenção integral à saúde. Um tempo de aprendizado, partilha e crescimento! Aos poucos, trilhava as aproximações teórico-práticas entre o planejamento e a ESF.

Em 2005, após aprovação em processo seletivo da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, passei a integrar uma equipe de saúde multiprofissional, composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma assistente social, uma dentista e um ACS, para atuar numa área de risco localizada na Secretaria Regional III- SR III. Nesse território, a equipe era desafiada pelos determinantes sociais, expressos em barreiras geográficas, tráfico de drogas, desemprego, falta de saneamento básico, o equipamento de saúde construído na comunidade estava abandonado, porquanto, precisando de reforma e de ser colocado para funcionar, o que dificultava o acesso aos serviços de saúde, entre outros. Nesse período, experienciei a necessidade de planejar com mais propriedade, pois os desafios estavam postos.

De tal modo, emergiram muitas inquietações e angústias iniciais, bem como inúmeros questionamentos relacionados ao como, o que fazer, por que fazer, quais as prioridades, como vamos fazer e com quem vamos fazer. A coordenação subsidiava e apoiava o trabalho das equipes, contudo, se fazia imprescindível uma organização da equipe frente ao trabalho em saúde no território. E, nesse entendimento, a percepção do planejamento como uma prática social necessária às intervenções e às avaliações em saúde, já se fazia intrínseca ao meu cotidiano em saúde.

Assim, ocorreu a inserção daquela equipe no território com uma proposta de trabalho na qual definimos como estratégias prioritárias, a realização de ações de territorialização, atividades assistenciais em um Centro de Saúde da Família mais próximo, encontro semanal para diálogo e avaliação das ações e, ao final da territorialização, a realização de uma oficina com a comunidade e representantes dos espaços sociais e profissionais de saúde para construção de um plano de trabalho. Ressalta-se que houve participação de representantes da comunidade e dos diversos espaços sociais do território, lideranças comunitárias, profissionais de saúde, visando socializar os dados do processo de territorialização, bem como acolhimento das demandas da comunidade e construção coletiva da proposta de trabalho.

Esse tempo de convivência com a comunidade, suas histórias e costumes, potencialidades e fragilidades, lutas e conquistas proporcionaram novos e significativos olhares sobre a vida, mas, sobretudo, a percepção dos “inéditos viáveis” possíveis num cenário vivo, dinâmico e acolhedor. Todavia, se faz necessário evidenciar o potencial de um trabalho interdisciplinar, no qual a equipe se permitiu integrar saberes, práticas e vivências em prol de objetivos construídos coletivamente.

Trilhando ainda pela minha historicidade profissional, ao se tomar como objeto de análise o planejamento da Estratégia Saúde da Família-ESF no âmbito municipal, considerando as indagações da pesquisadora sobre suas configurações, os sentidos e as relações estabelecidas, se faz necessário discorrer sobre o percurso, de estar gestora no processo de planejamento da secretaria municipal da saúde de uma capital de grande porte, e, portanto, sujeito implicado com o objeto de estudo. Ressaltam-se nessa trajetória, alguns olhares, significados e inquietações despertados desde a inserção da pesquisadora no cenário de planejamento da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza - SMS-Fortaleza, que conformam a dimensão subjetiva que perpassa a relação sujeito-objeto na pesquisa.

A minha inserção no quadro de servidores públicos municipais da SMS-Fortaleza, como dentista da ESF, ocorreu em 2006, após o concurso da Prefeitura de Fortaleza para profissionais enfermeiros, médicos e dentistas da ESF. Nesse ínterim, fui lotada em um Centro de Saúde da Família-CSF da Secretaria Regional III - SR III, que tinha como anexo, o Centro de Desenvolvimento da Família - CEDEFAM da Universidade Federal do Ceará-UFC. Esse Centro tem como objetivo

desenvolver atividades de promoção da saúde e assistenciais com alunos dos cursos de enfermagem, farmácia e odontologia. Desse modo, uma parte das minhas atividades da ESF era desenvolvida nesse Centro com os alunos do curso de Odontologia.

O cenário territorial de responsabilidade sanitária da unidade de saúde também se apresentava complexo em função dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. As forças operantes nessa arena suscitaram a necessidade de enfrentamento, contudo, as dificuldades, inquietude e sofrimento para as equipes e gestores favoreceram um refletir sobre a importância não só de apropriação sobre o território, mas que era necessário planejar e articular tecnologias e mecanismos que viabilizassem respostas às necessidades de saúde da população. E, nesse contexto, o planejamento se apresentou novamente como prática necessária ao processo de trabalho, pois precisávamos planejar com os alunos, equipes e coordenadores, as atividades a serem desenvolvidas na unidade de saúde e nos diversos espaços do território.

Posteriormente, assumi a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Regional III, dentre as atribuições da função gerencial estava o planejamento da saúde bucal. Havia no processo de trabalho, um espaço de diálogo, educação permanente e programação das ações denominado Núcleo de Saúde Bucal, formado por um cirurgião-dentista de cada uma das dezesseis unidades de saúde da SR III, cujos encontros aconteciam quinzenalmente. Durante dois anos na coordenação de saúde bucal ocorreu muito aprendizado. O núcleo se constituiu espaço de compartilhamento de dores, delícias, avanços, limitações, questionamentos, conquistas e (des)motivação. Foram muitas (des)construções! Muitas potencialidades e ações foram desenvolvidas com apoio desse colegiado. E, nesse prisma, é importante destacar as ações interdisciplinares implantadas/implementadas pelas equipes de saúde bucal, em articulação com as equipes da ESF e também com o CAPS AD da SR III, bem como o processo formativo planejado e realizado pelo Núcleo para as auxiliares de saúde bucal. Foi relevante a atuação do Núcleo como espaço promotor de integração, de planejamento e de fortalecimento de vínculos e afetos. Havia interlocução do Núcleo com a Coordenação de Atenção Básica e com os outros setores do Distrito de Saúde da SR III, Vigilâncias, Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, Saúde Mental. De modo complementar, no cenário regional, a ouvidoria e o controle social que demandavam articulação, integração e planificação. Mais uma

vez ocorria a aproximação com o planejamento na minha trajetória profissional em saúde pública.

E, no final de 2009, tive a oportunidade de coordenar a Atenção Básica da Secretaria Regional III, por alguns meses, enquanto aguardava-se a definição da referida coordenação pela gestão municipal. Um ciclo de desafios múltiplos, em função dos inúmeros serviços, complexidade de demandas, singularidade de cada unidade de saúde e a diversidade de interesses que permeavam essa arena.

Em 2010, fui empossada no cargo de assessora de planejamento, atualmente denominado coordenadora de planejamento da SMS-Fortaleza. Encontro-me, no momento, em disponibilidade na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, na Coordenadoria de Planejamento, juntamente com uma equipe formada por profissionais de diversas categorias, tendo como desafio, articular e coordenar o processo de planejamento em saúde de um município com uma população de 2.609.716 habitantes (IBGE - 2016).

Nesse ínterim, ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, um processo de qualificação profissional rico, que suscitou múltiplas reflexões sobre a ESF, a gestão e organização de processos de trabalho em saúde e o sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, entendo que se faz necessário (re)pensar o planejamento no âmbito do SUS, considerando a universalidade, a integralidade, a equidade e a incorporação de novas tecnologias e diferentes saberes. Embora reconheçamos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, ainda convivemos com alguns desafios, dentre eles destacam-se a dificuldade em superar a intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas e qualificar a gestão do cuidado; a baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde e a pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS), a centralização da tomada de decisão e incipiente fomento à qualificação dos profissionais e técnicos das áreas meio, em especial, na área de planejamento.

Todos esses aspectos convergiram para despertar o interesse crescente pelo planejamento em saúde, agora especificamente da ESF. Porquanto, são dez anos desde o concurso que ampliou a cobertura da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza, onde atuo profissionalmente, acumulando experiência de gestora da saúde bucal e da atenção básica, há seis anos no exercício de

coordenação da atual Coordenadoria de Planejamento, como um sujeito social em aprendizagem. Nesse momento, percebo que fui conduzida a assumir a responsabilidade de estudar-pesquisar, trabalhar-pesquisar, gerir-pesquisar no âmbito do planejamento em saúde. Múltiplos momentos se interconectam e implicam no desenvolvimento de reflexões, considerando os distintos modos de inserção e relação com objeto deste estudo.

## 1.2 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO

Na presente investigação foi eleito como objeto de estudo a análise do planejamento do âmbito da ESF, considerando sua articulação com o plano municipal de saúde de Fortaleza. Busca-se empreender uma análise permeada por desafios, mas oportuna, sobretudo quando se vislumbra uma apropriação de conhecimentos sobre uma prática social em seu contexto dinâmico de trabalho no território, considerando a compreensão dos profissionais e gestores sobre os instrumentos de gestão, em especial, o Plano Municipal de Saúde e como essa relação se delinea na ação cotidiana.

O contexto atual do Sistema Único de Saúde-SUS, com seus dilemas e desafios em seus 25 anos de existência, remete seus defensores a diversos questionamentos sobre seu aperfeiçoamento, uma vez que se constitui a maior política pública do país, inscrita em um cenário macroeconômico, que gera contradições e tensões em relação aos princípios e operacionalização do sistema, o que dificulta a concretização da sua configuração institucional.

Nesse sentido, Paim e Teixeira (2007) ressaltam diversas problemáticas que permeiam o sistema de saúde brasileiro: insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, problemas de gestão, em especial no que se refere aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante a sociedade e a expectativa dos servidores públicos enquanto partícipes de um projeto civilizatório como o da Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse cenário, os autores evidenciam a disseminação de Organização Social -OS, de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público-OSCIPI, cooperativas e outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho

em saúde gerada por uma reforma neoliberal iniciada na década passada, “centrada num modelo gerencialista e na desresponsabilização do Estado para com parcela significativa dos direitos sociais conquistados”, que não resolveu os problemas mencionados e favoreceu esse processo de precarização do trabalho na saúde.

Percebe-se, contudo, que o processo de construção do SUS implica mudanças sociais. Com base nesse entendimento, faz-se oportuno destacar alguns argumentos apresentado por Paim e Teixeira (2007, p. 1827):

O SUS é uma conquista e um patrimônio do povo brasileiro. E a população precisa tomar conhecimento das suas lutas, de sua história para melhor compreender a ação dos seus algozes e pretensos coveiros, bem como os interesses espúrios que não ousam explicitar na esfera pública. Este é um dos paradoxos do SUS: seu sucesso como política pública pode significar um fracasso na atenção às pessoas, já que melhorias no financiamento, infraestrutura, gestão e organização, apesar de fundamentais, não são suficientes para mudar o "modelo de desatenção" e assegurar o direito à saúde.

Evidencia-se a relevância do planejamento no SUS, o qual deve ocorrer numa perspectiva de construção coletiva, conforme estabelecido na Lei Orgânica Nº 8.080/1990 – Art. 36:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1990).

Convém assinalar que o planejamento em saúde abrange várias vertentes teórico-metodológicas, desenvolvidas ao longo de sua evolução histórica, considerando sua relevância para gestão, quando se trata de demarcar os meios para alcançar os resultados coerentes com seus objetivos.

Nessa discussão, Testa (1986) propõe que o planejamento de saúde deve integrar o cálculo tradicional, relativo ao diagnóstico e à proposta administrativa com a análise estratégica da estrutura de poder setorial, e análise das repercussões das ações propostas sobre esta estrutura, visando uma aproximação à posição de Habermas: “criar uma estrutura comunicativa que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias para sua liberação”. Nessa concepção, percebe-se que a viabilidade política faz parte do processo de planejamento. Para o autor, o propósito do planejamento em saúde é de transformação social.

Assim, o planejamento não deve se propor a apresentar soluções prontas ou tecnicamente determinadas, mas ter o propósito de pensar e produzir saúde embasada na percepção histórica e política, considerando nesse cenário, os diferentes sujeitos em ato (CAMPOS; MERHY; NUNES, 1994).

Desse modo, o planejamento em saúde apresenta-se relevante, tendo em vista a construção de possibilidades ao permitir a apropriação da complexidade social e organizacional, pelos sujeitos implicados em todas as instâncias da gestão e da atenção, subsidiar o refletir-planejar que oferte estratégias e intervenções sobre a realidade, com vista às mudanças sociais, bem como favorecer o protagonismo dos sujeitos e coletivos num processo dialógico de coprodução.

Ao se considerar a Estratégia Saúde da Família - ESF, como reorganizadora da Atenção Primária à Saúde, que é, por sua vez, estruturante do SUS, dado seu caráter universal, entende-se que esse nível de atenção deve concretizar os princípios do sistema de saúde, provendo cuidado, de forma integral, equânime, humanizado, resolutivo, considerando nesse contexto o território e sua singularidade, os sujeitos, os coletivos e as relações que se estabelecem nesse cenário. Constituindo-se numa configuração que tem como propósito responder adequadamente às demandas da população.

A ESF, assumida como modelo de atenção, deve organizar-se de tal forma que contemple o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas, como o rastreio de doenças e educação em saúde (BLACK; GRUEN, 2005). Além de prover cuidados a uma população específica incluem, na dimensão individual, de acordo com Lightburn e Sessions (2006) e Weel, Maeseneer e Roberts (2008), devem ampliar o foco de cuidado para o coletivo, por meio de “a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes, o planejamento das intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas para a população e um movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas”. Nesse sentido, é relevante destacar que a programação e implementação das atividades de atenção à saúde devem estar de acordo com as necessidades de saúde da população, priorizando as intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais.

Dado o caráter estratégico da ESF/APS no SUS, esta deve ser objeto do planejamento governamental da saúde. Assim, o plano de saúde deve conter as principais diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas, de modo a atender às demandas da população. E o plano de saúde deve ter como desdobramento a programação das ações de saúde, a qual deve ser executada no âmbito dos distintos serviços de saúde, conferindo operacionalidade ao plano.

Nessa compreensão, a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB estabelece como atividade intrínseca do processo de trabalho das equipes da ESF, o planejamento das ações no território. Assim, deve ocorrer a participação da equipe no planejamento local em saúde, assim como no monitoramento e avaliação das ações, visando à readequação do processo de trabalho e de um processo de planejamento que considere as necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

Por outro lado, entende-se que as equipes da ESF, não desenvolvem processos de planejamento no território, no sentido *stricto sensu*, dado que não possuem autonomia para definição/alocação de recursos orçamentários e financeiros. Com base nesse entendimento, apenas definem a programação das ações locais, as quais devem estar em consonância com o plano e programação em saúde do município. Ademais, são responsáveis pela execução, no nível local, das diretrizes e linhas de ações programadas pela gestão do sistema de saúde, compatibilizando-as com os preceitos do SUS. Assim, a ESF deve participar dos processos de planejamento, materializar o que foi planejado, avaliar a ação e os resultados, fazendo uma retroalimentação numa perspectiva de articulação do nível local com o central, no âmbito do planejamento do município.

Abreu de Jesus (2006) considera que o planejamento constitui tecnologia para transformação de sujeitos e coletivos. Com efeito, planejar a saúde significa enfrentar a história, transformá-la com base na inteligência socialmente construída. Desse modo, os sujeitos e coletivos organizados, ao buscarem estratégias de enfrentamento dos problemas socialmente determinados, transformam suas práticas, rompem com as linhas estabelecidas, gerando novos elementos e processos sociais. Revela-se, portanto, nesse contexto, a ação transformadora do planejamento em saúde.

Ressalta-se, no entanto, que apesar da construção teórica e metodológica de planejamento em saúde ocorrer na América Latina desde a década de 1940, no Brasil, é somente após o início dos anos 1980, concomitante com a redemocratização, a implantação do SUS e a expansão da área da Saúde Coletiva, que avança com as discussões nesta área. Ou seja, é somente na década de 1980 que o planejamento em saúde começa a ter relevância como referencial em construção. E esse novo cenário político pressupõe a construção de bases teórico-metodológica para dar suporte ao ideal da reforma sanitária, inserindo nesse processo todos aqueles com interesse e disposição para participar (ABREU DE JESUS, 2006).

Configura-se, porquanto, espaços de construção do conhecimento, como resposta da academia a essa necessidade social, os quais passam a constituir o campo do saber em Saúde Coletiva que tem como pressupostos básicos, de acordo com Paim e Almeida Filho (1998): “a compreensão de saúde numa concepção histórico-estrutural, prática social respaldada no movimento de organização de estruturas e planos de conhecimento, estruturando-se com potência para produzir transformação”.

Com base nesses pressupostos, o planejamento apresenta uma nova configuração, tornando-se fundamentalmente “um instrumento, ou tecnologia, ou dispositivo capaz de promover mudanças histórico-estruturais no ambiente social da saúde, através da instituição de processos de promoção da qualidade de vida de sujeitos e coletivos” (ABREU DE JESUS, 2006).

De modo complementar, Teixeira (2001) aponta a racionalidade teórica e instrumental do planejamento, mas reconhece que este ao se desenvolver como prática social constitui um cenário de constantes reflexões e vivências, cujos aspectos das práticas sociais incorporados, conferem-lhe uma interação fundamental, refletindo à ideia de processo, construção e historicidade.

Reconhece-se, portanto, uma ampliação do campo do planejamento. Assim, ao considerá-lo como prática social que subsidia reflexões e transformação social, poderá contribuir para a superação da alienação, na dimensão das respostas às necessidades sociais de saúde. Nestes termos, Abreu de Jesus (2006, p. 102) pondera:

Sujeitos e coletivos (des)alienados, ainda que parcialmente, são autônomos importantes no processo de luta contra-hegemônica, e, de certa forma, atua como indutores da transformação social. Batalham para estabelecer uma nova ordem político-administrativa que permita a construção de espaços de cogestão e de coprodução com vistas a possibilitar novos espaços de autonomia, rompendo com o paradigma neoliberal da produção para o alcance de resultados e dando espaço a um novo paradigma, onde a produção existe para atender a necessidades socialmente estabelecidas.

No âmbito da saúde no Brasil, o planejamento é atribuição das três esferas de governo. É, portanto, uma tecnologia estratégica de gestão, por meio da qual cada ente federado deve considerar a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. O desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser, portanto, preocupação permanente dos gestores e dos profissionais do SUS (BRASIL, 2009).

Desse modo, torna-se essencial ressaltar que a realização da atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços deve compor a ação planejada, como, também, o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde se constitui como instrumento que privilegia as intenções para quatro anos, norteando a operacionalização e a materialização da rede de saúde, exigindo, portanto, para sua construção, a participação não só técnica, mas também social (BRASIL, 2009).

O plano compõe a dinâmica do SUS como instrumento fundamental de gestão e de atenção, “a base de todas as atividades e programações da saúde na União, nos Estados e nos Municípios” (BRASIL, 2009). No que se refere à legislação vigente no Brasil, se faz oportuno ressaltar que o processo de planejamento está preconizado na Lei Orgânica n.º 8.080 de setembro de 1990, já descrito inicialmente neste trabalho.

O documento do Pacto pela Saúde também orienta quanto ao processo de planejamento no âmbito do SUS, ao preconizar que,

deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006).

Por sua vez, o Decreto Nº 7.508/2011 (BRASIL 2011) que regulamenta a Lei 8.080/1990 dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O referido decreto ratifica a relevância do planejamento em saúde numa construção ascendente e participativa, conforme seu art. 15, ao estabelecer que o processo de planejamento da saúde seja ascendente e integrado, do nível local até o federal. Nessa compreensão, os respectivos Conselhos de Saúde serão ouvidos, compatibilizando-se nesse processo, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Trilhando ainda no enfoque legal do planejamento no Brasil, apresenta-se a Portaria nº 2.135/2013 que expressa como pressuposto: “planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas”. E nessa compreensão, o Plano de Saúde apresenta-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e deve contemplar todas as áreas da atenção à saúde, visando assegurar a integralidade dessa atenção (BRASIL, 2013).

Nesse terreno conceitual, constata-se que o Plano de Saúde se constitui como um meio importante de se efetivar a gestão do SUS em cada esfera de governo, evidenciando-se em um documento para além da conotação normativa. No âmbito do cenário do município de Fortaleza, a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 se caracterizou como um desafio peculiar e desse modo, se faz essencial mencioná-la. A trajetória desse processo tomou como referência a articulação e a construção com os atores sociais dos territórios das unidades de saúde, através da realização de um conjunto de oficinas regionais, tendo como finalidade problematizar a situação de saúde articulada com o enfrentamento de desafios. Essas ações envolveram gestores, profissionais e conselheiros de saúde, num processo ascendente participativo.

A definição de diretrizes da gestão municipal de saúde para o período de implementação do plano foi subsidiada pelas diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2012-2015, pelo Projeto de Governo Municipal 2013-2016, o Plano Plurianual (PPA) 2014-2017, o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde-SMS, o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP, a situação epidemiológica e as proposições da 6ª. Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza-2011.

Esse processo de construção do plano municipal com os diversos atores culminou na consolidação de objetivos, diretrizes, indicadores, metas, ações e responsáveis organizados nas redes de atenção priorizadas no Mapa Estratégico da SMS e compatibilizados com o Plano Plurianual - PPA, considerando nessa perspectiva a atenção primária como coordenadora das redes e ordenadora do cuidado.

Considerando o Plano Municipal de Saúde como importante instrumento de gestão e que deve contemplar as intenções para um período de gestão numa proposta de construção ascendente, pressupõe que esse documento contemple objetivos, indicadores, metas e ações em consonância com o planejamento proposto pelas equipes da ESF das seis regionais do município.

Todavia, inquietações permeiam essa seara e geram motivações que fomentam a investigação com vistas a compreender como esse processo foi realizado na dinâmica de trabalho das equipes da ESF e como se deu a sua articulação com o Plano Municipal de Saúde. Nesse sentido, foram levantados alguns questionamentos relacionados às suas configurações, os sentidos e as relações que permeiam esse contexto, os quais norteiam a presente pesquisa: como se dá o processo de planejamento no âmbito da ESF, considerando sua atuação num território vivo, plural e dinâmico, com problemáticas diversas, que implicam permanentes reorganizações do processo de trabalho? Qual a interface entre o plano local da ESF e as ações estratégicas inscritas no Plano Municipal de Saúde em relação à produção de saúde? Quais potencialidades e fragilidades são identificadas pelos gestores e profissionais da ESF no processo de planejamento?

Assinala-se que frente aos desafios múltiplos e permanentes, não tem sido possível empreender no cotidiano de trabalho, como coordenadora do planejamento na SMS Fortaleza, uma análise crítica em relação à minha prática profissional e ao aperfeiçoamento do planejamento para a produção do cuidado. Desse modo, o momento do Mestrado Profissional em Saúde da Família, mostrou-se

como oportuno para se desenvolver esforços analíticos nessa área, com vistas a fornecer subsídios na perspectiva de uma reflexão crítica, bem como para a possível reorientação das práticas de planejamento e gestão, com vistas à construção de modelos de atenção potencialmente capaz de responder adequadamente às demandas de saúde da população com qualidade, integralidade, humanização e maior resolubilidade.

Nesse ínterim, os resultados deste estudo podem ofertar relevantes contribuições para a análise e reorientação do processo de trabalho referente ao planejamento em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família, subsídios para os gestores na reestruturação do planejamento como tecnologia de gestão visando o seu aprimoramento, como também, estabelece um referencial para problematização e tomada de decisões nas instâncias do controle social.

Assim, o produto deste estudo deve ensejar possibilidades para um ressignificar de sentidos e sujeitos, viabilidade para construção de espaços de autonomia, somados ao desejo de mudanças e fortalecimento da ESF e do SUS, como política que se refaz e se reinventa no dia a dia.

## 2 OBJETIVOS

APRESENTAM-SE A SEGUIR UM CONJUNTO DE OBJETIVOS VISANDO COMPREENDER O FENÔMENO.

### 2.1 GERAL

- Analisar o processo de planejamento da Estratégia Saúde da Família, considerando a sua interlocução com a construção e execução do Plano Municipal de Saúde.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as práticas de planejamento no âmbito da Estratégia Saúde da Família, considerando a interlocução com a construção do Plano Municipal de Saúde;
- Identificar as ações estratégicas para a ESF inscritas no Plano Municipal de Saúde em sua interface com as ações e serviços de saúde implementados no âmbito local;
- Discutir as potencialidades e fragilidades no processo de planejamento sob a ótica dos gestores e dos profissionais da ESF.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O PLANEJAMENTO NA AMÉRICA LATINA: (RE) CONSTITUIÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL

Nesse recorte temporal, se faz necessário resgatar a introdução do planejamento na América Latina que de acordo com Giovanella (1989), ocorre a partir da década de 40 por influência da Organização das Nações Unidas-ONU e de um pensamento próprio que entende ser essencial superar as diferenças econômicas com os países capitalistas centrais. Entende-se o planejamento, como um instrumento para o desenvolvimento, e desenvolvimento significa crescimento do produto nacional, aceleração do ritmo desse crescimento: “desenvolvimento significa industrialização, modernização e a racionalidade do cálculo econômico e do planejamento acompanha-as” (GIOVANELLA, 1989, p. 18).

Rivera (1992) refere-se ao movimento do planejamento na América Latina assinalando que houve um desenvolvimento teórico muito mais rico do que suas possibilidades de aplicação reais. No âmbito da doutrina ele evolui tendo por referência o pensamento da Cepal (Comissão Econômica para a América Latina) e reconhece dois momentos: um ligado à ideia de desenvolvimento econômico e o outro que se prende à noção de desenvolvimento integrado. Nesse último desponta o espaço necessário à programação social, de um modo mais geral, e à programação sanitária, em especial.

Em 1965, um conjunto de autores latinos, dentre eles, Mario Testa, desenvolveu uma metodologia de planejamento que foi publicizado pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS com o título “*Problemas conceptuales e metodológicos de la programación em salud*”. O objetivo desse documento consistia na aplicação de princípios e métodos de planificação econômica para a saúde, como área social e, conforme Testa (1989), aparece num momento histórico propício, tendo em vista a reunião em Punta del Este que lançou a Aliança para o Progresso da América Latina, no qual os bancos internacionais, entre eles, o Banco Mundial, viabilizariam os mercados latino-americanos. Ressalta-se nesse contexto, a supremacia do modelo econômico capitalista.

Para Rivera (1992), o encontro de Punta del Este, em 1961, representa o fórum no qual se solidifica um acordo em torno da ampliação e efetivação real do

planejamento. Os governos latino-americanos assumem o compromisso, nesse encontro, de programar o desenvolvimento social e econômico, com a proposta de mudança e no campo da saúde se comprometem a elaborar planos de saúde e a criar unidades de planificação que colaborem na elaboração de procedimentos de planejamento em saúde.

No tocante ao método de planificação, ele teve sua socialização, a partir de sua publicação, como o método CENDES/OPAS. Foi desenvolvido pelo Centro de Estudos para o Planejamento da América Latina (CEPAL) através do Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Social (CENDES) da Universidade Central da Venezuela em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Tinha como propósito instituir um método sistemático para tornar possível o desenvolvimento social através da planificação. Nessa conjuntura, sugeria a utilização dos recursos (instrumentos) disponíveis por cada governo através de um processo de definição de prioridades. Esse processo estava pautado no diagnóstico extenuante, na análise de custos e de impacto econômico e o método mostrava uma formulação que tinha o objetivo de racionalizar a utilização dos recursos, considerados escassos nos países latino-americanos (ABREU DE JESUS, 2006). Numa análise das características do método CENDES/OPS, Rivera (1992) assinala a tendência micro empresarial do método, alicerçada na economia de custos e na normatização administrativa tradicional. Compreendendo o componente tradicional, como uma analogia existente entre a melhor combinação de recursos e a proposta taylorista da “produção padrão” na tentativa de padronizar ferramentas e métodos de trabalho por intermédio da pesquisa dos tempos e movimentos implicados nas operações de trabalho. Para o autor, essa concepção compromete a qualidade da oferta e o alcance da equidade, reforçando a constatação de que a lógica interna do método é economicista e administrativa, com maior ênfase ao crescimento do que para a equidade.

Abreu de Jesus (2006) traz também uma dimensão crítica ao método CENDES/OPAS, ao considerar que a racionalidade instrumental empregada pelo método possibilitou o despertar de muitas críticas à sua operacionalização, principalmente por parte dos países que se propuseram a implementá-lo de forma sistemática – Argentina, Brasil, Chile, El Salvador e Venezuela. Além disso, com o passar dos anos constatou-se que o método não dava conta das questões sociais. Essa constatação e o fato do método apresentar um estigma dos modelos

matemáticos de planificação, dentre outras características normativas, levaram-no à derrocada em poucos anos.

Embora o método CENDES/OPAS tenha marcado fortemente as duas décadas seguintes, Rivera (1992) destaca que em meados da década de 1970 e, sobretudo, na década de 1980, a planificação normativa se submete a críticas sistemáticas, configurando-se o surgimento do enfoque estratégico de planificação.

Na sequência histórica, os governos militares surgem em muitos países e o desenvolvimento econômico já não mais se apresenta com a energia de outrora e é nesse contexto que surge em 1975 o documento “Formulação de políticas de saúde”, que inicia a manifestação do caráter político do planejamento (RIVERA 1989, CHORNY, 1990). Percebe-se que as proposições teóricas começam a considerar os problemas do planejamento para além da questão técnica. Para vários autores, se inicia, portanto, a constituição do campo do planejamento estratégico.

Nessa compreensão, novos grupos se estabelecem para estudar planejamento para a América Latina. Retoma-se a problemática da planificação com enfoque social, que encontra um maior espaço em países com abertura de políticas mais voltadas para a democratização social, como por exemplo, o Brasil e a Argentina (RIVERA, 1992).

Destacam-se três vertentes, nesse cenário do enfoque estratégico da planificação em saúde, segundo Rivera (1992): a do pensamento estratégico de Mario Testa (médico sanitário argentino), a de planificação situacional, de Carlos Matus (economista chileno) e a do enfoque estratégico da programação em saúde da Escola de Saúde Pública de Medellín, Colômbia de Barrenechea, argentino e de Trujillo, colombiano.

Considera-se essencial neste estudo, portanto, apresentar a concepção de planejamento, conforme as vertentes da planificação em saúde, tendo em vista a contribuição dos referidos autores para o processo de planejamento na América Latina e no Brasil.

Para Matus (1993), “o objetivo do planejamento, não é o futuro e sim o presente”. O cálculo sobre o futuro constitui-se num meio que gera racionalidade para o cálculo sobre as decisões presentes. Percebe-se, portanto, uma completude entre ambos. O cálculo sobre o presente apresenta-se soberano no plano da ação concreta que transforma conjunturas. Desse modo, é possível resgatar o significado prático do planejamento. Matus considera o planejamento como um modo de viver

do homem em direção à liberdade. A alternativa ao plano é a improvisação ou a resignação, é a renúncia a conquistar mais liberdade. “Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”.

Em sua proposta de planejamento estratégico-situacional, Matus defende a existência de quatro momentos de planejamento: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O conceito de momento é de um processo contínuo, concatenado de modo sistemático. Os momentos compreendem, portanto, uma instância cíclica.

No momento explicativo, *foi, é, tende a ser*, questiona-se a realidade à nossa volta, com os problemas e suas inter-relações, como também as possibilidades e oportunidades que o ator que planeja enfrenta. No normativo, *deve ser*, desenha-se como deve ser a realidade, em contraposição aos problemas identificados. No estratégico, *pode ser*, avalia-se a viabilidade do plano para realizar os objetivos e no tático-operacional, *fazer*, definem-se as ações para concretamente mudar a realidade situacional (MATUS, 1993).

Nesse sentido, Rivera (1992) corrobora com Matus ao discorrer que o conceito de momento, formulado para superar uma ideia rígida de etapas, implica numa visão em que as fases de planejamento se apresentam em permanente interação e retomada das mesmas, numa dinamicidade extrema do processo.

Matus (1993) parte do pressuposto que o planejamento é um método desenvolvido num cenário de governo, não reduzido ao aparelho do Estado, mas num entendimento ampliado, no qual os atores sociais fazem parte da realidade a ser planejada e interagem nessa perspectiva. Vale a ressalva que os atores sociais identificados por Matus seriam personalidades que controlam os centros de poder, podendo adotar dimensões individuais, coletivas e institucionais.

Desse modo, o cenário de operacionalização do planejamento de Matus é o governo, que condiz com o que ele denominou “Triângulo de Governo” e formado pelos vértices: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade. Matus (1993) define “projeto de governo” como o conteúdo dos projetos que a ação de um ator social se propõe realizar, visando alcançar seus objetivos. A “capacidade de governo” é definida por ele como o conjunto de técnicas, métodos, habilidades e experiências de um ator social individual, coletivo, institucional para condução de um processo social com objetivos definidos. E a “governabilidade” é a relação entre as variáveis que o ator controla e aquelas que ele não controla no processo de governo.

Segundo Vieira (2009), na concepção de Matus o planejamento se dá de forma centralizada, em que todo o processo e a sua operação são realizados pela ótica de apenas um ator. Para ele, há uma articulação entre planejamento e governo, em que a “tomada de decisão responsabilidade de quem governa e só planeja quem governa”. É relevante também a descrição da autora quanto ao fato de que essa abordagem teórico-metodológica-prática se propõe a servir aos interesses políticos, estejam eles como governo ou como oposição.

De acordo com Abreu de Jesus (2006), partindo das concepções e elementos de um governo em ação, Matus ao apresentar a proposta do PES aproxima a dimensão política do campo do planejamento em saúde, o que se configurou na denominação de “estratégia”, termo este, que segundo Matus, se apresenta com múltiplos significados, podendo ser encarado como algo que é, ao mesmo tempo, importante e vulnerável. Contudo, o que se verifica na produção de Matus, segundo Abreu de Jesus (2006), é que apesar de seu caráter estratégico, é uma reprodução do tecnicismo cepalino por ele criticado, “incorporando-se apenas o componente político, representado pelo governo-sujeito, isto é, pelos atores sociais institucionalizados”.

Para Testa(1993) “o campo é outro: não o Planejamento Estratégico, mas o *Pensamento Estratégico*” que busca uma análise sobre planejamento, tendo como alicerce uma avaliação do poder e a sua relação com os diferentes sujeitos implicados nos diversificados momentos do diagnóstico situacional. Para ele o importante é questionar os fins da sociedade capitalista dependente e desencadear processos de constituição de atores sociais. É incluir a produção científica, incorporar tecnologia e estabelecer relações entre as ciências sociais e a saúde. Testa, considera ainda que o planejamento possui outras funções, como as de estimular o crescimento, criar possibilidades de mudanças e estruturas comunicativas (TESTA, 1993, 1995).

A abordagem de Mario Testa, sob a concepção de Vieira (2009) consiste numa proposição para o planejamento em saúde, enfatizando a importância da participação no processo de elaboração das propostas programático-estratégicas, possibilitando então a acumulação de poder para os dominados e a mudança das relações de poder, por meio da formação de uma consciência sanitária social e de classe, proporcionando desse modo a participação social, tendo como propósito que a população se torne um ator do processo.

Na compreensão de Abreu de Jesus (2006), Testa promove uma discussão mais teórico-conceitual acerca do processo de planejamento, destacando o caso da saúde em vários momentos, “discutindo política, estratégia, poder, sujeitos, cenário, programação, demanda, oferta, instrumentos, atividades, organização, mercado, diagnóstico, indicadores e tempo”. Subsidiando, assim, a discussão acerca do planejamento e saúde, denominada Pensamento Estratégico. É relevante assinalar que Testa desenvolve seu trabalho num movimento de contraponto ao Método CENDES/OPAS, criticando-o com propriedade, devido ao fato de ter participado da sua elaboração. Pôde perceber, com o tempo, o *sofisma*, enquanto método para a resolução dos problemas sociais, especialmente os relativos à saúde.

Giovanella (1989) colabora com essa discussão e explicita: “Testa compreende que para alcançara transformação é necessário a combinação (...) entre estratégia e política”. Faz-se necessário somar as forças favoráveis à transformação, se desejam ações eficazes.

Partindo do pressuposto que planejamento é também uma prática histórica por se estabelecer pelas condições históricas da formação econômico-social na qual se realiza, Testa ao aproximar-se dessas situações, postula uma relação necessária entre propósitos, métodos para alcançá-los e organização das instituições que se encarregam de fazê-lo, constituindo assim, o postulado de coerência. Para o autor, essa concepção põe em pauta a planificação necessária nas condições de subdesenvolvimento e dependência (GIOVANELLA, 1989).

A visão de Rivera (1992) sobre o pensamento de Mario Testa, explicita que Testa no postulado de coerência, define os elementos com capacidade de viabilizar um enfoque metodológico de planificação que se proponha à mudança, quais sejam: o propósito de mudança, existente do lado do estado, expresso em uma política; uma teoria de planificação social que se adeque ao contexto do capitalismo dependente latino americano e um fenômeno que ele denomina de labilidade organizacional, o qual favoreceria a possibilidade de mudança a partir de um método, na proporção que essa labilidade determinaria uma relação método-organização em que o método seria dominante. Todavia, esse último ponto foi muito contestado, considerando que as organizações na América Latina se inserem na inércia burocrática e, em geral, a determinação ocorre, na realidade, da organização para o método.

O objetivo do processo de planejamento em saúde, segundo Testa (1985), é de mudança social, é pensar na construção de uma nova sociedade. E para mudar o social, se faz imprescindível pensar e conhecer as questões de poder e suas relações com os diversos sujeitos nos diferentes momentos do diagnóstico em saúde. Desse modo, ele se constitui como um crítico de formas autoritárias, o que o leva a adotar práticas dialógicas que se colocam a serviço das definições de consensos sobre compromissos (RIVERA; ARTMANN, 2014).

Nessa trajetória do planejamento, evidencia-se também o enfoque estratégico de Saúde para Todos no ano 2000 (SPT), que no entendimento de Giovanella (1989), se constitui numa terceira linha do planejamento estratégico de saúde e desenvolve-se a partir de uma reflexão promovida no interior dos organismos internacionais (OPS/OMS) dando certa continuidade a questões colocadas no documento “Formulación de Políticas”. Apresentado nas “Notas sobre las Implicaciones de la Meta SPT/2000, la Estrategia de Atención Primaria y los Objetivos Regionales Acordados para la Planificación y Administración de los Sistemas de Servicios de Salud”, um documento da OPAS de circulação restrita, elaborado a partir de debates em seminários internacionais com especialistas em planejamento – Medellín, Mérida e Rio de Janeiro – e de um curso realizado na Facultad Nacional de Salud Pública de Medellín. Em 1987, esse documento editado como “Salud para Todos em el Año 2000: Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud” tendo como autores Emiro Trujillo Uribe (diretor e professor de Planejamento na Escola de Saúde Pública em Medellín na Colômbia até 1988 quando foi assassinado) e Juan José Barrenechea (participante de Cursos de Planejamento e Desenvolvimento Econômico na CEPAL e ILPES e trabalhou em planejamento na OPAS de 1966 até 1980).

Nesse ínterim, Giovanella (1989) destaca que o interesse de Trujillo e Barrenechea é o setor saúde, tendo como preocupação principal a instrumentalização: como fornecer instrumentos, que auxiliem técnicos proativos na linha de execução, que rompam com o normativo e contribuam na implementação das Estratégias SPT2000. Barrenechea e Trujillo admitem a complexidade do sistema de saúde como parte integrante do social, pois o ambiente social é turbulento e pouco previsível, como também admitem a existência de forças em oposição, a necessidade da negociação e de procedimentos para tal, e “colocam o

plano como algo em permanente elaboração e execução quebrando em diversos níveis a base do planejamento normativo tradicional” (GIOVANELLA, 1989, p. 35).

O enfoque SPT/2000, segundo Rivera e Artmann (2012), propõe uma máxima prioridade para os grupos preteridos correlacionados aos espaços geográficos com piores indicadores de saúde e de acesso. A forma como os problemas de saúde são tratados, considerando as condições de vida dos grupos sociais e as condições de morbidade, favorecendo, dessa maneira, identificar os grupos com maior necessidade, talvez se constitua na contribuição mais importante deste enfoque. O modo de lidar com as prioridades neste aspecto, denota também uma evolução notável em relação ao que era visto pelo Método CENDES/OPS de Programação em Saúde.

A construção teórica do planejamento em saúde na América Latina é para Abreu de Jesus (2006) “um movimento dialético na sua essência, pois está assentado sobre os pilares da contradição e da historicidade”. Para o autor discutir planejamento é discutir política e, desse modo, se discute ideologia, filosofia, ou minimamente, as concepções filosófico-conceituais que se difundem a partir do questionamento do velho pelo novo, isto é, a afirmação da novidade se dá se questionarmos de forma racional o que está aparentemente superado.

Para Rivera e Artmann (2012), a evolução histórica do planejamento em saúde apresenta um percurso de superação do paradigma normativo em nome de distintas formas de enfoque estratégico que representam avanços relevantes. Percebe-se que o campo do planejamento e da gestão em saúde encontra-se consideravelmente marcado por essa influência. Esse fato também pode ser constatado ao se identificar as correntes do planejamento em saúde no Brasil, conforme apresentado na sequência deste estudo.

### 3.2 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A introdução do planejamento na área governamental de saúde no Brasil, segundo Paim (1981), se dá em 1974 pelo Ministério da Saúde recém-instituído. O autor ao realizar um resgate detalhado sobre a evolução da planificação como instrumento de economia e política mostra a ineficácia desse processo, em função do autoritarismo em sua implantação e da falta de articulação com os trabalhadores de saúde e com os setores populares.

O autoritarismo descrito por Paim, conforme Abreu de Jesus (2006) estaria imbuído do autoritarismo das próprias práticas de saúde focadas na racionalidade tecnocrática dos partidários da modernização conservadora.

Paim e Teixeira (2006) potencializam esse debate, considerando que ao buscarem identificar as mudanças que marcaram a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão no Brasil e considerando nesse processo, as conjunturas não só políticas, mas também acadêmicas, constatam que esta produção é marcada pelos desafios que exigem conhecimento técnico-científico e também uma militância sociopolítica.

Nesse processo histórico do planejamento, evidencia-se que em 1992, um grupo técnico do Ministério da Saúde produziu um documento, como meio de orientar o planejamento. E, nesse sentido, foi sugerida a criação do Sistema Nacional de Planejamento visando à coordenação das atividades de planejamento incluindo o Ministério da Saúde, os estados, o Distrito Federal e os municípios, a superação dos obstáculos referentes ao orçamento e ao financiamento da saúde e à estruturação do acompanhamento e à avaliação das atividades (VIEIRA, 2009).

O documento também sugeria como eixos para elaboração dos planos de saúde, as situações epidemiológica e organizacional da rede de atenção à saúde e político-gerencial. Destacam-se, nesse processo, a ênfase ao caráter ascendente do planejamento, evidenciando que a construção da política de saúde se realiza a partir das necessidades locais, bem como a participação social nessa construção e a relevância da aprovação do Plano de Saúde pelo respectivo Conselho de Saúde.

No período de 1990 a 1999, segundo Abreu de Jesus (2006), as Normas Operacionais Básicas do SUS- NOB SUS são divulgadas, institucionalizando o planejamento local e participativo, considerando a composição da municipalização da saúde.

Nesse período, também se desenvolvem no Brasil os principais grupos de trabalho acadêmico sobre planejamento em saúde. Ressalta-se que nessa conjuntura, a NOB 1/96 institui a Programação Pactuada e Integrada - PPI, como um novo componente a ser integrado ao processo de planejamento e que envolve as ações de assistência ambulatorial e hospitalar e as vigilâncias epidemiológica e sanitária (VIEIRA, 2009).

Embora a PPI tivesse apresentado conquistas com relação ao acesso a atenção à saúde pela população, ainda havia problemas relevantes com relação à

garantia do acesso. Nesse contexto, publica-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2001 que estabelece o Plano Diretor de Regionalização - PDR, como instrumento de organização do processo de regionalização. Essa norma foi aperfeiçoada posteriormente e substituída pela NOAS 01/2002.

Na NOAS 01/2002, o PDR constitui um instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; em conformidade com as redes hierarquizadas de serviços; de estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, tendo como objetivo, assegurar a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. A partir do PDR, elaboram-se as PPI anuais (BRASIL 2012). Conforme a concepção de Vieira (2009), a organização da regionalização em saúde agrega mais um componente ao planejamento no SUS, haja vista que para a maioria dos municípios brasileiros, os gestores precisam elaborar planos e programar a assistência à saúde em bases não coincidentes com o seu território e sua autonomia política administrativa e, portanto, com menor governabilidade sobre a questão. Este aspecto revela a complexidade de efetivação do planejamento em saúde em um sistema universal do porte do SUS.

Na historicidade do planejamento em saúde no Brasil, outro marco legal importante é o *Pacto pela Saúde* que envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão compreende os eixos: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde. Com relação à pactuação para o planejamento estabelece cinco pontos prioritários: a) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; b) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; c) a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; d) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como, planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e) a

cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS (BRASIL, 2009).

No que se refere à regionalização, o Pacto de Gestão define que os principais instrumentos de planejamento são o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programa Pactuada e Integrada), a qual “deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão” (BRASIL, 2006a).

Percebe-se nesse percurso conceitual e de base legal, que os instrumentos PDR, PDI PPI, compõem o processo de planejamento de modo fragmentado, normativo e dissociados da realidade social. E que as revisões e atualizações desses instrumentos também se realizam de forma institucional, não se constituindo, portanto, num processo ascendente participativo.

O processo de implantação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS teve início em 2006, com a instalação de um Comitê de Operacionalização, instituído pela Portaria Nº 251, de 06 de fevereiro de 2006, proposto em oficinas macrorregionais realizadas em outubro e novembro de 2005 e que tiveram por objetivo indicar as bases para a organização e funcionamento deste Sistema de Planejamento (BRASIL 2009).

Nessa compreensão, o Ministério da Saúde ao revisar todos os instrumentos de gestão do SUS, cria o Sistema de Planejamento do SUS-PlanejaSUS, por meio da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

Os objetivos do PlanejaSUS compreendem: a) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; b) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; c) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; d) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e) monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados (BRASIL, 2006).

Teixeira (2015) contribui com essa discussão ao configurar duas “ondas de difusão do planejamento em saúde no Brasil”: a *primeira onda* se dá no contexto da década de 1980, com a propagação do debate latino-americano no campo do planejamento (PAIM, 1996) que proporcionou a difusão do vocabulário entre os

defensores ativos do movimento sanitário, favorecendo a aprendizagem do pensamento estratégico, embasando a construção de propostas políticas, execução de análises de viabilidade, “mapeamento de atores”, elaboração de estratégias de ação no âmbito acadêmico e das instituições públicas de saúde. Esse período prolongou-se por mais de dez anos, caracterizando-se por uma intensa militância sociopolítica, e aprendizagem teórico-prática do planejamento estratégico e situacional ancorada nos referenciais de Mario Testa e Carlos Matus. Evidencia-se que esse cenário, propiciou a ampliação da discussão sobre a possibilidade de se institucionalizar a prática de planejamento em saúde, não mais como programas verticais, mas configurando-se como uma ferramenta de governo, uma tecnologia de gestão com o propósito de produzir mudanças na organização dos serviços de saúde (PAIM, 1992); a *segunda onda* ocorreu no governo Lula, “com a retomada da ideologia desenvolvimentista”, através do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS. Essa iniciativa da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde foi direcionada para capacitar os atores responsáveis pelos planos estaduais e municipais e esse movimento gerou a capacitação de aproximadamente 1.800 trabalhadores.

No que se refere aos instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS, é essencial assinalar que consistem no Plano de Saúde, nas respectivas Programações Anuais e no Relatório de Gestão. E “o Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção” (BRASIL, 2013).

O arcabouço jurídico do SUS instituiu em 2011, o Decreto 7.508/2011 visando à regulamentação da Lei Orgânica Nº 8.080/1990. Esse decreto possibilita o aprimoramento do Pacto pela Saúde e contribui para assegurar o direito à saúde aos cidadãos brasileiros. Na operacionalização que o decreto estabelece, constam as diretrizes para o planejamento do SUS, porém se faz necessário destacar alguns aspectos do decreto (BRASIL 2011), como os conceitos de Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde -COAP, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Nesse sentido, é relevante destacar o conceito de COAP, tendo em vista que o município de Fortaleza pactuou o respectivo Contrato, enquanto componente

da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde – 1ª CRES, e que no momento encontra-se na Comissão Intergestores Tripartite – CIT:

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O COAP se constitui no âmbito do SUS com o propósito de assegurar a integralidade da atenção à saúde, a partir do fortalecimento das redes de atenção; buscar resultados e qualidade na atenção à saúde; proporcionar maior segurança jurídica frente aos compromissos assumidos pelos entes federativos, como também governança ao SUS (ANDRADE, 2012).

O Capítulo III, do decreto em comento, trata do planejamento da saúde e estabelece em seu Art. 15, conforme descrito na introdução deste estudo, que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, considerando os respectivos Conselhos de Saúde e compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Estabelece ainda que o planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada e que a compatibilização das necessidades das políticas com os recursos financeiros será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado entre os entes federativos e deverão conter metas de saúde (BRASIL, 2011).

Faz-se necessário evidenciar, ainda com relação ao planejamento em saúde, conforme o decreto, alguns aspectos importantes: o Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde; o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde e compete à Comissão Intergestores Bipartite-CIB pactuar as etapas do processo, bem como os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional (BRASIL 2011).

Pretende-se, portanto, com o Decreto 7.508/2011:

Organizar o SUS regionalmente para conformação de uma Rede de Atenção à Saúde visando à integralidade da assistência e a equidade; Garantir à população o direito à saúde, com acesso resolutivo e de qualidade e em tempo oportuno; Definir claramente as responsabilidades sanitárias entre os entes federativos; Garantir maior segurança jurídica, transparência e resultados efetivos (gestão por resultados); Maior comprometimento dos chefes do Poder Executivo (BRASIL, 2011).

Considerando o marco legal do planejamento no Brasil, alguns autores trazem contribuições importantes na percepção desse percurso histórico.

O planejamento, como enfatiza o estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde realizado em 2007 por Lenir Santos, como solicitação da Coordenação Geral de Planejamento da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (CGPL/SPO/SE/MS),

É objeto da Constituição Federal de 1988, o que o torna, portanto, um processo inerente a todas as esferas de governo. No âmbito do SUS, em particular, planejamento é um instrumento estratégico de gestão, mediante o qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS (BRASIL 2009).

Para Vieira (2009), a discussão do planejamento em saúde no SUS parece já ter ultrapassado as questões metodológicas, no que se refere à definição de instrumentos para sua realização, evidenciando-se na atualidade a necessidade de definição de fluxos e mecanismos de articulação entre os diversos atores, tanto do ambiente interno quanto externo, em cada esfera de governo. A autora destaca também que o planejamento no ambiente intra-organizacional (Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde), geralmente o tema é tratado como assunto do setor específico, responsável pelo planejamento da instituição. E, nessa compreensão, há um reduzido envolvimento dos profissionais de saúde, que seriam responsáveis pelo alcance dos objetivos e metas propostos, observando-se assim, um distanciamento entre o plano estabelecido e os resultados alcançados.

Ao analisarem o processo de planejamento governamental em saúde, no Estado da Bahia referente ao período de 2007-2010, Abreu de Jesus e Teixeira (2014) evidenciam que se faz necessário fortalecer o processo de educação

permanente, como também promover o planejamento no nível loco regional, com definição dos papéis das instâncias administrativas e colegiadas regionais. Ressaltam ainda que isso pode ser realizado com o fortalecimento do planejamento enquanto função de gestão, a partir da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, por meio da implantação e organização dos dispositivos do Decreto nº. 7508/2011 e da Lei Complementar nº 141/201250, desde que os atores responsáveis pela condução do processo “valorizem e aperfeiçoem continuamente seu conhecimento e suas práticas, e criem novas janelas de oportunidade para o avanço e a institucionalização do planejamento nas instituições gestoras do SUS”.

Rivera e Artmann (2012) ao discorrerem sobre o pacto federativo no Brasil ressaltam que as instâncias de governo (federal, estadual e municipal) têm autonomia de decisão, e se faz essencial investir em capacidade de negociação e argumentação para a construção de consensos. Enaltecem a valorização dos espaços de negociação, pactuação e formação de acordos, como por exemplo, os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências de Saúde e os diversos espaços no qual a opinião, tanto de especialistas, como da sociedade podem ser expressas. E destacam a organização do sistema de planejamento do SUS, no governo Lula, com o propósito de articular o processo de planejamento nas três instâncias de governo, como também o fato de nesse documento contemplar a obra de Carlos Matus. Os autores acrescentam que um enfoque comunicativo de planejamento pode contribuir para a construção de processos democráticos que viabilizem a concretude de políticas e projetos compatíveis com o direito à saúde.

### 3.3 ENFOQUES TEÓRICOS METODOLÓGICOS DO PLANEJAMENTO NA SAÚDE COLETIVA

Os referenciais internacionais – Matus, Testa, Barrenechea e Trujillo apresentados neste estudo, solidificam os ideais do planejamento em saúde no Brasil associado ao debate teórico de diversos centros acadêmicos. O Brasil, situado no subcontinente latino-americano, participa dessa discussão por possuir no seu contexto sociopolítico as características do subdesenvolvimento, que o colocavam no elenco dos países, onde as políticas sociais deveriam ser pensadas e planejadas para responder, a duas situações, às necessidades sociais e aos ideais do sistema capitalista. Relevante assinalar que, na consolidação do capitalismo, a discussão

acerca do planejamento surge em oposição ao *status quo*. “O que outrora se colocava como necessidade imperativa de reorganização para a produção passa a ser encarado pelos teóricos como instrumento de liberdade, ainda que com severos limites” (ABREU DE JESUS, 2006).

No tocante aos marcos que se constituem referenciais na produção do conhecimento sobre o planejamento em saúde no Brasil, se faz indispensável destacar, conforme Abreu de Jesus (2006): pesquisadores do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); dentre outros núcleos de estudos em Saúde Coletiva estabelecidos nas diversas universidades brasileiras.

Campos (2001) explicita, de modo complementar, que no Brasil a partir da década de 1980 o campo do planejamento estratégico no setor saúde, como também o movimento sanitário recebeu influência teórica dos autores latino-americanos: Carlos Matus e Mario Testa e neste ínterim, destaca que a divulgação do Planejamento Estratégico Situacional - PES de Matus foi bem mais expressiva.

O planejamento como prática instrumental na saúde, acompanhou as ideias hegemônicas do desenvolvimento econômico. A saúde passou a ser considerada sob a ótica dos modelos de custo-benefício, ou seja, a saúde da população como um fator de produtividade (CAMPOS, 2001).

No cenário brasileiro, quatro correntes de planejamento/gestão em saúde, marcadas pelos desafios prático-teóricos e pela diversidade de influências teórico-metodológicas, são descritas de forma pedagógica por Merhy (1995), Rivera e Artmann (1999), conforme se segue:

- a) *Gestão Estratégica* do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas: esta corrente defende: “um modelo de gestão colegiada e democrática, com as seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade”. A proposta inclui: o pensamento estratégico de Testa, o planejamento estratégico-situacional (PES) de Matus, elementos da qualidade total, da análise institucional, entre outros. Mais recentemente, a proposta incorporou a partir da Saúde Mental, os

conceitos de acolhimento e vínculo, ligados à política de humanização (MERHY, 2004).

- b) *Planejamento Estratégico Comunicativo*, representado por núcleos da ENSP/Fiocruz: essa corrente tem como base a teoria do agir comunicativo (TAC) de Habermas que “resgata aspectos comunicativos do planejamento estratégico-situacional, mas não se limita a ele”; representa uma crítica ao paradigma estratégico e estabelecem um refletir sobre componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural, redes de conversação, com influência da escola da organização e da filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional e incorpora também um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais.
- c) *Corrente da Vigilância à Saúde*, “postula um modelo de vigilância à saúde que propõe pensar numa inversão do modelo assistencial”. Este modelo tem como premissa a defesa da necessidade de integração horizontal dos seus vários componentes, combatendo desse modo os programas verticais da Saúde Pública. A Vigilância à Saúde se caracterizaria pela aplicação do PES no processamento de problemas transversais e também pela “busca de uma atuação intersetorial, na linha da promoção à saúde, que seria o paradigma básico da vigilância, alternativo ao paradigma flexneriano da clínica”.
- d) *Escola da Ação Programática* da Faculdade de Medicina da USP: caracteriza-se pela ênfase nas formas multidisciplinares de trabalho em equipe. “Sustenta a necessidade de uma abertura programática por grupos humanos amplos, para além de um recorte por patologias”. Assim como na escola da vigilância, essa corrente designa uma importância considerável ao uso inteligente da epidemiologia clínica e social na possibilidade de organização das práticas de serviços. Essa escola também se identifica com a corrente da ENSP ao apresentar uma preocupação importante com o ramo da filosofia da linguagem dentro da vertente comunicativa de Habermas.

Rivera e Artmann (2012) identificam que apesar de algumas diferenças ou leituras diversas de cada 'corrente de pensamento', há muitos pontos de convergência entre eles. O que se deve às muitas referências em comum, como por exemplo, o PES de Carlos Matus, embora não necessariamente em leituras homogêneas. Entre os pontos de convergência observados, cita a crescente preocupação com as "políticas de humanização que envolvem as ideias de vínculo e acolhimento, associadas à comunicação entre profissional e paciente e entre os próprios profissionais e, ainda, ao respeito das subjetividades".

### 3.4 O PLANEJAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na década de 1990, de acordo com Abreu de Jesus (2012) houve uma predominância das políticas de caráter neoliberal que geraram certa desvalorização do planejamento. Todavia, o SUS continuava seu processo de construção com conquistas e retrocessos em função das forças políticas que nele interagem. Nesse ínterim, destaca-se o processo de implantação do Programa Saúde da Família - PSF a partir de 1994, que veio constituir-se como espaço de reorganização da atenção básica e também de fortalecimento do processo de planejamento e de programação no nível local (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). E, em 1998, foi reformulada no sentido de ser a estratégia de reorganização da atenção primária à saúde e de todo o sistema público de saúde (BRASIL, 1994, 1997).

A operacionalização da ESF realiza-se, conforme Elia e Nascimento (2011), por meio do trabalho de equipes multiprofissionais direcionados para as populações de um território definido, assumindo responsabilidade por aproximadamente mil famílias ou quatro mil habitantes. Os autores destacam, nesse universo de trabalho, a concepção de território de Milton Santos (1994): "o território expressa características culturais, socioeconômicas, ambientais – o modo de vida da população que nele vive".

A ESF, como principal modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil, tem como características o deslocamento de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas em seu contexto familiar e comunitário, tendo como embasamento teórico e prático a integralidade, a promoção e a vigilância à saúde. Esse processo requer planejamento das intervenções, pelos

profissionais, visando efetividade e melhoria nas condições de saúde e de vida das pessoas (SARTI *et al.*, 2012).

Nessa compreensão, é relevante resgatar alguns aspectos da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012) referentes à especificidade da Equipe de Saúde da Família:

- I. Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família-e-SF) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa composição pode ser acrescentada, como parte da equipe multiprofissional, dos profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;
- II. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
- III. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. O ministério da saúde recomenda que o número de pessoas por equipe deva considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território e, nesse sentido, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;
- IV. Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma equipe de Saúde da Família, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas equipes de SF e com carga horária total de 40 horas semanais;
- V. Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, com exceção dos profissionais médicos, tendo em vista que outras modalidades de inserção nas equipes de Saúde da Família estão previstas na referida política, tanto para os profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade com as respectivas equivalências de incentivo federal.

A PNAB recomenda também que no processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde “devem ser organizados de modo que garanta o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado”. E, dentre as atribuições comuns a todos os profissionais na PNAB, é essencial destacar a realização das reuniões de equipe, tendo como objetivo discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.

Sendo assim, nesse entendimento, se faz imprescindível compreender o processo de planejamento na ESF, no campo da produção do conhecimento no Brasil.

Elia e Nascimento (2011), através de um estudo de caso exploratório e descritivo sobre o processo de planejamento local de equipes da ESF em três áreas administrativas do Rio de Janeiro, apresentam algumas constatações: apesar do planejamento ser um tema frequente em estudos de Saúde Coletiva e da ESF, a sua abordagem no nível dos territórios adscritos a equipes de Saúde da Família é ainda pouco explorada na literatura; de uma maneira geral, é possível afirmar que a programação de ações mostrou frágil associação com metas definidas pela equipe. Como as demais etapas que fazem parte do planejamento local, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços também se mostraram presentes, mas de maneira incipiente e descontínua.

Sarti *et al.* (2012), em um estudo ecológico, retrospectivo de análise de dados secundários de municípios que aderiram ao AMQ-ESF no Espírito Santo, relatam que uma fala muito comum das equipes é que a demanda por consultas individuais sufoca as equipes, ficando pouco tempo para a execução de outros processos de trabalho fundamentais na atenção primária à saúde. Apesar de que a resolução deste problema perpassa por um planejamento e programação dos processos de trabalho de forma apropriada (COLOMÉ, 2008). Os autores também elucidam que o fraco desempenho das funções e de ações ligadas ao planejamento, observados no conjunto dos municípios sinalizam a necessidade de avaliar as fragilidades nos processos de educação permanente das equipes e questionar a prioridade dada pelas instâncias gestoras a esta premissa fundamental da ESF.

Ao analisarem a situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde frente à perspectiva de implantação da Política de Atenção à Saúde do

Homem na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié - BA, Pereira e Nery (2014, p. 642) salientam,

Que é preciso ampliar o diálogo e desenvolver, urgentemente, um método de planejamento que leve em consideração a realidade local, a singularidade dos indivíduos, a capacitação profissional, o reconhecimento das questões de gênero, eficiente alocação de recursos financeiros e se alicerce na humanização e no respeito às diversidades humanas, de tal forma metas sejam definidas e as avaliações sejam realizadas no sentido da evolução da atenção integral à saúde do homem.

Nessa compreensão, é importante destacar o que preconiza o Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016), quanto ao planejamento e seus princípios:

O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. Portanto, o planejamento está intrinsecamente relacionado à gestão do SUS.

Considerando que a ESF está inserida no contexto do SUS como porta de entrada do sistema e estruturada para a produção do cuidado no território, faz-se relevante destacar os princípios do planejamento governamental no SUS (BRASIL, 2016):

- O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua
- O planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral.
- O planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite.
- O planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS.
- O planejamento deve ser ascendente e integrado.
- O planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde.
- O planejamento deve partir das necessidades de saúde da população.

### 3.5 A (RE)ORGANIZAÇÃO DA ESF/APS: A PROPOSTA DO MODELO DE GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DE FORTALEZA

O Governo Municipal de Fortaleza vem, desde 2013, desenvolvendo a Política de Saúde através de um redirecionamento estratégico com ações operacionais e de gestão, na perspectiva do alcance de melhorias no atendimento ao cidadão. Conforme dados da Agência Nacional de Saúde, 38% da população utiliza a saúde suplementar de diferentes coberturas, (SIB/ANS/MS – 06/2014). A informação da ANS não chega ao nível de desagregação por Regional considerando que esta é uma divisão administrativa do município de Fortaleza e não do IBGE.

Dentro desta compreensão política e técnica, a gestão municipal considera que os sistemas de atenção à saúde devem ser organizados de forma a responder às necessidades de saúde da população e devem ser operados em coerência com a situação de saúde vigente.

Fortaleza, como a maioria das cidades brasileiras, tem uma situação de saúde expressa por uma tripla carga de doença: – uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais; – uma carga de causas externas; – uma presença hegemônica de condições crônicas.

Visando restabelecer a coerência entre o Sistema Municipal de Saúde e a situação de saúde, a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS) fez a opção de inovar e de implantar um novo Sistema de Saúde Integrado para se contrapor ao sistema fragmentado vigente e integrar os vários pontos de atenção à saúde de forma a responder com efetividade, eficiência, segurança e qualidade às necessidades de saúde da população.

Esse sistema que irá integrar todos os serviços compreende as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que tem o seguinte conceito definido pelo Ministério da Saúde: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Para assegurar seu compromisso com a melhoria de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema.

Os Elementos das Redes de Atenção à Saúde são:

- uma População: a população adscrita à rede de atenção à saúde;
- uma Estrutura Operacional: os componentes da rede de atenção à saúde;
- um Modelo Lógico: o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Como centro de coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem a Atenção Primária à Saúde (APS) que integra os outros níveis de atenção secundária e terciária no âmbito ambulatorial e hospitalar. Para cada rede temática devem ser estabelecidas, em uma linha guia específica, as competências e responsabilidades de cada ponto de atenção e o sistema de referência e contrarreferência.

Na estruturação das RAS é necessário garantir a organização dos componentes das RAS:

1. Os níveis de atenção (primário, secundário, terciário).
2. Os sistemas logísticos (prontuário eletrônico, cartão de identificação do usuário, sistema regulado, transporte sanitário).
3. Os sistemas de apoio (serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação a Saúde).

A implantação das RAS exige de forma especial o fortalecimento da APS e mudanças no modelo de atenção de forma a garantir que sejam dadas respostas tanto às condições agudas, como às condições crônicas das pessoas, nos vários pontos de atenção de acordo com o risco e complexidade dos problemas de saúde, tendo como base as diretrizes clínicas e protocolos estabelecidos.

Para Mendes (2011) os modelos de atenção à saúde consistem em sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, considerando a visão prevalente da saúde, as situações demográficas e epidemiológicas e os determinantes sociais da saúde, vigentes em um dado tempo e uma dada sociedade. Os modelos de atenção à saúde consistem nos modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas.

As condições agudas em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto (inferior a três meses de duração) como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas como traumas, com tendência de se autolimitarem.

As condições crônicas são condições de longo curso (acima de três meses) como gravidez ou doenças de longa duração como, diabetes, hipertensão entre outros que às vezes são permanentes e definitivas.

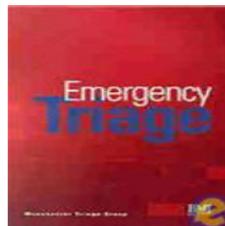
Considerando que as pessoas ao longo de suas vidas podem ter necessidades de intervenções direcionadas tanto às condições agudas como crônicas é necessário definir modelos de atenção que sejam capazes de dar respostas efetivas a todas as necessidades, tanto agudas como crônicas.

Para a atenção às condições agudas, o modelo adotado foi o de atenção às condições agudas que identifica, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência e emergência e define o ponto de atenção adequado para aquela situação. Para isso é adotado o Protocolo de Manchester, um modelo de triagem de risco utilizado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Neste protocolo é estabelecido para cada situação de risco, o período ideal de tempo para o atendimento ser realizado e utiliza cores para classificar os pacientes, como é apresentado na Figura 1.

**Figura 1 – O modelo de atenção às condições agudas**

## O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS

O Protocolo de Manchester de  
Classificação de Riscos



NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

FONTE: MACKWAY-JONES et al. (2005)

Fonte: Macway-Jones *et al.* (2005).

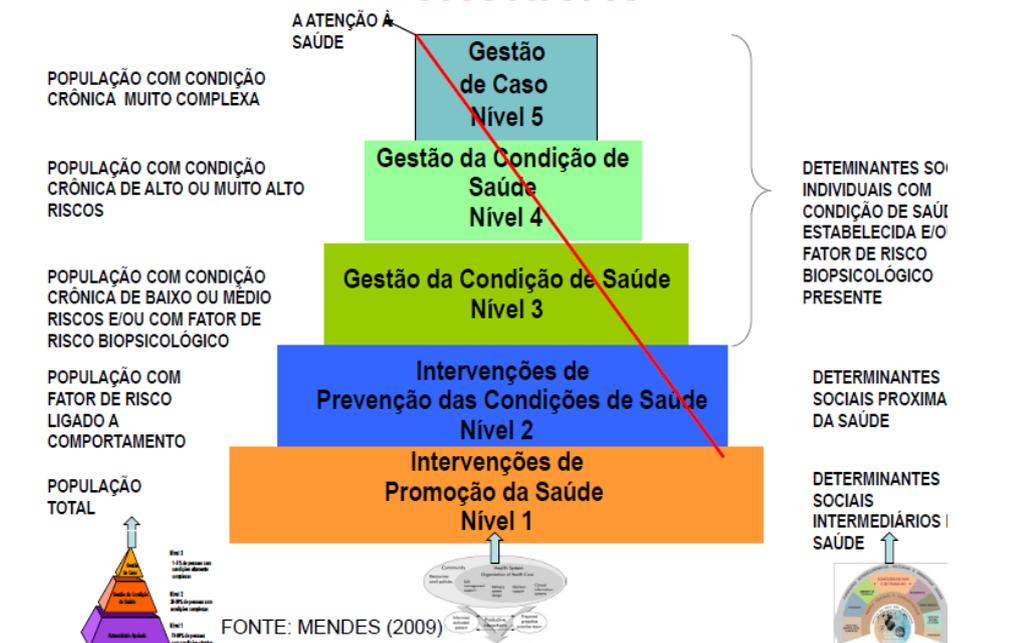
Para atenção às condições crônicas, o modelo adotado foi o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que se estrutura nos seguintes níveis de intervenções:

1. Promoção da Saúde.
2. Prevenção das Condições da Saúde.
3. Gestão da Condição da Saúde.
4. Gestão de Caso.

Essas ações ocorrem em três componentes integrados: – a população estratificada em subpopulações de risco (à esquerda da figura); os focos de intervenções de saúde (à direita da figura) e os tipos de intervenções em saúde (no meio da Figura 2).

**Figura 2 – O modelo de atenção às condições crônicas (MACC)**

## O MODELO DE ATENÇÃO AS CONDIÇÃOE CRÔNICAS



Fonte: Mendes (2005).

Considerando o perfil de morbimortalidade de Fortaleza, as Redes de Atenção selecionadas como prioritárias para implantação são: Rede de Atenção Materno Infantil (Rede Cegonha), de que trata a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011; Rede de atenção em Urgência e Emergência, apoiada na Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011; Rede de atenção às Condições Crônicas (diabetes, hipertensão, câncer de mama e colo) baseada na Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013; e Rede Psicossocial balizada na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

**Figura 3 – Estrutura operacional das redes de atenção à saúde**



Fonte: Mendes (2011).

Tendo em vista o importante papel da APS na implantação das RAS, a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza elaborou e está implantando um Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária que contempla ações de melhoria na estrutura das unidades, nos processos de trabalho das equipes e no monitoramento e avaliação dos resultados.

### 3.5.1 Plano diretor da atenção primária à saúde – O processo

Para assessorar e preparar os gestores e profissionais para operacionalização de mudanças necessárias nos processos de trabalho, foi contratada a consultoria do Dr. Eugênio Villaça, consultor da OPAS, MS e CONASS que vem acompanhando a SMS desde abril de 2013. A consultoria utiliza de metodologia que inclui momentos teóricos e práticos realizados nas unidades de saúde com o apoio de tutores contratados para assessorar as equipes locais na implantação dos processos voltados para conformação de um modelo de atenção que atenda às condições agudas e crônicas.

Para a organização das Redes de Atenção à Saúde, a consultoria montou grupos técnicos-GTs que abrangem os vários elementos que compõem as RAS: Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, Regulação, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação à Saúde. Cada GT elaborou um plano de melhoria que está em processo de implantação/implementação. Na Atenção Primária estão sendo implantados os macroprocessos de organização no território conforme quadro a seguir.

**Figura 4 – Macroprocesso: atenção primária à saúde**



Fonte: COPAS/SMS (2013).

Para implantação do modelo de atenção às condições agudas e crônicas e as RAS prioritárias, são eles: territorialização, cadastramento e classificação de risco das famílias, classificação de risco para urgências e emergências, estratificação das condições crônicas, organização da atenção às condições agudas, organização da atenção às condições crônicas, elaboração das diretrizes clínicas e protocolos, elaboração dos procedimentos operacionais padrão, parametrização e programação das ações, gestão da clínica e planos de cuidados.

Para implantação desses processos, os gestores e as equipes de APS estão participando de um programa de educação permanente em saúde que oferece seminários, oficinas, cursos, treinamentos de habilidades etc.

Para a consecução de processos que exigem um grau de refinamento maior, como por exemplo, a implantação de Diretrizes Clínicas a Consultoria/SMS optou também pela definição de unidades de laboratório que são Unidades de Atenção Primária que no primeiro momento serviriam como *lócus* de aplicação da metodologia. Inicialmente, foram definidas oito UAPS, contemplando todas as Regionais de Saúde e, em seguida, esse movimento foi expandido para alcançar 28 UAPS e, assim, progressivamente até alcançar as 93 UAPS existentes mais as 20 novas UAPS a serem inauguradas até o final do governo.

Considerando tratar-se de um processo complexo priorizou-se a implantação das Diretrizes Clínicas para Hipertensos e Diabéticos a partir da Estratificação de Risco e desenho da Linha de Cuidado, a partir da vinculação dos pacientes de alto e muito alto risco a serviços de média e alta complexidade ou a profissionais especialistas cardiologistas e endocrinologistas da rede municipal. Nesse sentido, encontros foram realizados com as UAPS, especialistas e equipes da atenção primária no sentido de inaugurar e fortalecer o vínculo entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada.

Frente a essas considerações a Secretaria Municipal da Saúde do município implantou um modelo de atenção às condições agudas e crônicas e, nesse ponto de vista, proporcionou mudanças na clínica e na gestão da ESF, visando equacionar intervenções que assegurem atenção integral aos usuários do SUS.

Destaca-se, contudo, que o cenário político, o modelo de gestão, a situação epidemiológica da população e o modelo de educação permanente em saúde estabelecem o diferencial para a implantação e efetivação de um dado modelo de atenção à saúde.

Todavia, ainda se constitui um desafio para a atenção primária à saúde, o aperfeiçoamento do modelo de gestão e atenção, ora focado sobremaneira nas condições crônicas. Faz-se oportuno reafirmar o quanto é essencial que os diversos sujeitos que operacionalizam as ações sejam incluídos na construção e implantação/implementação dos processos referentes à atenção à saúde, entre eles a propositura para o modelo de atenção do município, uma vez que eles (os sujeitos)

estão e são implicados diretamente nos modos de produção do cuidado e, portanto, capazes de produzir mudanças quando ancorados em análises epidemiológica e territorial realizadas numa perspectiva dialógica e participativa.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo consiste em uma pesquisa qualitativa numa perspectiva histórico social, na qual se toma como objeto o planejamento em saúde, cujo substrato para análise é a percepção e as representações de sujeitos sobre suas práticas nas instituições de saúde. Para tanto, considera-se dimensões objetivas, no âmbito da qualificação da atenção e gestão, bem como subjetivas dos sujeitos implicados. Para Minayo (2011), “a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”.

De modo convergente, Chizzotti (2006) considera que na pesquisa qualitativa toma-se como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre a realidade concreta e o sujeito, uma interdependência viva do sujeito com o objeto e uma postura interpretativa.

A pesquisa terá como abordagem metodológica, estudo de caso, que segundo Yin (1989): “a preferência por estudos de caso deve ser dada quando é possível fazer observação direta sobre os fenômenos”. Para Minayo, essa abordagem utiliza estratégias de investigação qualitativa que visam mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções referentes ao fenômeno ou à situação.

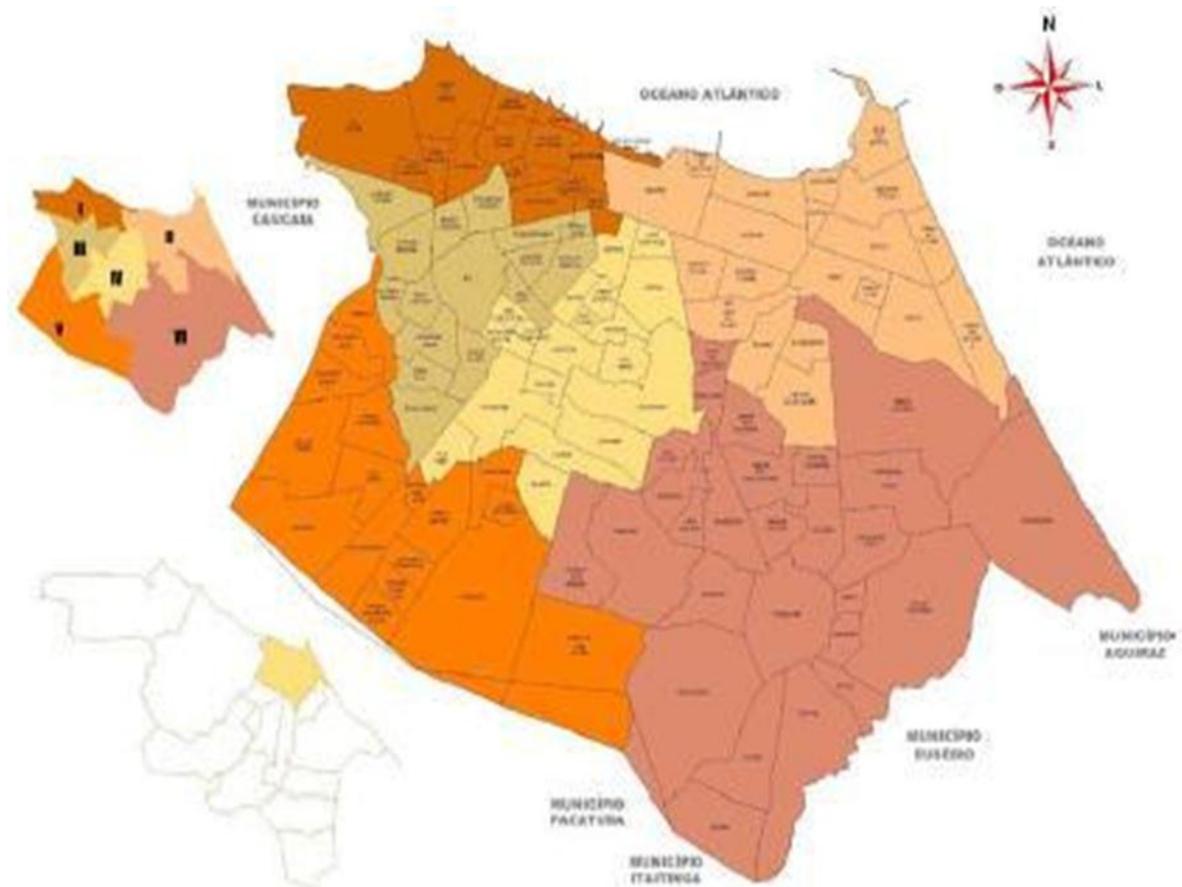
O estudo de caso consiste numa investigação empírica de um fenômeno contemporâneo, tendo em vista o seu contexto na realidade concreta, e sua realização que encontra razão, no desejo de compreensão de fenômenos sociais complexos (YIN, 2005). Nessa perspectiva, Minayo (2014) ressalta que nos estudos de caso, sejam utilizadas múltiplas fontes de informação, com base nas quais se construa um banco de dados no desenvolvimento da investigação, como também se crie uma cadeia de evidências relevantes durante a etapa de trabalho de campo. No que se refere aos atributos do pesquisador, segundo a autora, são os mesmos exigidos para aqueles que atuam com abordagens qualitativas, a saber: ter

habilidade para fazer perguntas, capacidade de escuta e observação, flexibilidade e ao mesmo tempo firmeza nos parâmetros propositivos de sua investigação.

#### 4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo empírico do estudo foi o município de Fortaleza, localizado no litoral norte do Estado do Ceará, com uma população de 2.609.716 habitantes (IBGE – 2016), densidade demográfica de 7.786,44 (hab./km<sup>2</sup>), uma área territorial de 314,9 km<sup>2</sup>. Tem como limites, ao norte o oceano Atlântico, ao leste, o oceano Atlântico e os municípios de Eusébio e Aquiraz, ao sul, os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e a oeste os municípios de Caucaia e Maracanaú (IPECE, 2013).

**Figura 5 – Mapa da distribuição dos bairros por Secretarias Regionais de Fortaleza – CE**



Fonte: IPECE (2013).

Do ponto de vista da estrutura político-administrativa, o município em função de sua extensão territorial foi dividido, inicialmente, em seis Secretarias Executivas Regionais - SER. A Lei Complementar 0077 de 2010 criou a Secretaria Executiva Regional Centro. Na atual conjuntura no município, a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza, de acordo com a Lei Complementar Nº 0137, de 08 de janeiro de 2013 – DOM Nº 14.952 (FORTALEZA, 2013) é composta em sua estrutura básica como Administração Direta, do Gabinete do Prefeito, Gabinete do Vice-Prefeito, Secretaria Municipal de Governo, Procuradoria Geral do Município, Secretaria Municipal de Saúde-SMS, as Secretarias Regionais – SR I, II, III, IV, V, VI, Secretaria Regional do Centro, entre outras.

Em relação à Secretaria Municipal da Saúde, destaca-se que sua estrutura organizacional é amparada nas seguintes bases legais: inicialmente, o Decreto Nº 13.106 de 12 de abril de 2013 definiu um organograma com níveis hierárquicos. Assim, deu-se a institucionalização de órgãos de execução programática e, dentre estes, a Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde, composta pelas seguintes Células: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada à Saúde, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção à Saúde Mental, Atenção às Condições Crônicas, Assistência Farmacêutica e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

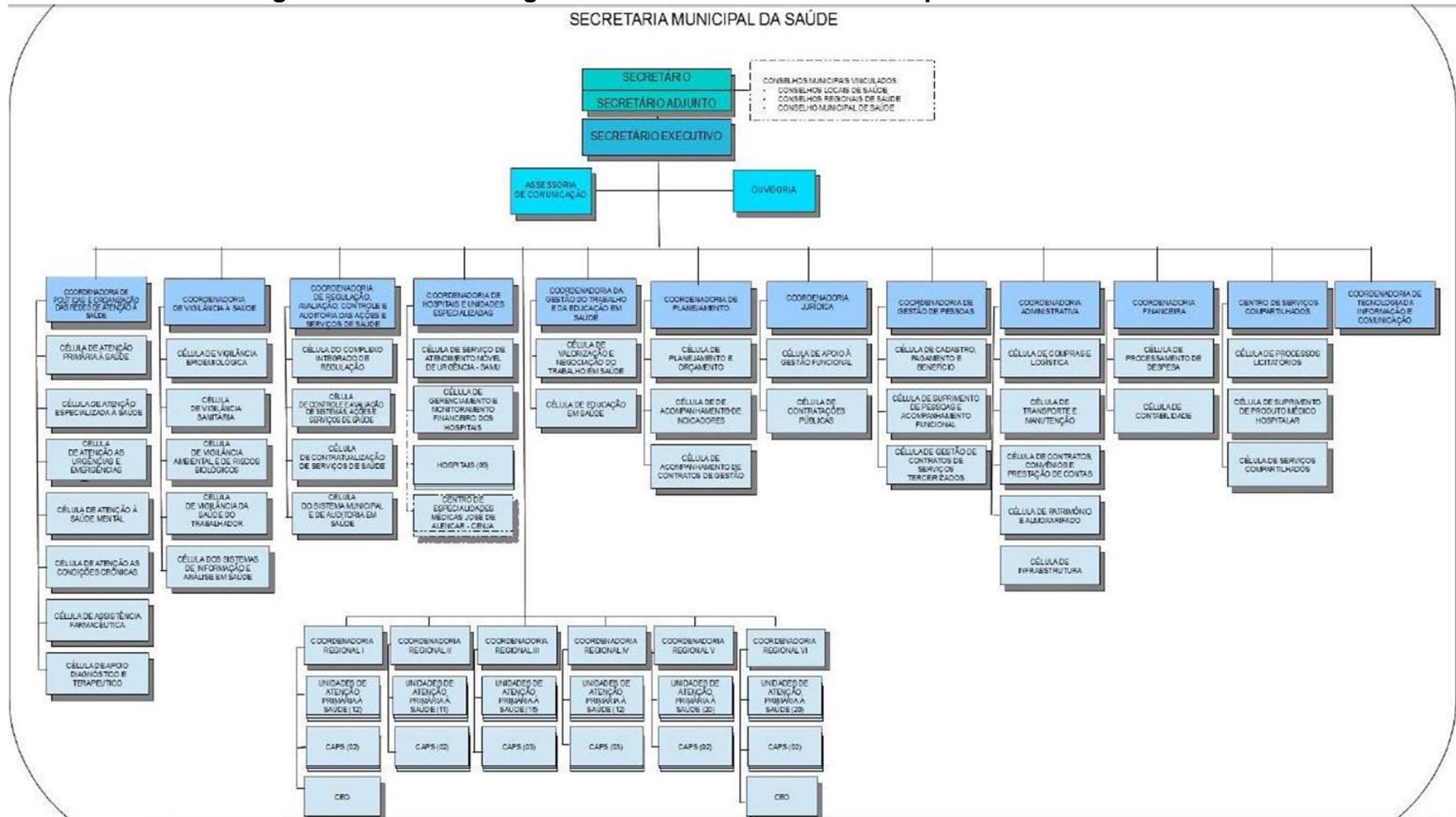
Posteriormente, com o Decreto Nº 13.493 de 30 de dezembro de 2014, ocorreu definição da SMS-Fortaleza, do ponto de vista administrativo.

Órgão integrante da Administração Direta do Município de Fortaleza, que tem por finalidade implementar a gestão do Sistema de Saúde, de Vigilância Sanitária, de Vigilância Epidemiológica, de Controle de Zoonoses e de Saúde do Trabalhador, mediante a definição das políticas públicas, diretrizes e programas para promover o atendimento integral à saúde da população do Município de Fortaleza, necessitando, portanto, ter a sua estrutura administrativa alinhada às suas finalidades (FORTALEZA, 2014, p. 35).

Por conseguinte, ocorreu reestruturação organizacional da SMS-Fortaleza, conforme estabelecido na Figura 2, bem como a distribuição e denominação de seus cargos comissionados. Destaca-se o fato de que no escopo desta reestruturação, os Órgãos de Assessoramento foram transformados em Órgãos Execução Instrumental. Neste caso, a Assessoria de Planejamento passou a

ser nominada Coordenadoria de Planejamento, composta pelas seguintes células: Planejamento e Orçamento, Acompanhamento de Indicadores e Acompanhamento de Contratos de Gestão (Fortaleza, 2014).

**Figura 6 – Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza**



Fonte: Fortaleza (2014, p. 42)

Nessa descrição sobre o campo de estudo, fazem-se relevantes alguns recortes históricos, como a assinatura do convênio de municipalização da saúde de Fortaleza que aconteceu em 1989 e, a partir desse convênio, os serviços de complexidades secundária e terciária, que até então eram gerenciados pelo estado, passaram para o município, com exceção do Hospital Geral de Fortaleza e do Hospital Albert Sabin. Fortaleza foi a primeira capital a ser municipalizada e, nesse caso, passou a gerir os três hospitais Gonzaguinha. O termo de adesão ao SUS foi assinado em 1991 e, no final do ano, aconteceu a Primeira Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza, visando à preparação para a IX Conferência Nacional de Saúde, que iria tratar do aprofundamento da municipalização da saúde no Brasil (FORTALEZA, 2008).

No percurso histórico do SUS, conforme o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006), que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, o Município de Fortaleza, através de seu Sistema Municipal de Saúde, gerencia a rede de atenção à saúde na sua área territorial.

Contudo, é importante destacar que o município compreende um cenário de vulnerabilidades e desigualdades sociais, situação que se agrava por ser Fortaleza, a cidade mais densamente povoada do País e que chegou a essa condição essencialmente por conta do processo migratório do homem do campo para a Capital, iniciado nos anos 1960. Considerando que o Ceará não desenvolveu cidades de grande porte que dividissem a população migratória, o aglomerado de gente teve sua concentração em Fortaleza. Ao longo dos anos, a cidade recebeu novos habitantes, mas as administrações não conseguiram adequar os serviços ao crescimento desordenado da metrópole e da aglomeração (FORTALEZA, 2016).

Nesse contexto, os níveis de iniquidade são evidentes e o acesso a serviços de saúde, surge como uma das mais injustas situações vividas pelas populações dos bairros periféricos, considerando que 82% da população tem o SUS como sistema de saúde de referência.

Ressalta-se, ainda, que o município de Fortaleza venha apresentando modificações no padrão demográfico e no perfil de morbimortalidade, e evidenciando em sua estrutura etária, redução na proporção de crianças e adultos jovens, com conseqüente aumento na proporção de idosos e sua maior expectativa de vida (FORTALEZA, 2016).

Face ao exposto, faz-se essencial uma rede de atenção à saúde que possibilite a ampliação do olhar sobre as necessidades em saúde, proporcionando o conhecimento crítico desta realidade concreta e suas implicações nos processos saúde-doença, de modo a promover políticas públicas que assegurem resolubilidade, de forma equânime e qualidade de vida para a população, materializando os princípios do SUS. Um processo complexo e desafiador, conforme expressa o texto a seguir, de modo tão singular:

Tantos desafios para esta cidade que merece proteger os miseráveis que cruzam o tempo de suas esquinas, abrigar o riso de suas crianças numa ciranda que abraça cada praça, preservar o patrimônio fortalecendo os movimentos de resistência da população às mudanças passageiras, na tentativa de manter ou ressignificar a essência dos lugares e costumes [...] Na inspiração do compositor Ednardo, reafirmamos o nosso desejo de tornar [...] a nossa terra Fortaleza, de céu pleno de paz, sem chaminés ou fumaça, sã e digna de toda a luz que a natureza lhe presenteou. Façamos por onde a vida alcançar... Com gestos firmes, solidários e compassivos. [...]. Criemos as condições para que a esperança, a generosidade e o cuidado habitem, pulsantes, o coração de cada morador dessa aldeia, aldeota que está batendo na porta de todos nós (FORTALEZA, 2008, p. 25).

Nas seis Secretarias Regionais do município de Fortaleza funcionam as *Coordenadorias Regionais de Saúde- CORES* que têm como finalidade planejar, executar, monitorar e avaliar as políticas de saúde em consonância com a política municipal. Todavia, o processo de gestão nas CORES é diversificado, considerando nesse íterim, as especificidades regionais, as articulações e pactuações com o território e a singularidade, por parte dos gestores, no modo de coordenar a produção em saúde. As CORES coordenam um determinado número de Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS, de acordo com o Quadro 1.

**Quadro 1 – Quantitativos de UAPS, Equipes de ESF, Equipes da ESF Completas, EACS, Equipes Inativas e Equipes de Saúde Bucal por Secretaria Regional. Fortaleza, 2016**

<b>Secretaria Executiva /SR</b>	<b>Nº de UAPS</b>	<b>Nº de Equipe ESF</b>	<b>Nº de Equipes ESF Completas</b>	<b>Nº de EACS</b>	<b>Nº de Equipes Inativas</b>	<b>Nº de Equipes ESF/ Saúde Bucal – ESB Completas</b>
<b>I</b>	14	67	52	14	1	29
<b>II</b>	12	46	37	9	0	33
<b>III</b>	17	72	56	14	2	36
<b>IV</b>	13	46	39	7	0	32
<b>V</b>	24	94	78	16	0	45
<b>VI</b>	28	119	97	22	0	72
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>444</b>	<b>359</b>	<b>82</b>	<b>3</b>	<b>247</b>

Fonte: Célula de Atenção Primária COPAS/SMS (2016).

O Município de Fortaleza está dividido em 119 bairros distribuídos nas regiões administrativas denominadas de Secretarias Regionais, conforme se descreve a seguir:

**Secretaria Regional I** com uma população de 381.675 habitantes distribuída em 15 bairros: Alagadiço/São Gerardo, Álvaro Weyne, Arraial Moura Brasil, Barra do Ceará, Carlito Pamplona, Cristo Redentor, Farias Brito, Floresta, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo, Pirambu, Vila Ellery, Vila Velha;

**Secretaria Regional II** com uma população de 381.149 habitantes distribuída em 21 bairros: Aldeota, Cais do Porto, Centro, Cidade 2000, Cocó, Dunas, Engenheiro Luciano Cavalcante, Estância (Dionísio Torres), Guararapes, Joaquim Távora, Lourdes, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape, Varjota, Vicente Pinzon;

**Secretaria Regional III** com uma população de 378.154 habitantes distribuída em 17 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bonsucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube (São Cristóvão), Olavo Oliveira, Padre Andrade (Cachoeirinha), Parque Araxá, Parquelândia, Pici (Parque Universitário), Presidente Kennedy, Quintino Cunha, Rodolfo Teófilo;

**Secretaria Regional IV** com uma população de 295.397 habitantes distribuída em 19 bairros: Aeroporto (Base Aérea), Benfica, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri, Vila União;

**Secretaria Regional V** com uma população de 567.949 habitantes distribuída em 18 bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Conjunto Esperança, Genibaú, Granja Lisboa, Granja Portugal, Jardim Cearense, Manoel Sátiro, Maraponga, Mondubim, Parque Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Parque São José, Prefeito José Walter, Siqueira;

**Secretaria Regional VI** com uma população de 567.575 habitantes distribuída em 29 bairros: Aerolândia, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, Boa Vista1, Cajazeiras, Cambeba, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (Alagadiço Novo), Lagoa Redonda, Lagoa Sapiranga (Coité), Messejana, Palmeiras, Parque dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Parque Santa Maria, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba e São Bento (SMS/COVIS/CEVEPI).

Quanto à capacidade instalada, no tocante aos serviços de saúde municipais, o município apresenta a estrutura a seguir:

- 108 Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS
- 14 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS \*
- \* 3 CAPS com atendimento 24hs
- 2 Unidades de Acolhimento - Hospital Gonzaga Mota José Walter (1 F/1 M)
- 8 Hospitais Distritais
- Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
- Instituto Dr. José Frota - IJF
- 1 Centro de Especialidades Médicas - CEMJA
- 3 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO
- 9 Serviços de Atenção Especializada-SAE
- Serviço de Atendimento Médico de Urgência-SAMU
- 1 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador - CEREST
- 5 Unidades de Pronto Atendimento - UPA

A implantação da estratégia saúde da família no município teve seu ápice em 2006, com a realização de um concurso público, para profissionais nas áreas de enfermagem, medicina e odontologia, que proporcionou 460 vagas para cada categoria.

No contexto atual, o processo de trabalho na Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família apresenta a configuração descrita no Quadro 1-Os dados revelam uma Cobertura da Estratégia Saúde da Família-ESF no município de 47,4%, considerando nesse cálculo o quantitativo de equipes completas da ESF, com o referencial de 3.450 pessoas por equipe e a população estimada 2016 de 2.609.716 habitantes (IBGE - 2016).

As equipes da Estratégia Saúde da Família, mais especificamente os profissionais médico, enfermeiro e dentista no município de Fortaleza, atualmente estão organizados em turnos de trabalho de seis horas durante quatro dias da semana e oito horas em um dia. A carga horária de 40 horas das equipes se completa com oito horas dedicadas à Educação Permanente, conforme preconizado pela atual gestão municipal.

Isto posto, delimita-se o cenário do estudo que será composto por: Coordenadoria de Planejamento - COPLAN; Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde - COPAS; e, seis Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS, sendo uma de cada Secretaria Regional do Município de Fortaleza.

Os critérios de inclusão das UAPS consistiram: 1. UAPS com mais tempo de funcionamento na regional, funcionando desde a implantação do PSF no município de Fortaleza; e, 2. Com equipe completa da ESF. Assim, foram incluídas na pesquisa: UAPS Guiomar Arruda – SR I, UAPS Aída Santos – SR II, UAPS Meton de Alencar – SR III, UAPS Luís Albuquerque Mendes – SR IV, UAPS Abner Cavalcante- SER V e UAPS Terezinha Parente – SR VI. Destaca-se o fato de que as primeiras equipes da ESF foram implantadas em fevereiro de 1998, totalizando 32 equipes de saúde, nas seis SER, abrangendo 12 bairros (VIEIRA, 2001). Compreende-se que o tempo, nesse contexto, constitui-se como um referencial na historicidade do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza.

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram representados por gestores e profissionais que atua na ESF, envolvidos nos processos de planejamento, gestão e atenção à saúde.

A demarcação da amostra qualitativa do estudo ocorreu tomando como critério o acúmulo subjetivo dos participantes em relação ao objeto de estudo. Assim, os ocupantes dos cargos de planejamento e/ou gestão foram considerados informantes-chave, representados por coordenadora da COPAS, uma Articuladora da COPLAN e cinco Gerentes das UAPS inclusas no estudo. Assinala-se o fato de que das seis gerentes selecionadas, apenas uma não compareceu no momento de realização do grupo focal, por conseguinte, foi excluída do estudo.

Além destes, foram incluídos os profissionais de seis equipes da ESF atuantes nas UAPS integrantes da pesquisa, cuja equipe foi selecionada por conveniência, envolvendo três médicos, seis enfermeiros, cinco dentistas, três técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de saúde bucal e 22 agentes comunitários de saúde.

Em relação aos profissionais, foram alguns critérios de inclusão, entre estes: maior tempo de trabalho na mesma equipe, compor equipe completa e maior tempo de trabalho na mesma UAPS. Após definida a equipe, foram excluídos do estudo aqueles profissionais que se encontravam de licença médica ou de férias, no momento da coleta de dados.

Desse modo, a amostra qualitativa foi composta por 50 participantes, conforme demonstrado no Quadro 2.

**Quadro 2 – Sujeitos do Estudo**

Segmento representado/ Equipe ESF (e-SF)	Categorias Profissionais							Total
	Agente Com. Saúde	Aux. Saúde Bucal	Técnico(a) Enfermagem	Enfermeiro(a)	Cirurgiã(o) dentista	Médico(a)	Psicólogo	
Gestores Locais	-	-	-	04	01	-	-	<b>05</b>
e-SF UAPS/SR 1	03	01	01	01	01	01	-	<b>08</b>
e-SF UAPS/SR 2	02	-	01	01	**	01	-	<b>05</b>
e-SF UAPS/SR 3	04	01	01	01	01	**	-	<b>08</b>
e-SF UAPS/SR 4	03	01	*	01	01	*	-	<b>06</b>
e-SF UAPS/SR 5	03	-	*	01	01	01	-	<b>06</b>
e-SF UAPS/SR 6	07	01	*	01	01	*	-	<b>10</b>
Gestor COPAS	-	-	-	01	-	-	-	<b>01</b>
Articulador COPLAN	-	-	-	-	-	-	01	<b>01</b>
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>04</b>	<b>03</b>	<b>11</b>	<b>06</b>	<b>03</b>	<b>01</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaborado pela autora

\* Profissionais não participaram do grupo focal por estarem em atendimento aos usuários na UAPS;

\*\* Profissionais não participaram do grupo focal por estarem de férias.

#### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados por meios de entrevistas semiestruturadas, com roteiro norteador (apêndice 4), realizadas com a gestora da Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde-COPAS e com a Articuladora Técnica da Coordenadoria de Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza; grupo focal com os seis gestores de UAPS, unidades de saúde nas quais estão inseridas as equipes selecionadas para este estudo e os membros das seis equipes da ESF participantes da pesquisa; e análise documental, cujo documento foi o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017.

A entrevista semiestruturada revela-se apropriada para a obtenção de informações, por permitir a interação do pesquisador com o pesquisado, permitindo, emergir a subjetividade do sujeito entrevistado (GUIMARÃES, 2012).

Segundo Minayo (2006), a entrevista constitui uma técnica privilegiada de coleta de informações para as Ciências Sociais, tendo em vista que oferece a possibilidade da fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, bem como transmitir as representações de determinados grupos em seus contextos históricos, socioeconômicos e culturais.

Para Triviños (1990), o processo interativo estabelecido durante a entrevista não constitui simplesmente um processo de obtenção de informações, mas, sim, uma relação. Desse modo, as informações emitidas pelos sujeitos podem ser afetadas pela natureza do encontro. “Essa premissa situa o investigador diante de um exercício contínuo de encontrar a objetividade em meio à subjetividade produzida nessa dinâmica relacional”.

A predileção por realizar grupo focal na coleta de dados com os profissionais da ESF tem como fatores favoráveis: é uma técnica relevante para se tratar das questões da saúde sob a ótica social; favorece análises por triangulação, validação de dados, depois de processos de intervenção, para o estudo de impacto destes; proporciona que as discussões em grupo correspondam à maneira pela qual as opiniões são produzidas, manifestadas no cotidiano das pessoas; permite correções por parte do grupo, como um meio de validar enunciados e opiniões; favorece a reconstrução de opiniões individuais de forma adequada; pode gerar economia de tempo, apresenta baixo custo e a interação entre os participantes produz dados relevantes (MINAYO, 2004; FLICK, 2009). Nesses termos, foi realizado um grupo focal com os gerentes das unidades de saúde e um grupo focal com uma equipe da ESF por Secretaria Regional, totalizando sete grupos focais.

A análise documental, fonte secundária de dados, é utilizada na perspectiva de se compreender melhor o contexto e estabelecer conexões com os dados obtidos nas entrevistas e na observação, através do entrecruzamento de informações. Segundo Chizzotti (1995, p. 109), são documentos, “qualquer informação sob a forma de textos, imagens, sons, sinais etc., contida em um suporte material (papel, madeira, tecido, pedra), fixados por técnicas especiais como impressão, gravação, pintura, etc.”

#### 4.5 ETAPA EXPLORATÓRIA DA PESQUISA: A INSERÇÃO NO CAMPO EMPÍRICO

Experienciar a coleta de dados da pesquisa sobre planejamento em saúde da ESF no município de Fortaleza que consistiu na realização de duas entrevistas semiestruturada, sete grupos focais e análise documental do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017 foi um processo de aprendizagem, o qual exigiu persistência, articulação e diálogo. Visando à realização dos grupos focais, inicialmente com os gerentes locais das seis UAPS e, em seguida, com uma equipe em cada uma dessas UAPS, houve certa dificuldade no sentido de equacionar um horário no qual fosse possível o diálogo com os seis gestores das UAPS, selecionadas na amostra, bem como com todos os componentes de uma equipe em cada uma das unidades. Os equívocos e, em alguns casos, a falta de comunicação nesse processo, o gozo de férias de gestores e profissionais nesse período geraram inúmeros reagendamentos.

Todavia, por meio de visitas às equipes e diálogo foi possível sensibilizar e pactuar agendas visando à realização da coleta. Nesse entendimento, os grupos focais foram realizados com as equipes, no local de trabalho dos atores, com horário previamente agendado, de acordo com a disponibilidade de tempo da equipe e de espaço disponível no serviço, tendo em vista assegurar a privacidade dos sujeitos. Cada grupo focal teve duração média de 60 minutos. Ressalte-se que a sua operacionalização foi orientada por um roteiro com perguntas abertas, visando privilegiar os questionamentos levantados inicialmente e os pressupostos da pesquisa. Quanto à realização do grupo focal com os gerentes das UAPS definiu-se coletivamente um local de trabalho que fosse adequado e de fácil acesso para todos.

Destaca-se nesse contexto que as falas dos entrevistados constituem a essência imprescindível à compreensão do fenômeno social estudado. Nessa compreensão, se torna fundamental o seu registro de forma fidedigna, favorecendo, assim, uma boa compreensão do processo interno do grupo pesquisado. Partindo desse entendimento, adotou-se a gravação da entrevista como estratégia capaz de assegurar que as informações fossem registradas com fidedignidade, respeitando os princípios éticos, orientadores da pesquisa com seres humanos. Entretanto, a gravação somente foi executada com a anuência dos participantes.

Face ao exposto, o início da coleta que compreende o contato, a apresentação, o convite e a pactuação de uma agenda com os sujeitos implicados, ocorreu na segunda quinzena de março/2016, contudo, a coleta só foi finalizada em julho de 2016.

No primeiro momento, foi realizada a entrevista semiestruturada com a gestora da COPAS e, em função de atividades inerentes às competências do cargo, a entrevista foi reagendada por duas vezes. Em face à relação da convivência da gestora com a pesquisadora no contexto da gestão, a entrevista foi realizada por uma técnica da Célula de Atenção Primária da SMS Fortaleza, buscando assegurar um mínimo de interferências geradas pela intersubjetividade na relação com o sujeito implicado na pesquisa.

No segmento do percurso da coleta foi realizado o grupo focal com cinco gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde que compõem a amostra. Apesar da proposta para a realização do grupo focal ser com os seis gerentes, devido a um imprevisto na unidade no dia pactuado para o encontro, não foi possível uma das gerentes participar.

Quanto aos gerentes das unidades, sinalizou-se uma variação considerável no tempo em que estão como gestores, ou seja, havia gerentes que estavam há quatro meses na gerência da unidade e a que tinha mais tempo, estava há dois anos e cinco meses. Nenhuma delas estava desde o início da gestão como gerente da unidade implicada na pesquisa. E, em algumas unidades da pesquisa, a gerência já havia mudado quatro vezes no período de três anos e meio que compreende o tempo da atual gestão municipal. Contudo, todas as gerentes apresentaram vivência no âmbito da atenção à saúde na ESF, uma vez que fazem parte da rede municipal, anteriormente ao cargo de gerente da UAPS.

Na sequência do processo de coleta foram realizados os grupos focais com uma equipe da ESF em cada uma das seis Unidades de Atenção Primária à Saúde, conforme os critérios de inclusão. Todavia, em somente uma UAPS foi possível reunir todos os membros da equipe para a realização da pesquisa sobre planejamento em saúde (Quadro I). Contudo, os outros grupos focais contaram com a participação de pelo menos quatro categorias profissionais, considerando que a equipe da ESF é composta por seis categorias.

Faz-se oportuno relatar que na realização dos grupos focais com algumas equipes, houve um anseio e até mesmo certo temor de parte dos profissionais com o

fato da pesquisadora estar em um cargo de gestão na Secretaria Municipal da Saúde. As indagações dos participantes consistiram: o que ou quem eu representava, quais os reais objetivos da realização do encontro, por que o diálogo era só com uma equipe e, sobretudo, para quem seria apresentada a gravação. Mesmo considerando todas as explicações iniciais a respeito da pesquisa, houve certo desconforto para os participantes anterior à realização do grupo focal, pois havia receio de represália, mas todos os esclarecimentos sobre o sigilo da pesquisa foram dados e o diálogo fluiu com as equipes de modo relevante.

Durante o processo da coleta de dados, alguns fatos foram dignos de registro. Como por exemplo, o envolvimento e a participação relevantes dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS das seis equipes implicadas na pesquisa. Os ACS demonstraram a partir da dinâmica de trabalho cotidiana, um conhecimento essencial sobre o território que precisa ser considerado na perspectiva do planejamento e programação em saúde.

Contudo, a participação dos técnicos de enfermagem foi incipiente, pois mesmo considerando que em 50% dos grupos focais contaram-se com a presença desse profissional, eles praticamente não se manifestaram durante a realização dos grupos focais. Nos grupos focais referentes aos outros 50%, as técnicas estavam nas unidades, mas não foi possível participar em função do atendimento aos usuários. Percebeu-se pelas falas e fatos que de acordo com a organização dos serviços no cenário atual nas unidades de saúde, as técnicas de enfermagem parecem não mais fazer parte diretamente do trabalho com as equipes, assumindo atividades mais específicas nas salas de vacina e de curativos.

No tocante aos profissionais médicos, em duas unidades não foi possível contar com a participação desses profissionais, embora estivessem na unidade e tivessem sido convidados para a realização do grupo focal. A não participação foi justificada em função do atendimento aos pacientes que se prolongou. Considerando os sucessivos reagendamentos já relatados, o diálogo aconteceu com os membros da equipe que se programaram, conforme agendamento prévio. Vale ressaltar, nesse contexto, que um dos médicos que participou é cubano e faz parte do Programa do Governo Federal MAIS MÉDICOS.

No decorrer do processo houve a necessidade de realização de uma entrevista semiestruturada com a articuladora técnica da Coordenadoria de Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, considerando a

relevância do olhar de um sujeito implicado no processo de construção do Plano Municipal de Saúde, como integrante da equipe de planejamento.

Ressalta-se a importância de contar com a contribuição de todos esses sujeitos nesse processo, entre gestores e profissionais da ESF, que expressaram conhecimento e vivência na ESF, pois a partir do fato de se “dar atenção a todos os grupos que interagem com o foco principal, buscando compreender o papel de cada um em suas interações” (MINAYO, 2006, p. 197), é possível, desse modo, aprofundar as questões levantadas, analisar as singularidades e compreender o fenômeno social estudado.

#### 4.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na produção do conhecimento, a pesquisa se faz imprescindível e toda pesquisa tem como início uma pergunta que gera inquietações e desencadeia movimentos em busca de respostas, orientadas por um vasto elenco de preferências teórico-metodológicas. A análise aprofundada no processo de investigação e resultados evidencia uma multiplicidade de olhares, entendimentos, práticas e significados sobre uma dada realidade, ressaltando um conhecimento rico, não fechado em si mesmo, ampliando desse modo o desafio para o pesquisador na aproximação entre o teórico e o empírico visando à produção do conhecimento. Nesse sentido, Minayo (2002, p. 4) pondera que:

A leitura de qualquer realidade constitui um exercício reflexivo sobre a *liberdade humana*, no sentido de que os acontecimentos se seguem e se condicionam uns aos outros, mediados por um impulso original: a cada momento pode começar algo novo. Ou seja, não existe determinação total dos acontecimentos e nada e ninguém estão aí “por causa” do outro ou se esgotam totalmente na sua realidade. Os acontecimentos históricos ou da vida cotidiana são governados por uma profunda conjunção interna da qual ninguém é completamente independente, na medida em que é penetrado por ela de todos os lados.

Desse modo, é essencial a definição de uma técnica de processamento e interpretação do material empírico. E, nesse contexto, elegeu-se a análise de conteúdo, modalidade temática, visando uma compreensão do processo de planejamento na estratégia saúde da família no município de Fortaleza, a partir dos olhares e concepções dos atores envolvidos no estudo, numa perspectiva crítico-reflexiva, conforme proposto por Minayo (2014, p. 299): “Analisar, compreender e

interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo visando a penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade”.

Nas tendências atuais do uso de técnicas de Análise de Conteúdo, a referida autora, revela que todo esforço teórico, seja na lógica quantitativa ou qualitativa, tem como finalidade ultrapassar o nível de senso comum e do subjetivismo na interpretação e, assim, atingir um olhar crítico sobre os documentos, entrevistas ou resultados de observação. Essa técnica de análise de material qualitativo parte de uma leitura das falas, documentos e depoimentos para em seguida alcançar um nível mais profundo, ultrapassando as significações expressas no material.

A sistematização e análise dos dados seguiram algumas fases operacionais na perspectiva de estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico-metodológico adotado, buscando responder aos questionamentos e objetivos que nortearam o estudo. Nessa compreensão, utilizou-se os passos sugeridos por Minayo (2014):

Ordenação dos dados: nessa etapa está incluída a transcrição das gravações referentes às duas entrevistas e aos sete grupos focais realizados, releitura do material, organização dos relatos, bem como, uma leitura sobre o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017 como documento institucional, para análise documental. Essa fase proporciona ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo.

Classificação dos dados: considerando que nessa fase há uma complexidade no processo de construção do conhecimento, Minayo (2014) propõe as seguintes etapas para compor o momento classificatório:

- Leitura horizontal e exaustiva dos textos: nessa etapa, há o contato inicial com o material de campo que exige uma leitura de cada entrevista e de todos os documentos, com o registro das primeiras impressões do pesquisador, buscando-se, assim, uma coerência das informações. Esse processo inicial permite apreender as ideias centrais e as estruturas de relevância dos atores sociais. A atenção do pesquisador com esse material auxiliará a construção das categorias empíricas que serão confrontadas com as categorias analíticas num passo futuro, na perspectiva de buscar as interconexões entre elas.

- Leitura transversal: esse momento compreende a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto na sua totalidade. Cada entrevista ou documento é recortado em “unidade de sentido”, por “estruturas de relevância” ou “temas”. O pesquisador ao separar por categorias, temas ou unidades de sentido junta as partes semelhantes, procurando identificar as conexões entre elas e guardando-as em códigos.

Assim, no percurso metodológico do estudo, as falas após a transcrição fiel e integral foram classificadas quanto às informações favorecendo uma primeira aproximação com os significados manifestos e subentendidos, possibilitando revelar os núcleos de sentido, conforme quadro a seguir:

**Quadro 3 – Núcleos de sentido**

<b>NÚCLEOS DE SENTIDO</b>
Processo de Planejamento na Estratégia Saúde da Família–ESF
A gestão no processo de planejamento
Instrumentos de planejamento
A ESF no Plano Municipal
A execução do Plano Municipal de Saúde
Potencialidades e fragilidades no processo de planejamento da ESF

Fonte: Elaborado pela autora.

Uma leitura transversal desse material, organizado em núcleos de sentido, favoreceu a visualização de categorias temáticas, conformando três planos de análise: 1. Práticas de Planejamento no âmbito da Estratégia Saúde da Família; 2. A Estratégia Saúde da Família no Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017: inter-relações dos níveis local e central no planejamento e execução do plano; 3. O processo de planejamento da ESF e sua interlocução com o Plano Municipal de Saúde: fragilidades e potencialidades na perspectiva de gestores e profissionais.

Sequenciando a identificação das categorias temáticas selecionaram-se falas e registros, das entrevistas, dos documentos e das observações, fazendo os recortes e inserções nas categorias temáticas que se associam.

Análise final: as etapas de classificação demandam inflexão sobre o material empírico que deve ser considerado “o ponto de partida e o ponto de

chegada da compreensão e da interpretação”. A pesquisa deve apresentar respostas para esclarecer “a lógica interna” de um grupo determinado sobre o tema em estudo, quando fala dele, quando se relaciona e a partir dele planeja sua vida.

Desse modo, visando uma maior compreensão do objeto de investigação procedeu-se uma análise final mais aprofundada das falas, observações e documentos num movimento de articulação com alguns autores e subsequente interpretação à luz da análise de conteúdo de Minayo (2014, p. 308):

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. [...] geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Esse conjunto de movimentos analíticos visa a dar consistência interna às operações.

Em seguida, realizou-se uma imersão no material empírico buscando uma compreensão ampliada do objeto de pesquisa, através da análise das falas, observações e documentos em articulação com a contribuição de autores e a experiência resultante da vivência com o campo de estudo. Nesse processo, configura-se a análise das convergências, divergências, as diferenças e complementaridades a partir das falas na articulação com o campo de estudo. Ressalta-se que esse exercício pressupõe mobilidade e articulação entre as falas e o referencial teórico selecionado.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em atendimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), o projeto desta dissertação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE, o qual avaliou a sua pertinência, os objetivos e os riscos/benefícios a que estão vulneráveis os participantes, emitindo parecer favorável, conforme consta no Anexo B.

Ressalta-se que a todos os sujeitos participantes do estudo foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) com esclarecimentos referentes à pesquisa, solicitação para o fornecimento de

informações e consentimento de participação no estudo, bem como assegurando o sigilo e o anonimato das informações fornecidas.

As entrevistas foram gravadas pela pesquisadora com o consentimento dos participantes. Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, os recortes das falas apresentados nos resultados desta dissertação foram codificados, por meio de uma sigla, a qual representa o cargo/função ocupado. No caso das equipes da ESF, a sigla apresenta também um algarismo arábico sinalizando a ordem em que foi realizado o grupo focal, conforme descrição a seguir:

- Gestor COPAS/SMS: GMAPS
- Articulador COPLAN/SMS: GPLAN
- Gerentes das UAPS: GESF
- Equipes da ESF: e-SF seguidas de numeral arábico (e-SF 1, e-SF 2, e-SF 3, e-SF 4, e-SF 5, e-SF 6)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do processo de planejamento em saúde na estratégia saúde da família no município de Fortaleza, com base na experiência dos gestores e profissionais da ESF, põe em relevo a dimensão formal e objetiva, bem como aspectos subjetivos, presentes no plano discursivo, que revelam suas implicações, os sentidos atribuídos e as inquietações que persistem diante da operacionalização do modelo de gestão/atenção na consecução do plano municipal de saúde.

### 5.1 PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A demarcação dessa categoria temática propicia a descrição da operacionalização das práticas de planejamento da ESF, na perspectiva dos gestores e trabalhadores, considerando os instrumentos utilizados, o enfoque de planejamento adotado pela gestão em seus três níveis, local, regional e municipal, bem como a execução das diretrizes/ações estabelecidas no plano de saúde.

Partindo-se do entendimento de que o planejamento em saúde compõe o processo de trabalho das equipes da ESF, evidenciam-se nas falas dos sujeitos diferentes olhares sobre o modo como este se operacionaliza no âmbito do município de Fortaleza.

De início, os gestores apontam os aspectos formais da construção do plano de saúde tanto no âmbito municipal quanto local, que embasam suas práticas de planejamento.

São reunidos os gestores, os profissionais, os técnicos envolvidos com a Atenção Primária - AP e os usuários [...] e são identificados os principais problemas, selecionados aqueles mais importantes e a partir disso são definidas metas e no caso da AP, a gente está utilizando muito, intervenções na estrutura, no processo e nos resultados (GMAPS).

[...] no atual momento, a gente está com uma rotina bem conturbada nas unidades, mas as equipes conseguem, obviamente, realizar o planejamento e programar suas atividades através desse planejamento da equipe com os ACS, com a coordenação [...] (GESF).

[...] o processo de planejamento da atenção primária veio com, [...] uma Consultoria pra pensar esse planejamento da atenção primária marcada pelo referencial teórico da equipe do Dr. E.\*, trazendo a discussão das redes de atenção [...] dentro desse planejamento foi elaborado o mapa estratégico onde foi construído e constituído inicialmente nesse planejamento [...] (GPLAN).

De acordo com os gestores, os processos de planejamento da ESF, no âmbito municipal, são desenvolvidos de modo a envolver a participação de consultores, gestores e profissionais da ESF, que se propõem a identificar os principais problemas, selecionar as prioridades, com vistas a delinear as intervenções necessárias na estrutura, nos processos e nos resultados. No âmbito local, as equipes parecem estar restritas à programação, considerando as ações a serem desenvolvidas pela equipe no território.

Evidenciou-se que a gestão municipal, ao elaborar o PMS 2014-2017, apresentou a intencionalidade de implantação das redes de atenção à saúde. Para tanto, propôs a construção de um Plano Diretor de Fortalecimento da Atenção Primária (FORTALEZA, 2016), cuja estruturação e execução ocorreram mediante a contratação de uma consultoria, responsável direta pelas propostas de reorganização da APS implementada no município, desencadeando mudanças na lógica de planejamento municipal, com impacto local na ESF (RODRIGUES, 2015).

Conforme pode ser apreendido, o processo de construção do PMS expressa um conjunto de práticas de planejamento, que em última instância representa a definição do Projeto de Governo (MATUS, 1993), neste caso, para o setor saúde. Considera-se, ainda, que as práticas de planejamento em saúde desenvolvidas no âmbito da gestão municipal integram a capacidade de governo, sendo condicionada e condicionante do projeto de governo e da governabilidade do sistema (PAIM; VILASBOAS, 2008), isto é, assim como os conteúdos dos projetos de ação sofrem influência das práticas de planejamento, estas por sua vez modulam a análise e a construção cotidiana da viabilidade política do projeto de governo, o que expressa a governabilidade do sistema. Assim, apreende-se que a contratação da consultoria parece se justificar pela necessidade de conferir capacidade técnica ao governo.

Destaca-se que o processo de planejamento e construção do PMS coincide o desenvolvimento das ações da consultoria, voltadas ao fortalecimento da APS no município, Dada a ênfase conferida ao projeto de reorganização e funcionamento da APS pela atual gestão, a consultoria contratada assume o protagonismo na definição/direcionamento e execução das ações para este nível de atenção, o que lhe confere maior visibilidade junto aos profissionais da ESF, em detrimento do próprio setor de planejamento da SMS e do PMS em si.

No referente aos atores envolvidos nas práticas de planejamento da ESF, o plano discursivo dos gestores sinaliza uma construção coletiva, com participação dos gestores, trabalhadores e usuários, o que parece não se efetivar na realidade concreta. De modo divergente, os trabalhadores das equipes da ESF asseveram:

[...] tem certo planejamento da Consultoria, de etapas para a atenção primária. Mas a gente não sabe muito isso e chegou a ir para algumas reuniões de como fazer agendas [...], mas, especificamente na nossa unidade não chegou ainda (e-SF 6).

[...] a gestão aqui local, simplesmente vai acatando o que vem (e-SF 2).

[...] não existe, na verdade, planejamento nenhum e é assim, [...] a gestão decide hoje e amanhã você executa [...] é dessa maneira como tá sendo colocado pra gente, [...] planejamento eu não vejo nenhum, por parte de seu ninguém (e-SF 5).

Evidencia-se, nas falas dos profissionais, que o planejamento municipal não ocorreu com ampla participação das equipes da ESF. Nesses termos, percebe-se que no que pese a fala da gestão afirmando a operacionalização de enfoque de planejamento participativo, o que parece nítido é que efetivamente não ocorreu o envolvimento dos trabalhadores, considerando a contextualização mais ampla do território e suas múltiplas necessidades e desafios, na perspectiva dos sujeitos que executam as ações no cotidiano dos serviços de saúde.

Dessa forma, no âmbito da macroestrutura da SMS-Fortaleza, os trabalhadores da ESF sinalizam a materialização de práticas de planejamento com traços do enfoque normativo, centralizado, com verticalização descendente.

Nesse contexto, é importante resgatar algumas atribuições dos membros das equipes de atenção básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012): Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; e Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.

Todavia, ao contrário do que preconizam documentos oficiais do MS, por exemplo, no que se referem às atribuições das equipes da ESF, as equipes raramente planejam suas atividades em parceria com a população e outros

trabalhadores do serviço; geralmente as ações de planejamento são desenvolvidas de modo centralizado e com reduzida participação (KAWATA *et al.*, 2009).

Cruz *et al.* (2014) contribui com a discussão, numa outra perspectiva, tendo em vista que ao realizar estudo visando caracterizar uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes da ESF constatou que a maior parte das equipes avaliadas em todas as regiões do país declarou que realiza atividades de planejamento e quase a totalidade dos entrevistados informou que realiza encontros de equipe, sendo de periodicidade semanal nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste e mensal nas outras regiões. No tocante às temáticas discutidas nesses encontros, as de maiores frequências consistem na organização do processo de trabalho, planejamento das ações da equipe e discussão de casos. Com relação ao planejamento das ações, os principais pontos considerados pelas equipes compreendem: construção de uma agenda de trabalho, informações do SIAB e as metas pactuadas pelo município para a Atenção Básica.

Configura-se também nesse contexto, a necessidade de identificar as fragilidades dos processos de educação permanente, com as equipes, relativos ao planejamento em saúde, conforme corroboram Sarti *et al.* (2012). O fraco desempenho das funções e de ações ligadas ao planejamento sinaliza a necessidade de avaliar as falhas existentes nos processos de educação permanente das equipes, bem como debater com os gestores, qual a prioridade estabelecida para esse princípio básico da ESF.

Na continuidade do percurso do estudo visando compreender como se operacionalizam as práticas de planejamento da ESF, apresentam-se a seguir, as falas das equipes da ESF que retratam a realidade quanto ao planejamento das equipes no cotidiano, frente aos desafios de organização do tempo, das agendas, da motivação e do modelo de atenção que está posto:

No nível de unidade [...] sinto o nosso planejamento e a nossa situação extremamente engessada [...] eu não tô vendo território, eu tô engessada numa questão de agenda e tudo isso pra mim foi um baque enorme que trabalhar no PSF [...] A saúde é uma coisa dinâmica e [...] ela não tem como ser engessada, e cada território tem suas peculiaridades [...] não é o território que tem que se adequar ao que vem lá em cima montado e sim o que vem lá de cima tem que se adequar a cada território em si. [...] realmente tá muito fragmentado (e-SF 4).

[...] na atual circunstância que nós vivemos não existe planejamento [...] quando eu entrei e quando a gente era realmente equipe de saúde da família [...] nós tínhamos reuniões da unidade como um todo, pra ver o andamento da unidade [...] focadas no nosso território, médicos, enfermeiros, agentes de saúde. Toda semana a gente tinha [...] a gente ia descendo nas realidades mesmo da nossa vivência, do nosso planejamento e do que a gente estava fazendo enquanto equipe de saúde da família. [...] (e-SF 2).

A gente não tem como nem fazer uma reunião pra planejar porque o tempo é chocado [...] não tem nem como sentar e fazer esse planejamento devido à agenda do médico e da enfermeira ser hiper-lotada (e-SF 5).

Porque no planejamento [...] o que a gente estudou é que a gente deve usar a sala de situação, a gente deve fazer um estudo da nossa área, da nossa equipe, da nossa população pra poder atuar onde mais necessita. Só que a gente nem tem tempo e nem tem motivação e nem estímulo da gestão pra trabalhar esses dados [...] (e-SF 6).

Percebe-se com as falas das equipes, de forma consensual, que o processo de planejamento não se apresenta como uma prática sistemática inerente ao cotidiano do trabalho em saúde. Constata-se nesse ínterim, a dificuldade dos profissionais da equipe de se encontrarem para trabalhar os dados e planejar, em função do choque de horários, das agendas lotadas, do acolhimento às demandas agudas, da falta de tempo e de motivação:

[...] O acolhimento desestruturou realmente todas essas reuniões que a gente tinha e todo o convívio; a gente não consegue, não sobra muito. Você tá na reunião e é direto batendo pra fazer acolhimento né, fazer acolhimento pra botar pro médico. Então assim, algumas coisas que perdeu o foco do que era a estratégia saúde da família [...] (e-SF 3).

Ou ainda, o planejamento da equipe acontece, mas o modelo de atenção à saúde preconizado estabelece a prioridade na dinâmica local:

[...] E a gente às vezes faz um planejamento, vamos fazer uma atividade tal no dia tal, aí simplesmente [...] você hoje vai ficar na demanda espontânea. Essa semana eu não fiz puericultura, não fiz nada, eu fiz só demanda espontânea, a semana inteira. [...] é prioridade na gestão atual, demanda espontânea (e-SF 6).

Identifica-se também um cenário no qual o território não está sendo considerado em suas especificidades como ator importante no processo de planejamento da equipe, evidenciando uma sistemática de trabalho em que o território tem que se adequar ao que vem sendo estruturado pela gestão, gerando uma fragmentação no processo de trabalho e, conseqüentemente, na produção do cuidado.

Há uma fala comumente utilizada referente ao fato de que as demandas por consultas individuais sufocam as equipes, ficando pouco tempo para a realização de outras ações e processos essenciais na atenção primária. Contudo, é notório que a resolução dessa problemática pressupõe planejamento e programação dos processos de trabalho de modo apropriado a cada realidade (COLOMÉ *et al.*, 2008).

Faz-se relevante destacar a reflexão fundamental para a área de saúde sobre as formas de subjetivação coproduzidas no território, principalmente no que persistem os processos de exclusão e desigualdade social. As práticas em saúde devem ser sensíveis às novas configurações de família e de redes sociais e, especialmente, às diversas formas de sofrimento, manifestadas ou não na fala dos sujeitos (CAMPOS, 2008).

Configura-se ainda nesse contexto da ESF, que apesar das equipes se programarem para a realização de algumas ações, há um entendimento por parte, tanto dos gestores do nível local, como dos profissionais das equipes, que diz respeito ao fato de se vivenciar um cotidiano com o objetivo de “apagar incêndios”.

[...] a gente ainda está muito apagando incêndio, tem algumas ações que elas são planejadas como, campanhas de vacina, [...] pela Consultoria, a gente também planeja a estratificação dos grupos de risco [...] Mas a gente trabalha muito assim [...] realmente apagando incêndio (GESF).

[...] Se eu não consigo me encontrar com a equipe, quiçá com as equipes da unidade. [...] são momentos muito pontuais que a gente tem hoje dentro da unidade de saúde e que realmente não dá pra fazer planejamento, a gente tenta apagar fogo. A gente trabalha hoje mais como bombeiro mesmo, apagando o fogo [...] (e-SF 2).

Na odontologia, a gestão regional faz o que pode, tipo apaga o incêndio. Tá faltando material corre atrás, [...] acho que não é possível [...] na atual situação que nós estamos fazer coisas melhor do que eles fazem [...] (e-SF 6).

As falas denotam que as equipes da ESF mais enveredam num tarefismo, que fragmenta ainda mais o trabalho, reduzindo assim as possibilidades de planejamento local ascendente, capaz de implicar os trabalhadores, de forma mais efetiva e afetiva. As expressões ‘apagar fogo’, ‘apagar incêndios’ refletem um processo de trabalho fragmentado, pautado na resolubilidade de problemas imediatos, rotineiros, e porque não dizer extenuantes, com fortes rebatimentos expressos, em desgastes e crescente desencantamento. O que pode ser constatado nas falas a seguir:

[...] Hoje se você me perguntar como é que tá o seu trabalho, eu sei lhe dizer que eu tô muito cansada, agora se meu trabalho [...], tá tendo êxito, eu não sei lhe dizer. Eu não tenho concretamente parâmetros pra lhe dizer se o que eu tô fazendo tá tendo um impacto na vida das pessoas, eu não sei (e-SF 2).

Assim eu me considero um mero figurante [...] tô aqui só pra cumprir mesmo o meu horário e os meus atendimentos. [...] tá sendo muito decepcionante, porque eu sempre fui muito atuante nas minhas escolas, nas minhas fábricas e com a minha população e [...] venho trabalhar literalmente a força [...] (e-SF 5).

Para Sulti *et al.* (2015), fazer gestão pautado no ‘apagar incêndio’ no qual as decisões são tomadas de modos emergenciais, é consequência da exclusão do trabalhador dos processos de decisão, alienação, como também supervalorização das ações de supervisão e controle em detrimento das atividades de planejamento das práticas de saúde.

Nesse íterim, é oportuno observar as pontuações de Matus (1997), quanto ao predomínio do planejamento ou do improvisado ser uma decisão na agenda do dirigente, onde os dois recursos escassos são administrados nessa agenda, o tempo e o foco de atenção. Portanto, sem agenda e o Plano, os temas essenciais serão dominados pelas urgências.

Contribuindo com essa discussão, Giovanella (1991) estabelece que uma ação planejada é uma ação não improvisada e, assim, fazer planos é algo conhecido do humano desde que ele se descobriu com capacidade de pensar anteriormente à ação. Desse modo, a ideia mais simples de planejamento é a de não improvisação.

Entretanto, o gerenciamento de incêndios não faz parte somente do cotidiano da ESF, considerando que Azevedo *et al.* (2007) em uma pesquisa sobre a prática gerencial em hospitais públicos – hospitais gerais com emergência do município do Rio de Janeiro apresentaram que a improvisação é uma prática orientada pelo “*problema do dia*”, mesmo gerando angústia, acabam por proporcionar certa adaptação a esse contexto de urgência. E, nesse cenário, a prontidão permanente e a ação contínua parecem funcionar como “um antídoto contra a incerteza, evitando contato com os conflitos.” Os autores consideram ainda que a experiência de crise proporciona consequências sobre as capacidades futuras de ideal e crença dos gestores e profissionais de saúde, promovendo o fortalecimento da apatia e do conformismo, contribuindo desse modo, para a manutenção de um modelo de ação contínua, embasado no imediatismo.

Contudo, no tocante ao processo de planejamento na ESF, sob a ótica dos profissionais da equipe, outro aspecto relevante refere-se à autonomia e à responsabilidade da equipe com o processo de trabalho da ESF, como contraponto a um cenário de dificuldades, lacunas e resistência:

[...] acho que existem as duas coisas, a micropolítica e a macro política, [...] não acho que nenhuma sobrepõe à outra, eu acho que as duas dialogam e eu acho que a gente tem muita, muita mesmo, autonomia sabe [...] na maioria das vezes acontece isso mesmo da gente projetar na macroestrutura coisa que a gente não quer fazer. Mas, eu acho que a grande responsabilidade seria nossa mesmo [...], por exemplo, pegar o tempo que nos resta e ficar ali atrás de fazer as coisas (e-SF 6).

[...] Realmente pra planejar, planejar é das equipes (e-SF 3).

Há uma percepção de que a equipe reconhece que tem autonomia e responsabilidade com o processo de planejamento do seu território adscrito, num movimento de inquietações, sinalizando uma contraposição ao que está dado. Todavia, há um desafio que consiste em ressignificar os encontros da equipe, compartilhar saberes e afetações, e de fato assumir essa responsabilidade, vislumbrando, desse modo, possibilidades de superar a projeção que os trabalhadores fazem na macroestrutura.

Segundo Feuerwerker (2014) “toda produção dos homens no mundo é política. E toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica.” E é no plano micropolítico de produção do mundo que se geram os territórios existenciais e acontecem os processos de subjetivação. É importante compreender nessa permanente produção do mundo como os movimentos de rompimento com os modelos instituídos, biomédicos, centrados em procedimentos e abertura para uma lógica de subjetividade pautada na ética da diferença, na singularidade, na pactuação e tolerância atravessam as relações e variam no tempo com diversos agenciamentos. A autora enfatiza que no mundo contemporâneo, operado pelo capitalismo globalizado, os agenciamentos tendem a se tornar microagenciamentos, operantes em todos os espaços.

O trabalho ganha dimensão ativa na realidade de uma unidade de saúde e, nesse cenário, os sujeitos são também históricos e socialmente produzidos, considerando que trabalham e produzem o espaço no qual estão inseridos e a si mesmos, num processo de subjetivação. Nesse sentido, os profissionais no cotidiano em saúde transitam em seus processos de trabalho com liberdade de

ação, uma vez que criam “linhas de fuga” quando os sistemas produtivos já não correspondem a certas expectativas desses profissionais, como por exemplo, quando o profissional percebe o aprisionamento das normas como obstáculo à atenção à saúde do usuário, (MERHY; FRANCO, 2007) ou o inverso, ao produzir uma ação automática de queixa-conduta, quando o esperado é que o profissional esteja aberto à singularidade do caso na perspectiva da integralidade (FEUERWERKER, 2014).

Todavia, faz-se relevante destacar, nesse contexto, que na contemporaneidade os profissionais de saúde precisam estar atentos, ao tempo em que se encontram, de planejar para esse tempo com os referenciais, informações e dados colhidos nesse espaço e é preciso deixar de utilizar o passado como desculpa para “cristalizações do agora”, agir pela potência dos encontros que de fato acontecem hoje (SILVA, 2012).

No tocante aos instrumentos de planejamento utilizados pelas equipes da ESF e gestores, as falas revelam uma relativa diversidade de instrumentos e ferramentas, com sinalização de mudança, como é o caso do SIAB, mas que parece não haver diálogo entre eles numa perspectiva de planejamento:

[...] Os anseios que eles trazem os ACS [...] Como os dados a gente não tem mais, é mais pelos agentes de saúde mesmo, o que eles trazem pra gente e o que a gente vê durante os atendimentos da população, o que eles falam. [...] (e-SF 6).

A gente só tem os indicadores mesmo do SIAB e olha lá [...] mas nós vamos começar a trabalhar no E-SUS agora [...] (e-SF 4).

Eu vejo o SIAB com eles e [...] o que a gente tá sabendo é que o SIAB não vai mais existir, [...] Eu tenho um controle porque eu cobro deles, a cada seis meses relação dos hipertensos e diabéticos da área de cada um, relação das crianças menores de dois anos de cada um e junto com os cartões espelhos pra poder ter o controle [...] (e-SF 5).

[...] a partir do referencial que Carmem Teixeira traz no planejamento em saúde, uma matriz de construção, onde inicialmente foi pensado um processo de sensibilização no âmbito local. [...] e nessa compreensão, definir uma matriz de competências, de responsabilidades, de pactuações em tornos de diretrizes, objetivos, de metas, de indicadores [...] (GPLAN).

Os instrumentos de planejamento da ESF são exatamente os dados epidemiológicos, [...] baseado nas necessidades encontradas no território, [...] a gestão atual trouxe vários instrumentos de planejamento e de programação, as planilhas de programação [...] a principal ferramenta de planejamento pra mim hoje, é o FASTMEDIC, porque eu tiro tudo dele (GESF).

[...] na Secretaria, como também na Atenção Primária nós utilizamos o Planejamento Estratégico Situacional que ele é mais utilizado, mas também nós utilizamos o MAPP, que é um planejamento mais simples, mais direto, em que as pessoas entendem de uma maneira mais compreensível o processo [...] tanto a gente usa o MAPP, como o PES (GMAPS).

Percebe-se com os relatos que as realidades são distintas do ponto de vista do lugar que se inserem os atores, ou seja, as equipes utilizam determinados instrumentos e os gestores, no nível central e local, fazem uso de outros. Enquanto os profissionais utilizam os dados do SIAB, os anseios trazidos do território pelos agentes comunitários de saúde, as falas dos usuários em atendimento, bem como o controle das relações de gestantes, hipertensos e crianças menores de dois anos, as falas dos gestores evidenciam a utilização de outros instrumentos de planejamento, como o PES, MAPP e os relatórios expedidos na própria unidade de saúde pela ferramenta de gestão FASTMEDIC. É perceptível a reduzida sintonia entre as instâncias de gestão e as equipes, no que concerne a utilização dos instrumentos que subsidiam o processo de planejamento. Percebe-se face ao exposto, não existir de fato, encontro e diálogo no sentido de um alinhamento quanto à utilização dos dados e informações na perspectiva do planejamento local, o que pode ser constatado pelo relato dos gestores que utilizam relatórios emitidos pela ferramenta na unidade de saúde, o que não se verifica nas falas das equipes.

Ao avaliar as ações de planejamento em saúde realizadas por equipes de saúde da família em 46 municípios do Estado do Espírito Santo que aderiram ao processo de AMQ-ESF, Sarti *et al.* (2012) observaram que 57,8% das equipes utilizavam o SIAB para planejamento das ações e 28,5% das equipes diagnosticavam os problemas, planejavam e realizavam as ações de maneira integrada. Todavia, somente 8,4% das equipes elaboravam estratégias para o enfrentamento dos principais problemas sociais identificados em seus territórios.

Como contraponto a este estudo, Elia e Nascimento (2011) numa pesquisa sobre planejamento local com equipes de saúde da família em três áreas administrativas do município do Rio de Janeiro observaram baixa utilização dos dados do SIAB pelos profissionais das equipes para o diagnóstico local. Além do SIAB, o mapa da área de abrangência das equipes também foi pouco valorizado no processo de diagnóstico e planejamento das ações. A subutilização desses instrumentos favoreceu o predomínio de uma abordagem biologicista no diagnóstico discutido nas reuniões semanais pelos profissionais e, nesse contexto, o conceito

ampliado de saúde, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e a análise quanto ao risco e vulnerabilidade também foram pouco considerados.

Contudo, se faz relevante sinalizar que no nível de sistemas de informações do Ministério da Saúde houve a substituição do SIAB, pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB. A Portaria GM/MS nº 1.412/2013 institui o SISAB, estabelecendo que a sua operacionalização seja feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). A estratégia e-SUS AB é composta por dois sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: I – Coleta de Dados Simplificado (CDS); e II – Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2013).

Nesse novo cenário o e-SUS AB é o *software* que alimenta o SISAB, cujo objetivo é a reestruturação dos sistemas do SUS, visando um SUS eletrônico que proporcione a informatização dos processos de trabalho, assegurando um fluxo de informações, potencializando, assim, a gestão do cuidado. Entretanto, vale destacar que o município de Fortaleza operacionalizou o SISAB até dezembro de 2015.

Retomando a discussão sobre os instrumentos de planejamento, Vieira (2009) contribui ao estabelecer que o planejamento em saúde no SUS parece já ter ultrapassado as questões metodológicas, no que se refere à definição dos instrumentos para a sua efetivação, mas destaca a necessidade de definir fluxos e mecanismos de interligação entre os atores que compõem a produção em saúde, dos ambientes internos e externos em cada esfera de governo.

Outro enfoque sobre os instrumentos é apontado por Elia e Nascimento (2011), que ressalta a necessidade de formulação e implementação de metodologias e modelos básicos de instrumentos de planejamento e avaliação, que explicitem as diretrizes da ESF e favoreçam adequar às peculiaridades e às necessidades de cada território. Os autores afirmam ainda que sem uma cultura de planejamento participativo que “integre e qualifique as ações da ESF”, dificultará a proposta de transformar o processo de trabalho dos profissionais de saúde que considere os determinantes e condicionantes sociais da saúde no território. E a ausência desse planejamento participativo gera prejuízo às propostas de vigilância em saúde, integralidade e equidade das ações e serviços e de controle social.

Com relação ao modo como a gestão conduz o processo de planejamento em suas instâncias, local, regional e central, iniciaremos com as falas das equipes

da ESF que refletem suas percepções sobre a forma como a gestão local norteia o planejamento em saúde no âmbito do serviço. Percebe-se um reduzido fomento aos encontros sistemáticos, por parte da gestão, com os trabalhadores visando diálogo, pactuações de compromissos e fortalecimento das práticas de planejamento:

[...] o que eu sinto que desmotiva mais, pra planejamento, [...] nós tínhamos a roda de gestão [...] pra mim, aquilo ali era uma motivação gigantesca, [...] isso era muito importante, [...] a gente discutia os problemas que tinha acontecido na semana, as dificuldades dos usuários de ter acesso [...] Antes tinha esse planejamento, agora realmente não tem mais (e-SF 6).

[...] As rodas de gestão a gente não tem. O repasse é feito individualizado pras equipes, [...] o foco principal desse planejamento é a questão do acolhimento, do pronto atendimento lá do DEPS que se pensa muito essa questão pra não deixar descoberto, e em termos de posto basicamente isso né. A comunicação, [...] já não existe mais essa forma sistematizada, essas reuniões são realmente raras de acontecer (e-SF 4).

[...] a coordenadora ela procura [...], tentar adequar, assim ela estimula a gente a fazer o nosso cronograma [...] O papel dela [...] ela faz o que a gestão realmente tá solicitando (e-SF 3).

As falas revelam que a condução da gestão no nível local está condicionada às orientações, finalidades e solicitações da macrogestão e se configura num repasse de informações, numa comunicação não necessariamente sistematizada em encontros programados com todos os trabalhadores, ou seja, “o repasse é feito individualizado pras equipes [...]” (e-SF 4). Essa constatação repercute, sem dúvida, no processo de planejamento. Contudo, pelo que foi apreendido, planejar tem como foco a questão do acolhimento às condições agudas, que também tem sido denominada de demanda espontânea, ou seja, se faz imprescindível que o “acolhimento” seja organizado no sentido de estar sempre com equipes nas escalas da semana para que não fiquem turnos sem profissionais para acolher às pessoas com demandas agudas que procuram a unidade.

Evidencia-se também, por meio das falas, a não realização das Rodas de Gestão com os trabalhadores na gestão atual. Vale destacar que esse Método da Roda foi implantado na gestão passada em todas as unidades de saúde, com a finalidade de integrar os trabalhadores, problematizar o processo de trabalho, socializar dados e informações e planejar as ações a serem efetivadas. E, nessa circunstância, percebe-se a Roda como um espaço de diálogo, afetações, potências, fomento ao protagonismo dos sujeitos e construção de possibilidades, em especial no campo do planejamento.

De acordo com Campos (2003), o Método da Roda ou Paideia está pautado no conceito de Paideia que é oriundo da Grécia e significa “desenvolvimento integral das pessoas” e consiste, portanto, num método que procura incluir o ‘Sujeito’ no trabalho em saúde e, desse modo, “fazer saúde coletiva com as pessoas e não sobre elas”. Isso implica melhorar a informação, assegurar a capacidade de compreensão e de decisão aos vários setores/grupos envolvidos num dado projeto e, sobretudo, considerar a possibilidade de construção de novos padrões de relação entre as pessoas, modificando as relações sociais de poder envolvidas. Dessa maneira, amplia-se a capacidade de análise e de intervenção diante dos problemas sanitários.

Para Onocko Campos (2003), o trabalho em gestão tem como propósito a produção de “graus maiores de autonomia, criatividade e desalienação”, considerando gestão em duas dimensões, *gerir e gerar*, à luz de Saramago. De acordo com a autora, a dimensão do gerir sempre foi trabalhada pela gestão clássica, com o sentido de ação sobre as ações dos outros, presa, portanto, ao exercício do poder. E, nessa medida, a gestão tem sido a disciplina do controle, cuja preocupação é o aumento da produção, da produtividade e a reprodução da manutenção da ordem. Mas surgiram as propostas autogestionárias como contraponto a essas questões. Contudo, pensar em que todas as pessoas se autogestionaria no mundo, implicaria em não termos mais gestores. E como chegaríamos a esse *status* de autogestão? Ou a autogestão seria uma utopia? A sustentação da autogestão em um lugar e tempo a faria utópica e, desse modo, a desceria em graus de cogestão. A dimensão do gerar da gestão dar-se-á na produção da busca, do movimento, da desestabilização do que está instituído e no contexto da gestão em saúde deve-se dar com a criação e instituição de espaços onde seja possível elaborar projetos e experimentar tomadas de decisões coletivas. Por outro lado, no âmbito da Saúde Coletiva brasileira, tem-se proposto um modelo de Cogestão para as organizações de saúde (CAMPOS, 2010), cuja operacionalidade permite o protagonismo de sujeitos e coletivos formados por gestores, trabalhadores e usuários, compartilhando responsabilidades de gestão, o que denota ampliação dos coeficientes de autonomia. Possibilita, portanto, um movimento de construção de espaços com maior horizontalização das relações, no qual seja possível elaborar projetos e experimentar tomadas de decisões coletivas. A ausência desses espaços, onde se realizariam as rodas de gestão, a exemplo do

cenário de estudo, caracterizam processos de gestão com tendências centralizadoras, com traços de autoritarismo, pautados na racionalidade administrativa hegemônica, com a clássica separação entre quem planeja e quem executa.

Na sequência desse processo analítico do processo de planejamento da ESF é oportuno ressaltar que a organização política administrativa do município está organizada em seis Secretarias Regionais, nas quais funcionam as Coordenadorias Regionais de Saúde - CORES, que têm como finalidade planejar, executar, monitorar e avaliar as políticas de saúde em consonância com a política municipal. Nessa conjuntura, explicitam-se os relatos das equipes da ESF sobre a condução do processo de planejamento pela gestão Regional:

[...] a gente tinha reuniões com os responsáveis técnicos dos programas da Regional, a gente não tem mais, [...] Tudo é via *e-mail*, tudo é via *Whatsap*, não tem mais reuniões, não existe na verdade planejamento nenhum e é assim, [...] a Regional decide hoje e amanhã você executa [...] é dessa maneira como tá sendo colocado pra gente, [...] planejamento eu não vejo nenhum, por parte de seu ninguém (e-SF 5).

[...] porque elas teoricamente conhecem a realidade da unidade, mas tem que obedecer ao que vem lá de cima [...] elas ficam meio que espremidas [...] é uma cascata que vai pressionando, em cima pressionam elas que pressionam o local e aí tudo quebra aqui [...] (e-SF 2).

[...] até as reuniões dos programas não têm mais, não têm mais de jeito nenhum (e-S3).

Conforme pode ser apreendido, a condução do processo de planejamento em nível Regional tende a reproduzir o que as equipes retratam na condução da gestão no âmbito local, ou seja, o processo é conduzido em consonância com o que é demandado pela instituição,

[...] tem certo planejamento da Consultoria, de etapas pra atenção primária né, a gente não sabe muito isso e chegou a ir pra algumas reuniões de como fazer agendas [...] mas, especificamente na nossa unidade não chegou ainda (e-SF 6).

Há uma sinalização quanto ao fato das reuniões programáticas com as respectivas articuladoras técnicas do nível regional, na perspectiva de planejamento, não estar mais acontecendo. E a comunicação do nível regional com as unidades acontece no contexto atual, por meios eletrônicos. Os relatos abordam, ainda, um processo de trabalho no qual é preciso cumprir o que já está estabelecido pela

gestão em nível central, estabelecendo um efeito cascata no percurso das ações, cuja efetivação ocorre na unidade de saúde.

Teixeira (2015) contribuiu com a discussão ao constatar a considerável influência do contexto institucional na “valorização/desvalorização da prática do planejamento” na gestão do sistema público de saúde. Aponta como questão central nesse cenário, a ênfase concedida ao mercado, como mecanismo regulador das relações de oferta e procura por serviços de saúde e o papel que o planejamento institucional pode desenvolver no intuito de organizar políticas, objetivos e metas a alcançar, considerando as condições de saúde da população e a reestruturação do sistema de saúde.

Há uma percepção expressa na fala a seguir que sinaliza “as tensões constitutivas do agir da gestão do cotidiano da saúde e suas presenças no dia a dia do fabricar às práticas” (MERHY, 2014, p. 163),

[...] o nível regional ele sofre de uma influência da macroestrutura maior do que nós. [...] uma pressão política quando há necessidade de dar um funcionamento às unidades com escassez de recursos e com falta de capacitação, não porque as pessoas não são capazes [...] mas porque são pessoas direcionadas e se formaram pra atuar na assistência e não pra atuar na gestão. [...] Aí chega cobrando [...] Então, eles são oprimidos e nos oprimem. [...] (e-SF 6).

Segundo Merhy (2014), todo o conjunto de ações na saúde operacionaliza-se num terreno, cuja base é tensional e um dos campos compreende o mundo das próprias organizações de saúde que se forma como território tensional em si, uma vez que consiste num espaço de ação de sujeitos coletivos inseridos a partir de suas capacidades de autogovernarem disputando o cotidiano com normas e regulamentações instituídas para o controle organizacional. E isso nos serviços de saúde é evidente, partindo do entendimento que todos podem exercer seus “trabalhos vivos em ato” em conformidade com o seu modo de entender os diversos interesses em jogo e dar sentido à sua forma de agir. O autor considera que a polaridade entre autonomia e controle se constitui num lugar de tensão e, por conseguinte, de potência, passando a ser um problema para as intervenções que pretendem gerenciar a produção de um dado modelo tecnoassistencial.

Os modelos de gestão/administração, de acordo com Guimarães (2012, p. 23) produzem processos de subjetivação que tanto podem resultar em “subjetividades produtoras de espaços coletivos democráticos, quanto sustentar

espaços de controle da autonomia dos diferentes sujeitos”. Desse modo, a gestão em saúde pressupõe estudos que ultrapassem o campo da Administração científica e do planejamento, apoiando-se em outras bases teóricas que proporcionem a compreensão do cotidiano dos processos produtivos em saúde, evidenciando a relação entre os modelos de gestão e a produção do cuidado.

No tocante à condução do processo de planejamento, sob a ótica dos gestores locais, as falas apontam uma organização de encontros e reuniões, com os níveis regional e central, visando análise das fragilidades e necessidades na perspectiva de planejamento. Contudo, sob a ótica dos profissionais, esses encontros, quando ocorrem, se configuram para a ESF, numa lógica de determinar a operacionalização do processo de trabalho. Com efeito,

A gestão, ela tem participado do processo de planejamento por meio das rodas de gestão que são realizadas nas Regionais. [...] nessas reuniões são colocadas as nossas dificuldades, as nossas necessidades, os nossos avanços e [...] a gente teve esse planejamento a nível municipal, depois ao nível Regional nas rodas de gestão com os gestores e a Regional e depois obviamente, no local, na ESF, que ia executar essas ações (GESF).

O planejamento das equipes na unidade, ele acontece a partir da roda de gestão [...] sempre uma vez ao mês e também tem a reunião de equipe, onde a enfermeira convoca os ACS e os participantes da equipe, como o médico e o dentista [...] com os dados trazidos pelos ACS, eles conseguem planejar as ações para o território (GESF).

[...] a Secretaria fez oficinas com a Consultoria e foram propostas diversas ações e que a gente teria que levar para o território. [...] o planejamento [...] aconteceu da forma da SMS, através da Consultoria do Dr. Eugênio (GESF).

[...] fui pra uma reunião e lá já foi dito, olha a partir do próximo mês a sua agenda vai ser assim, é assim que a gente planeja, é assim que a gente faz, [...] Quando eu cheguei aqui, a pessoa responsável veio, sentou e disse, olha você tem tantos hipertensos, pois você vai atender assim, [...] por mais que eu debatesse, por mais que eu questionasse, eu não tô há cinco dias, eu tô aqui há praticamente dez anos, eu digo, olha não dá certo, a minha área é distante [...] a gente já vinha se organizando, esse tempo todo, ela disse não, mas é assim, assim, assim e pronto (e-SF 5).

Constata-se pelas falas que os gestores locais mantêm agendas sistemáticas com as Coordenadorias Regionais de Saúde, por meio das rodas de gestão no que se refere ao processo de planejamento. Nesses espaços são discutidas as problemáticas, pontuadas às necessidades e aos avanços e esse processo se capilariza para o nível local. Quanto ao processo de reorganização da atenção primária, sinalizam a realização de oficinas com a equipe da Consultoria do

Dr. Eugênio Vilaça, coordenadas pelas Coordenadorias COPAS e COGTES da Secretaria Municipal da Saúde. Todavia, sob o olhar dos profissionais da ESF, essas agendas com o nível regional tem o propósito de estabelecer as diretrizes para o processo de trabalho de forma impositiva, não valorizando o vivido, o construído e as experiências locais das equipes.

Ainda no tocante aos encontros dos trabalhadores nas unidades, os relatos dos gestores locais não apresentam consonância com as falas das equipes no que se refere à realização de encontros na unidade por meio das Rodas, pois para os profissionais, os encontros sistemáticos com todas as equipes não acontecem. Esse fato parece estar associado à atual configuração do cronograma das equipes, estabelecido pela gestão municipal, de forma a assegurar a Portaria GM/MS nº 2488/2011 que prevê para os profissionais da ESF o cumprimento de uma carga horária de quarenta horas semanais, sendo trinta e duas horas de atividades assistenciais e oito horas dedicadas à educação permanente. Para a organização das escalas das equipes da ESF nas unidades de saúde foram sugeridos dois modelos: Modelo 1 – que estabelece quatro dias com turnos de seis horas e um dia com dois turnos de quatro horas; Modelo 2 – que compreende oito turnos de quatro horas (FORTALEZA, 2013). Com relação às equipes que compõem a amostra da pesquisa, o modelo de escala adotado foi o Modelo 1, o que sinaliza maior dificuldade para os encontros das equipes, tendo em vista que cada equipe define o seu dia de dois turnos de quatro horas na unidade.

Percebe-se que essa organização das escalas das equipes na unidade inviabiliza, de certo modo, a realização de encontros sistemáticos com todos os trabalhadores, porém não impossibilita que pactuações possam ser realizadas no âmbito local, no sentido de sistematizar encontros periódicos e novos arranjos com as equipes da ESF, na perspectiva de efetivar o processo de planejamento em saúde.

Campos (2000) corrobora com a discussão, ao estabelecer que um planejamento que promove mudanças num serviço de saúde não se constitui numa receita pronta, “seria um dispositivo, agenciador, analisador, enfim, permanente movimento”, com troca, participação, operacionalização, reflexão crítica, embasando o crescimento e subvertendo a ordem de poderes estabelecidos.

Considera-se oportuno destacar que, assim como ocorre com os trabalhadores e usuários, os gestores em seus diversos níveis de atuação lidam com múltiplas linhas, diretrizes, planos potencializados em alguns momentos e despotencializados em outros, evidenciando que a política nos espaços de governo também é 'fabricada micropoliticamente'. Dessa forma, entende-se que os serviços de saúde, em seu cotidiano, compreendem uma arena na qual os diferentes sujeitos disputam o sentido do trabalho, numa produção micropolítica e com intencionalidade nas suas ações (FEUERWERKER, 2014).

Efetivamente, os relatos revelam que as práticas de planejamento no âmbito da ESF ainda persistem de forma centralizada e verticalizada, fragmentada, não sistemática, pouco relacional, não estruturada, não incidente sobre as reais necessidades da população e ainda distantes do ideário da estratégia saúde da família, apesar das mudanças ocorridas desde a sua implantação no Brasil. Constata-se também a não consonância entre as equipes e a gestão quanto aos instrumentos utilizados nas práticas de planejamento.

Elia e Nascimento (2011) apresentam nos resultados do estudo com equipes de saúde da família que o planejamento das ações também é "um processo fragmentado, descontínuo e insuficiente", imprimindo limitações à competência dos profissionais na gestão em saúde em seus territórios de responsabilidade. Apontam, também, a sobrecarga de atividades somadas às condições inadequadas de logística na dinâmica do processo de trabalho, comprometendo as possibilidades de superação das fragilidades e aperfeiçoamento do processo de planejamento.

Quanto ao modo de condução do processo de planejamento da ESF, pela gestão nos níveis regional e local, os relatos e a observação do campo apontam gestores com governabilidade limitada.

Percebe-se, por meio das falas, em especial das equipes da ESF, que há um contexto de não implicação dos sujeitos, restringindo a revelação de seus sentidos e subjetividades, gerando imobilidade, resistência e impedindo, desse modo, a emersão de suas produções nas possibilidades de trocas. Conforme pode ser evidenciado, também, na fala dos gestores locais:

[...] se você for à unidade, você vai sentir essa fala dos profissionais, eles reclamam que essas ações foram planejadas a nível municipal e algumas foram impostas, [...] Eles não se sentem parte do planejamento. Eles são parceiros, muitos são, na operacionalização, na execução daquela ação, mas o planejamento não partiu da equipe. [...] é muito claro, a reclamação de que as ações foram planejadas, de certa forma a nível municipal e impostas para o nível local (GESF).

[...] eu sugeriria é que nos próximos planejamentos comessem, a planejar com os profissionais da ponta, que afinal são eles que estão lá. [...] o planejamento poderia começar com eles (GESF).

Nessa compreensão, é fundamental enfatizar que para um planejamento ser eficaz é preciso a partir da interação dos diversos atores sociais, identificar de forma precisa as situações-problema e definir cálculos que estabeleçam referenciais de descobertas dos cenários reais, favorecendo possibilidades e ações criativas nos contextos que atuam (ABREU DE JESUS, 2006).

Ancorado na ferramenta conceitual “Triângulo de Governo” de Matus, Merhy (2003) entende que para ser um gestor de saúde, a premissa essencial a ser pensada consiste em como compreender o estado situacional básico em que se encontra e isso “significa compreender o que é marcador do território de saúde e quais as composições das suas apostas.” E complementa ao estabelecer que a caixa de ferramentas do gestor em saúde deve conter tecnologias que favoreçam a ação no campo da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho. O que pode ser constatado na fala a seguir,

[...] Adotar prática de planejamento em saúde é você poder agregar essas corresponsabilidades e se apropriar, pactuar com gestores, profissionais, usuários o modelo de atenção que se defende e que a gente possa acima de tudo garantir a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde até então ameaçado (GPLAN).

Fortalecendo a discussão sobre planejamento, Vilasboas e Paim (2008) relatam que no processo de investigação sobre a implementação de políticas públicas, se faz necessário compreender os modos como acontecem as diversas conexões existentes, desde a formulação das diretrizes políticas até a sua efetivação nos serviços de saúde. E, nesse ínterim, vale destacar que o planejamento pode ser o mediador dessas conexões, considerando-o como parte da gestão dos serviços e sistemas de saúde, uma vez que se constitui como meio de desenhar, organizar e monitorar a execução de propósitos que se destinam a concretizar decisões institucionais.

Campos (2000) reforça esse entendimento ao propor “pensar o planejamento como dispositivo capaz de subsidiar a construção de subjetividade e não aceitar mais a sua tradicional posição de dispositivo de controle, destinado a enquadrar os trabalhadores.” Para a autora, a proposta de planejamento implica considerar certos saberes, os movimentos permanentes, a participação e os espaços de troca que estão além dos métodos prontos; claro que isso não significa desconhecer a importância de se trabalhar as questões metodológicas de forma competente. O planejamento detém certa capacidade de organizar os grupos para a ação, sem perder a sua potência instrumental, seguindo uma lógica analítica essencial ao amadurecimento dos grupos que planejam.

## 5.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA 2014-2017: INTER-RELAÇÕES DOS NÍVEIS LOCAL E CENTRAL NO PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DO PLANO

Inicia-se a exposição dos resultados inerentes a esta categoria de análise com os relatos dos gestores locais e do nível central da SMS-Fortaleza, quanto ao percurso de construção do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017, por considerar essa etapa importante no processo de planejamento em saúde do município. A análise contempla, também, a identificação das ações estratégicas para a ESF, inscritas no referido documento em sua interface com as ações e serviços de saúde executados no âmbito local.

Nesse sentido, os gestores revelam uma articulação do setor de planejamento com as demais áreas temáticas da secretaria no sentido da construção coletiva do Plano Municipal, sinalizando a organização das oficinas em cada secretaria regional, com ressonância nas unidades de saúde:

[...] para o Plano Municipal de Saúde, a gente teve essa comunicação com o setor de Planejamento, todas as áreas técnicas aprenderam, [...] tomaram conhecimento da metodologia de planejamento para o Plano, cada um fez a sua contribuição e, posteriormente, ficou inserido no Plano Municipal (GMAPS).

Inicialmente, nós fizemos esse diálogo [...] pra que a gente pudesse descentralizar esse processo nos territórios de uma forma ousada e criativa, cada CORES que é a Coordenadoria Regional de Saúde de uma forma singular organizou o seu processo [...] Porque quando a gente fala num plano ascendente, então esse plano ele passa a ter vida a partir da voz do território, não é esse plano verticalizado e pensado e construído no gabinete, é um plano que ele precisa trazer vida, mobilidade humana, ele precisa trazer movimento, inquietação [...] (GPLAN).

[...] esse Plano foi feito nas unidades de saúde, daí ele foi pra Regional, ele foi consolidado na Regional e que vai formar o Plano Municipal. Realmente, ele se comunica porque foi pensado a nível local, obviamente que tinham as diretrizes, as estratégias, o que a gente ia fazer em cada área, como você iria planejar na sua unidade [...] (GESF).

Os relatos dos gestores acerca do processo de construção do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza para o quadriênio 2014-2017, evidenciam um processo ascendente que se deu por meio de um conjunto de oficinas regionais, com os atores sociais dos territórios (gestores, profissionais e conselheiros de saúde), focado na problematização da situação de saúde e ancorado na perspectiva das redes temáticas de atenção à saúde, fundamentados na portaria MS nº 4.279/2010 e em articulação com o enfrentamento de desafios, num processo participativo. Esse processo foi iniciado em julho/2013 e finalizado com a Resolução do Conselho Municipal de Saúde fevereiro/2016.

Ressalta-se a importância da consonância desse processo com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2012-2015, do Projeto de Governo Municipal 2013-2016, com o Plano Plurianual (PPA), com o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal da Saúde, o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP, Painel de Bordo e as proposições da 6ª Conferência Municipal de Saúde de 2011, que subsidiaram a definição de diretrizes da gestão municipal de saúde.

Todavia, na trajetória de investigação sobre as ações estratégicas para a ESF inscritas no Plano Municipal de Saúde em sua interface com as ações e serviços de saúde, implementados no âmbito local, constatou-se que 40% dos gestores locais que participaram do grupo focal, relataram não conhecer o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017. Com efeito, a fala dos gestores:

Eu vou ser bem sincera, eu não tenho conhecimento do Plano Municipal [...] eu não participei desse plano, assim diretamente [...] (GESF).

Vale destacar que essa não apropriação por parte desses gerentes pode decorrer do fato de não estarem como gestoras das respectivas unidades, durante o período de realização das oficinas regionais e locais, tendo em vista que uma delas relatou que estava há quatro meses, como gerente e a outra há um ano e meio. O que sinaliza não coincidir com o período de realização das oficinas na perspectiva de construção do Plano.

Com relação à apropriação das equipes sobre o Plano Municipal, é consenso o desconhecimento sobre o referido instrumento, apesar de alguns relatos apontarem a participação nas oficinas para a construção do plano, conforme expressam as falas:

Eu não conheço, mas que tem, tem que ter né [...] agora assim que seja explanado de que existe e quais são os objetivos a gente não tem [...] quando tem o Plano, olha o nosso objetivo é esse, a nossa estratégia é essa, nós temos que atingir essa meta, então todos unidos (e-SF 6).

Honestamente eu não sei nem quem foi. Não faço nem ideia, se me perguntar não sei. Não sei quem participou, [...] Esse aí é um plano que só existe teoricamente, na prática ele não existe como já foi comentado (e-SF 5).

[...] A gente não consegue nem entender, compreender o que é o plano, porque são tantos os planos, tanta papelada, tanta coisa que no final a gente não consegue ver uma resolutiva [...] (e-SF 2).

[...] eu participei e foi muito debatido justamente isso o que a gente tá falando agora sobre o planejamento [...] é muito parecido com o programa estratégia saúde da família mesmo e foi solicitado muito isso no Plano que eu lembro [...] E assim devia ter mais representatividade da gente lá pra isso [...] (e-SF 4).

Com as falas dos atores, revela-se a reduzida participação dos trabalhadores nas oficinas locais para diálogo e construção do Plano, bem como o desconhecimento por parte dos profissionais das equipes acerca do Plano Municipal, “instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos” (BRASIL, 2016). Percebe-se ainda uma compreensão do plano no campo teórico e um entendimento de que a sua execução não acontece no cotidiano dos serviços.

Partindo dessas premissas, evidencia-se a importância de uma reflexão no âmbito da gestão, considerando que as estratégias utilizadas na perspectiva de construção do plano não favoreceram uma participação ampla dos trabalhadores, apesar de todo esforço empreendido pela equipe de técnicos coordenados pela Coordenadoria de Planejamento, como também apontam a necessidade de articulação com os diversos atores, para assegurar práticas que possam potencializar a capilaridade do referido instrumento aos serviços de saúde, num processo de apropriação do Plano como norteador da política de saúde municipal, tendo em vista que são os trabalhadores que em seu cotidiano têm o desafio de efetivar as ações inseridas no Plano com a finalidade de produção do cuidado.

Essas lacunas foram possíveis de ser detectadas nesse estudo sobre planejamento em saúde da ESF, pela análise de um contexto histórico, metodológico e institucional, (CAMPOS, 2000) através de documentos, da observação do campo e das falas institucionais e das equipes da ESF, fundamentais na reconstituição da história.

É importante ressaltar o quanto é desafiador para a gestão do SUS implementar o planejamento ascendente e que as dificuldades para sua institucionalização permeiam o contexto dos planejadores. De acordo com Vieira (2009), para a implementação do planejamento ascendente é preciso uma construção coletiva através do envolvimento dos gestores do SUS, buscando vincular escolha e decisões nas diversas instâncias de negociação das esferas de governo.

Contudo, vale o destaque de que embora o processo de construção tenha se dado de modo singular nas unidades e Regionais do município, não contemplando efetivamente todos os trabalhadores, os produtos gerados a partir das problematizações sobre a situação de saúde no território foram consolidados e considerados na sistematização das diretrizes e objetivos do Plano Municipal. E não podemos deixar de ressaltar a riqueza produzida nas oficinas de planejamento, ou seja, nesses espaços de mediação se produzem os planos e as pessoas também produzem a si mesmo, pois se encontram, estabelecem contato e contratos ao explicitarem suas prioridades (CAMPOS, 2000).

Sabe-se que a gestão em saúde lida em seu cotidiano com processos complexos e em distintas dimensões, todavia, percebe-se face ao exposto, que se faz essencial estruturar a elaboração de um instrumento de gestão que é base para a execução, acompanhamento e avaliação do sistema de saúde, num processo coletivo que proporcione inovações na cultura organizacional na saúde, ou seja, que dê conta de uma construção dialógica com os diversos atores, interlocução e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e socialização e apropriação por todos os trabalhadores da saúde, tecendo, assim, uma rede de planejamento que priorize os sujeitos e suas historicidades. Esse desafio pode apontar possibilidades de mudanças nas práticas de planejamento e destarte vislumbrar a superação das rotinas burocráticas, favorecendo um plano que vise nortear o processo de trabalho, de forma exequível, como também a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, com respostas mais próximas das reais necessidades da população.

Nesse íterim, é importante salientar o que Vieira (2009) estabelece ao fazer referência ao planejamento no âmbito intra-organizacional. Segundo a autora, geralmente o tema é tratado como assunto específico do setor de planejamento da instituição. E, desse modo, há um reduzido envolvimento dos profissionais responsáveis pelo alcance dos objetivos e metas propostas. Nessa lógica, quando os profissionais não fazem parte do processo a ser estabelecido, observa-se um distanciamento entre o plano e os resultados obtidos. Percebe-se, portanto, nesse contexto, que o planejamento passa a ser realizado visando cumprir uma prerrogativa legal, e não com o objetivo de construir um instrumento que viabilize a implementação da política de saúde ou como subsídio para alocar recursos.

No que se refere às ações estratégicas inscritas no Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017 para a Estratégia Saúde da Família, as falas dos profissionais evidenciam um distanciamento da realização desse processo, com desconhecimento das diretrizes municipais estabelecidas no documento. As falas ratificam os relatos iniciais sobre o desconhecimento do Plano Municipal:

É uma distância muito grande até porque a nossa presença nesses planos, na construção do plano municipal eu acho muito minimizada sabe, [...] esse distanciamento dificulta porque eu faço o meu planejamento, mas é de acordo com o que eu tenho, o que eu quero, lógico que eu trabalho com indicadores que são do Ministério da Saúde e isso é lógico porque é padronizado [...] (e-SF 4).

[...] O município decidiu que a gente ia atender prioritariamente criança menor de dois anos, hipertensos, diabéticos e gestantes, aí foi feita a parametrização em cima disso. Foi assim que foi feito e não foi o inverso [...] (e-SF 5).

[...] é complicado pra gestão local fazer fluir um planejamento se não surgiu daqui, se não condiz com a realidade da unidade. Fica complicado pra gestão local [...] envolver os profissionais no planejamento porque ela não consegue ao mesmo tempo estar reunida com todos os profissionais, [...] é muito difícil um planejamento que hoje vem de cima pra baixo (e-SF 2).

Identifica-se nas falas dos sujeitos, a não participação efetiva dos profissionais na definição de diretrizes, objetivos, metas e ações consolidadas no Plano Municipal, pondo em pauta a reduzida inclusão dos trabalhadores nesse processo. Destaca-se também nas falas que o município instituiu as prioridades e o modelo de atenção, não necessariamente contextualizados no território e no olhar das equipes, ampliando a complexidade para os gestores e equipes fazerem fluir um planejamento que não condiz com a realidade local e que, sobretudo, chega à unidade de forma verticalizada.

Não obstante das falas, considera-se relevante explicitar que a elaboração do Plano Municipal partiu de uma análise sobre a situação da saúde do município de Fortaleza, com identificação e priorização dos principais problemas, a fim de subsidiar o planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde, considerando a diversidade e a magnitude territorial do município. O Plano explicita, portanto, os compromissos da gestão municipal para o setor da saúde num recorte temporal de quatro anos e reflete as necessidades de saúde da população, conforme preconiza a Portaria GM-MS nº 2.135/2013. Os eixos estruturantes são a qualificação das práticas de gestão e do cuidado em saúde e nesse sentido, os objetivos, diretrizes e metas construídas no Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017 estão ancorados nas Redes Prioritárias de Atenção à Saúde, fundamentadas na portaria nº 4.279/2010 e preconizadas pelo novo modelo de Gestão (FORTALEZA, 2016).

Com a estruturação do Plano Municipal em diretrizes, objetivos, metas e ações faz-se relevante a reflexão do papel das diretrizes no campo do planejamento e dos processos institucionais, segundo Campos (2000). Para a autora trabalhar com diretrizes é um recurso de grande potência, pois favorece comparar o plano com “algum rumo”, a todo instante e desse modo, estaria mais para o Pensamento Estratégico de Testa, pois proporciona direcionamento a projetos e processos.

Nessa compreensão, com relação à Atenção Primária, destacam-se do Plano Municipal as seguintes diretrizes, cujo propósito da diretriz, conforme o Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016), é orientar as escolhas estratégicas e prioritárias e devem ser definidas com base na situação epidemiológica, na organização dos serviços e nos referenciais da política de saúde: Fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora das Redes de Atenção e coordenadora do cuidado; Qualificação e Ampliação do Serviço Odontológico nas Unidades de Atenção Primária em Saúde; Revitalização da Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Implementação do sistema de apoio às redes de atenção à saúde, através da assistência farmacêutica; Integração e articulação das redes públicas de educação e de saúde; Garantir, ampliar e qualificar a oferta e o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na justiça social, humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando as diversas redes de atenção, para garantir o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, étnico-racial

(étnicos), dos terreiros (populações tradicionais), em situação de vulnerabilidade social, garantindo o acesso a medicamentos e exames no âmbito do SUS, buscando reduzir as mortes evitáveis, melhorar as condições de vida das pessoas e garantir o acesso e a qualidade na atenção à saúde.

Essas, dentre outras diretrizes, apresentam seus desdobramentos em objetivos e metas conforme pode ser constatado no Quadro I (Anexo). Evidencia-se não ser uma tarefa simples a efetivação dessas diretrizes que norteiam a política municipal de saúde na atenção primária/ESF, pressupondo diálogo e mobilidade nas diversas instâncias que compreendem o contexto da saúde. Nesse cenário, a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza tem “a tarefa de viabilizar a atenção em redes que garantam a gestão do cuidado na interface da Atenção Primária com os pontos de atenção secundários e terciários”, sobretudo, para os extratos sociais de maior vulnerabilidade na Cidade, com o comprometimento de atuar com novos olhares, a partir da construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (FORTALEZA, 2016).

Apesar da importância de um Plano Municipal de Saúde como instrumento formal, norteador da política de saúde no município não se pode deixar de reconhecer que o universo de uma unidade de saúde é produzido a partir de diversos planos. Essa pontuação nos é proporcionada por Feuerwerker (2014) que sinaliza os múltiplos planos que operam na organização da unidade de saúde: o *plano do senso comum* numa sociedade ainda focada no modelo medicalizador, o *plano de subjetivação* produzido pelas indústrias tanto de equipamentos, como de medicamentos ancorados na produção de necessidades, fazendo interface com as políticas, o *plano das corporações* que disputam o trabalho em saúde e tem considerável implicação com o plano anterior, o *plano político* que se refere ao entendimento da sociedade, trabalhadores, gestores e usuários sobre o direito à saúde, o *plano que acolhe as histórias de vida* de cada trabalhador da unidade, há também o *plano que é produzido a partir das afetações* geradas entre as diferentes culturas e a ciência da saúde, *outro plano* a partir das religiões e, ainda, das possíveis relações das unidades em rede. E vale a ressalva de que todos esses planos têm sua operacionalidade tanto em relação aos trabalhadores, gestores, como em relação aos usuários que interagem entre si através de fluxos de conexão nesses diferentes planos, para além do contato físico e simples comunicação.

Outro aspecto que compõe a análise dessa categoria temática diz respeito à interface das ações e aos serviços executados no âmbito local com as ações estratégicas inscritas no Plano Municipal de Saúde.

Com relação às ações e aos serviços realizados no âmbito local, a percepção dos gestores locais é de que a ESF é que executa o Plano durante o seu período de vigência e embora possa se configurar no contexto da ESF um desconhecimento, seja por parte dos gestores ou dos profissionais, sobre o que está estabelecido no Plano, o acompanhamento do processo, no âmbito da gestão, se dá sobre as ações do Plano que se encontra em execução.

A ESF é quem vai, na verdade, operacionalizar [...] o que está planejado para a atenção primária realizar, [...] ela se comunica nesse momento em que ela coloca em ação, aquilo que foi pensado e proposto pra ser executado pelo município de Fortaleza durante o período de vigência desse plano. [...] Através das atividades que ela realiza no dia a dia né, dentro da própria unidade, na estratificação de risco, na territorialização. [...] a ESF, [...] ela segue todo um processo de trabalho, [...] no caso, o Plano Municipal como um roteiro. [...] e tudo baseado em metas, [...] todas as atividades que a ESF ela realiza, tem todo um norte e baseado em tudo isso, segue esse documento, esse Plano Municipal, que a gente vai trazer para dentro da nossa realidade local (GESF).

[...] fazemos o monitoramento e avaliação de todas as metas que foram propostas e a partir dessa análise são vistas novas intervenções. [...] o planejamento é que norteia esses ajustes que deverão ser sistemáticos e contínuos (GMAPS).

[...] mesmo talvez muitos vão dizer que ah eu não conheço, eu não vi, eu não sei o que é que está lá, mas o que está pensado é o que ela está executando, que é o que a gente começa a cobrar, a partir desse planejamento (GESF).

[...] o município faz o plano dele e depois quer que a gente cumpra, às vezes, a gente não sabe nem o que foi planejado [...] (e-SF 2).

É interessante perceber pelas falas que há divergência entre gestores e profissionais quanto à execução das ações inseridas no Plano. Por parte dos gestores há o reconhecimento da operacionalização das ações estabelecidas no Plano Municipal pelas equipes da ESF e o monitoramento e a avaliação das metas propostas estão pautados no referido instrumento, enquanto que para os profissionais o processo não está claro, ou melhor, o Plano configura-se apenas como prerrogativa legal, contudo é exigido o seu cumprimento, mesmo não sendo do conhecimento dos profissionais. Denota-se uma construção do Plano realizada, não necessariamente, numa perspectiva ascendente, mas com uma execução descendente.

Destaca-se, também, nesse contexto, que há uma inquietação por parte dos profissionais de que a execução das ações cotidianas não repercuta em resolubilidade, gerando a sensação de “enxugador de gelo”.

[...] o plano no papel é muito bom, é bom, mas é executado né? Não é. Então, é por isso que eu digo eu sou um enxugador de gelo porque eu vou, eu pesquiso, eu trago, é feito alguma coisa? Não, e aí o que acontece? (e-SF 5)

Fazendo uma reflexão sobre essas questões, se faz oportuno contextualizar com o que nos apresenta Vilasboas e Paim (2008). Para os autores, o trabalho é “interação social” e, dessa forma, o ato de planejar pode expressar a forma como os sujeitos que planejam reproduzem a racionalidade nas suas ações, ou seja, de forma *instrumental*, no qual o outro é um objeto e não há condução própria, reagindo ao que é posto, tendo como finalidade um resultado com sucesso; a outra forma é a *estratégica*, onde há uma consideração pelos outros atores que planejam, contudo, através de mediação ou não, tentam impor o seu objetivo que consiste em atingir o êxito; e a forma *comunicativa*, que compreende o estabelecimento de um diálogo com o outro, visando interpretar uma dada situação de modo compartilhado e assim, construir de modo consensual, um objeto comum, considerando as falas ancoradas em aspirações válidas.

Proporcionando outro olhar sobre a discussão das falas, Onocko Campos (2003) busca estabelecer uma conexão entre o sujeito e a prática do planejamento em saúde, em seu “planejamento no labirinto” e nessa medida expressa que os sujeitos ainda continuam no percurso de caminhos já trilhados, repetindo ritos vazios de sentido, planos que não se concretizam, vivenciando conflitos institucionais repetitivos. Num caminhar sozinhos, sem armas, sem falar entre nós, sem escuta ao outro, percorrendo o caminho que nos mandaram.

No tocante ao relato das equipes quando questionadas sobre as ações em execução no cotidiano da ESF, configura-se um cenário no qual a realização das ações é permeada por dificuldades do cotidiano como a falta transporte, o tempo dedicado à atenção às condições agudas e à prática clínica, o apagar de incêndios, as áreas não cobertas pelas ESF, a falta de organização/tempo para análise dos indicadores. Situações-limites que precisam ser superadas.

A odontologia só tem clínica. [...] Na enfermagem a gente tem a demanda espontânea, o atendimento à saúde da mulher com pré-natal, planejamento familiar, visita quase não faço mais, porque não tem carro. [...] Não tem transporte e o tempo também, tem que ficar no DEPs [...] (e-SF 6).

[...] Poderia servir pra gente tá repensando as nossas ações, mas que não é; [...] trabalhar com os indicadores pra pensar nas estratégias, nas ações e [...] junta essa questão de tempo, a gente tá sempre apagando incêndio né e aqueles casos mais realmente gritantes, então a gente até pensa nesse momento, vamos parar, vamos ver aqui [...] dentro dos últimos seis meses os nossos indicadores como é que tá [...] (e-SF 4).

As falas dos profissionais a seguir sinalizam conhecimento sobre algumas metas que fazem parte do processo de trabalho, como por exemplo, as metas da saúde bucal e alguns relatos fazem referência aos dados que são passíveis de quantificar e acompanhar, como o número de gestantes e de pacientes com tuberculose, por não se apresentarem num quantitativo tão alto, mas outras informações, por serem quantitativos elevados, tornam-se difíceis de serem quantificados e monitorados pelas equipes, como os números de hipertensos, diabéticos e de crianças menores de dois anos. Identifica-se também a partir das falas, que os profissionais que desenvolvem suas atividades na unidade de saúde não têm o hábito de trabalhar pautados em metas e, ainda, que essas metas não estão sendo contextualizadas com os trabalhadores na unidade de saúde.

[...] tem aquela meta da primeira consulta, tem a meta dos tratamentos cumpridos, as escovações também que a gente fica indo no carro da gente porque tem a meta também de cumprir as ações coletivas [...] Na odontologia a gente não tá atendendo só a nossa área, então a gente fica pior ainda de conseguir cumprir essas metas (e-SF 5).

[...] elas (ACS) têm acesso ao livro de gestante, aí de vez em quando elas olham pra saber se tá batendo com o número de gestantes que elas têm e são coisas pequenas que eu consigo quantificar [...] e os pacientes de TB que também são poucos, mas numa imensidão de hipertensos e diabéticos eu não consigo, [...] numa dimensão maior de crianças menores de dois anos, eu não consigo. Porque realmente nós aqui a nível local não somos acostumados a trabalhar com essas metas [...] (e-SF 2).

[...] teve uma época que chegou aqui só a meta. Tantos pré-natais, tantas mortes maternas, mas não foi nem nessa gestão não, [...] Chegava só [...] a meta que você teria que atingir, a gente está precisando melhorar isso, melhorar aquilo. Era justamente nas rodas de gestão. [...] Faz muito tempo que não chega (e-SF 1).

Os relatos expressam conhecimento dos profissionais quanto ao cumprimento de metas no processo de trabalho, contudo dois entendimentos se destacam nessas falas, um refere-se à compreensão de que existem metas a serem

cumpridas, no caso da saúde bucal, mas é notória a dificuldade para desenvolver ações na perspectiva de alcançar as metas propostas, em função de alguns aspectos que tencionam as ações, como por exemplo, a falta de disponibilidade de transporte para a equipe e a elevada demanda em função do atendimento às áreas do território que estão sem cobertura da ESF, o outro entendimento consiste na falta de contextualização das metas pactuadas pelo município com todos os trabalhadores na unidade de saúde.

Evidencia-se, nessa situação, a necessidade de um processo de educação permanente com os trabalhadores, considerando uma das falas “nós aqui a nível local não somos acostumados a trabalhar com essas metas” (e-SF 2).

Com relação à questão das metas no processo de trabalho das equipes, Elia e Nascimento (2011) observaram numa pesquisa sobre planejamento local com equipes de saúde da família do município do Rio de Janeiro, que falta uma fala com maior homogeneidade na percepção da equipe com relação às metas. Isto pode apontar que as metas podem não estar sendo estabelecidas pelos profissionais de forma clara. E que, apesar de cada categoria profissional elencar as especificidades em relação às metas da equipe, é essencial que os profissionais possam projetar e compartilhar metas comuns que tenham o reconhecimento de todos os membros da equipe.

Outro recorte nas falas dos profissionais das equipes evidencia que as ações de promoção da saúde se encontram em um processo expressivo de redução no elenco de atividades realizadas pelas equipes:

Aí eu tinha momentos, fazia sim, atividades com gestante, com adulto, [...] fazia muito com idoso, [...] então agora não faço não, faço atender [...] (e-SF 4).

[...] a questão da promoção hoje tá muito difícil. A gente ainda faz, mas é mais escasso, mais escasso e não sei como é que vai ficar [...] (e-SF 3).

[...] acho que a promoção da saúde é um dos fatores assim que foram comprometidos nessa gestão porque tá sendo muito curativo e com essas características que foram faladas sabe, de pensar assim em volume meio que uma UPA, [...] (e-SF 4).

Porque o programa de saúde da família, ele é pra trabalhar na prevenção das doenças e na promoção da saúde, [...] como tinha antigamente né quando funcionava o programa saúde da família que agora não existe mais, [...] (e-SF 2).

Destaca-se nas falas, uma percepção quanto ao comprometimento na realização das ações de promoção da saúde no contexto da ESF, em função da ênfase dada pela gestão à questão assistencial, expressa como certa inquietação pelos profissionais. Há também o entendimento, pelas equipes, de que a ênfase da ESF é o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, o que parece não mais se constituir como prática no processo de trabalho.

Nesse sentido, é interessante observar o que leciona Araújo e Rocha (2007), tendo em vista que a Estratégia de Saúde da Família possa desencadear um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde.

Todavia, Elia e Nascimento (2011) revelam que a promoção da saúde se apresenta pouco contemplada na programação das ações pelas equipes, conforme estudo sobre planejamento com equipes da ESF no Rio de Janeiro. Os autores evidenciam a dificuldade dos profissionais em ampliar suas ações além dos aspectos biológicos, bem como utilizar práticas dialógicas e participativas nos grupos com usuários.

No entendimento de Pereira e Groisman (2014), com base nas exposições sobre a inserção dos programas de avaliação na Atenção Básica – descrição do primeiro ciclo do PMAQ-AB, há uma sinalização do estudo de que as ações de promoção e prevenção à saúde são preteridas em função da imensa demanda espontânea.

A partir das reflexões geradas no percurso de construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 no município, e reiteradas pelas descrições do estudo em análise, com relação às ações inscritas no Plano Municipal, para a ESF, e sua interface com as ações e serviços executados no âmbito local pelas equipes da ESF, percebe-se pontuações relevantes para os mediadores desse processo, como por exemplo, a necessidade de se aperfeiçoar um diálogo sistemático e permanente com os responsáveis pela condução dos instrumentos de Governo (PPA, LDO, LOA) e do PlanejaSUS (Plano Municipal, Programação Anual, Relatórios de Gestão) com foco no alinhamento de intervenções sólidas e coerentes,

bem como priorizar os processos formativos na temática do planejamento em saúde, em consonância com a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, de modo a contemplar os diversos atores implicados na produção do cuidado; sistematizar o monitoramento e a avaliação das ações e indicadores; potencializar o alcance das metas traçadas, a partir do redirecionamento ou inserção de novas ações estratégicas e identificar fragilidades e potencialidades com fins de ampliação de olhares e posturas por parte de gestores, trabalhadores de saúde, usuários e conselheiros.

Acredita-se, em face dessas considerações, que há caminhos possíveis para a construção de uma rede de planejamento de forma integrada, considerando nesse contexto, fomento a autonomia e protagonismo dos sujeitos, descentralização do processo de planejamento em saúde, articulação com outros setores e governabilidade para os mediadores das atividades propostas.

Faz-se oportuno destacar que durante o período da coleta de dados da pesquisa estava em curso nas unidades de saúde, a construção dos Planos Diretores Locais de Atenção Primária, cujo processo estava em consonância com a Coordenação da Escola de Saúde Pública do Ceará e a Gestão da SMS Fortaleza, considerando que os referidos Planos Locais consistiam no produto do Curso de Especialização de Gestores da Atenção Primária do Município. Entretanto, a equipe técnica da Coordenadoria de Planejamento – COPLAN não participou efetivamente desse processo, conforme relato a seguir:

[...] a COPLAN foi chamada pra avaliar os planos diretores e não pra construir e aí foi uma construção hegemônica, ela ficou fechada [...] a atenção primária conversando com a atenção primária [...] a Coordenadoria de Planejamento[...] é uma grande parceira porque planejamento em saúde tem que se pensar a partir dela e estamos para além de uma execução orçamentária financeira, mas pra planejar as políticas de saúde, os programas, ações, os projetos em conjunto com as áreas técnicas. Essa interlocução [...] precisa ser fortalecida e horizontalizada, a auscultação com essa coordenadoria é um bem necessário [...] foi traçada toda uma metodologia pra construção desse plano diretor no âmbito da atenção primária, [...] existiam os passos metodológicos pra se desenvolver esses planos, [...] as tarefas de casa pra que as unidades fossem dar as suas devidas respostas às construções de protocolos e fluxos e depois nos chegou o convite pra que a gente pudesse avaliar alguns planos diretores construídos (GPLAN).

Essa fala expressa que a Coordenadoria de Planejamento não foi inserida na construção dos planos diretores locais; tal fato evidencia uma fragmentação nos processos de planejamento. No entanto, durante a realização da pesquisa, os referidos planos ainda não tinham sido publicizados, desse modo não foi possível um aprofundamento desses instrumentos.

### 5.3 O PROCESSO DE PLANEJAMENTO DA ESF E SUA INTERLOCUÇÃO COM O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA PERSPECTIVA DE GESTORES E PROFISSIONAIS

Em face dessa categoria temática, serão analisados os fatores que potencializam ou fragilizam o processo de planejamento em saúde no âmbito da ESF, conforme as falas dos profissionais e gestores entrevistados. De início, apresentam-se os relatos que apontam os aspectos que geram limitações e fragiliza o planejamento das equipes, com consequências no processo de trabalho que visa à produção do cuidado.

Nesse sentido, os aspectos que geram dificuldades e lacunas ao planejamento compreendem: a fragilidade da discussão intersetorial, monitoramento não sistemático do processo de trabalho, participação do controle social de forma distante do que é preconizado, reduzida participação popular, falta de motivação dos profissionais, parametrização das agendas nas unidades de saúde, incipiente diálogo da gestão com as equipes, horário atual das equipes que inviabiliza as reuniões das equipes, falta de encontros com todos os trabalhadores da unidade, o modo como as informações e decisões chegam às unidades, parte da população que ainda não tem cobertura da ESF, dificuldade de recursos humanos, o sub-financiamento da saúde, a falta de insumos e a falta de referência e contrarreferência.

No tocante ao olhar dos gestores que operam no planejamento em saúde evidencia-se que as falas fazem referência a necessidade de implantação de uma cultura de planejamento pautada num processo participativo e dialógico, de forma intersetorial com monitoramento e avaliação sistemáticos:

[...] nós ainda não temos uma cultura de fazer esse monitoramento sistemático, das metas, dos indicadores, a gente faz em determinados momentos, mas era pra ser uma coisa mais contínua, mais sistemática, mais regular. Planejamento era pra que todo mês a gente tivesse lá com todo o grupo, monitorando passo a passo. É feito isso, mas não de uma forma tão regular, é feito de uma forma mais esporádica, [...] essa é uma fragilidade que pode ser superada, tranquilamente (GMAPS).

Temos uma crise de planejamento, monitoramento e avaliação. [...] é preciso e se faz necessário implantar essa cultura de planejamento [...] de uma mesa única, gestores abertos, participativos, democráticos com uma consciência politizada e ampliada, com sanitaristas, [...] profissionais de saúde e a rede inter-setorial pra se discutir saúde. [...] Vamos planejar em saúde quando a gente fizer essa roda inter-setorial acima de tudo com os nossos usuários [...] abertos ao território. [...] Existe uma esquizofrenia institucional dentro desses planejamentos e cada secretaria tem o seu plano que conversa com ele mesmo, [...] (GPLAN).

Percebe-se com as falas que ainda há um percurso a ser trilhado no processo de planejamento em saúde, considerando a importância do planejamento no contexto da saúde, como tecnologia de gestão que necessita de articulação e estruturação em rede, a fim de que possa ser implementado de modo sistemático num diálogo com os diversos atores, com inclusão dos usuários e ser conectado também às diversas secretarias e outros segmentos, para além de seus muros, na perspectiva de se estabelecer pontes que configurem um processo ampliado de construção do plano que se constitui na dimensão formal do planejamento. E, que nesse cenário, seja possível implementar também o monitoramento e avaliação como mecanismos indutores de reflexão e de reorientação de mudanças.

Para Teixeira *et al.* (2010) o processo de planejamento em saúde compreende dois momentos articulados: a formulação da Política, que se refere à construção da Agenda estratégica, a qual identifica os problemas prioritários e a elaboração do Plano. Com relação à elaboração da Agenda visando ao enfrentamento de uma problemática com repercussão na condição de vida da população, se faz imprescindível à implicação de outros atores relevantes, sejam governamentais ou não governamentais, pois, desse modo, além da identificação dos problemas, apresentam alternativas para a solução que podem ser descritas e analisadas no percurso de negociação e formulação do plano. Estrutura-se, portanto, oportunidades que favorecem aos atores envolvidos a tomada de decisões e possibilitam redirecionar a política de saúde, contudo, é preciso considerar que isso dependerá do contexto político e institucional no momento de sua implementação.

É relevante também considerar que para a elaboração dos instrumentos de gestão no SUS precisa envolver os coordenadores das diversas áreas de atuação no âmbito do referido sistema e formar um grupo de trabalho em planejamento de forma permanente a fim de se responsabilizar tanto pela construção, como pelo monitoramento e avaliação. A participação desses atores é fundamental para o êxito da implementação e os técnicos do setor de planejamento devem desenvolver suas atividades como facilitadores do processo (VIEIRA, 2009).

Abreu de Jesus e Teixeira (2010) contribuem com essa discussão ao descreverem e analisarem o planejamento no SUS, no caso, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Destacam que o processo de aprendizagem institucional no campo do planejamento requer novas posturas, tanto da instituição, como dos atores que a constitui. Como aprendizagem dessa vivência relatam que implementar processos participativos na construção de políticas pressupõe para os sujeitos implicados, a partir de uma conscientização, a necessidade de escuta, persistência e respeito ao modo de pensar e de se construir coletivamente. Nesse sentido, essa percepção é uma resposta aos ideais do SUS, que tem o usuário como ponto central das políticas públicas.

No que se refere ao monitoramento, Costa *et al.* (2013) explicitam que os objetivos do monitoramento estão para além do subsídio à tomada de decisão orientada por evidências e passam a incluir questões que visam ao desenvolvimento pessoal dos atores implicados e da instituição. O monitoramento, através de uma discussão reflexiva, passa a ter como objeto, identificar os sentidos nas informações por quem as utilizam. Dessa maneira, evidencia-se como um eficiente instrumento de democratização da informação sobre os objetivos, as metas e os resultados alcançados pelas instâncias de gestão e de controle social, favorecendo a socialização do poder entre os cidadãos e a inclusão social. Considerando que o monitoramento é um processo sistemático e contínuo, destaca-se como um instrumento bastante sensível para apreender mudanças. É oportuno ressaltar que períodos muito longos não permitem o acompanhamento das ações desenvolvidas e a reflexão sobre sua pertinência, assim como períodos muito curtos não permitem observar as mudanças desejadas. Nessa medida, a definição da periodicidade do monitoramento está intrínseca aos objetivos pretendidos, ao contexto e à disponibilidade de recursos (tempo e pessoas) para coleta e processamento das informações.

Para Teixeira (2015), a área de planejamento é a que mais se aproxima da produção tecnológica, considerando que o planejamento trata dos processos de produção de políticas, dos modos de organização das práticas, da operacionalização e avaliação dos planos e programas. É importante destacar que esse caráter instrumental do planejamento surge na segunda metade da década de 1970, na implantação dos programas de extensão de cobertura, ancorados na doutrina da atenção primária à saúde.

Há nos relatos dos sujeitos uma percepção que merece destaque quanto às fragilidades no campo do planejamento em saúde que se referem à reduzida participação popular e à atuação do controle social, contaminada pelo corporativismo e pela relação de trocas, numa postura de apontar as lacunas, ao invés de somar com o processo: “o controle social tá ainda no toma lá, dá cá e que a gente tem uma grande potência que são os conselhos locais, regionais e municipais, mas os conselhos são corporativos e estão contaminados pelo Neoliberalismo que tá posto, a gente não consegue avançar” (GPLAN).

Outra fragilidade [...] é a participação popular, as pessoas não estão participando, muito raro, os conselhos que estão atuantes. [...] uma grande fragilidade no município, em termos de planejamento, em relação ao conselho municipal de saúde, [...] ele está mais de acusação, do que de planejamento, de participação mais ativa e mais voltada para o planejamento das ações [...] (GESF).

[...] Tem Conselho, mas não funciona, há muito tempo, desde o começo sempre foi assim. [...] Os conselheiros, eles na verdade [...] gostam mais de se beneficiar do que fazer. [...] a própria comunidade, ela não quer participar do conselho. Eu faço parte do conselho [...] e desde o ano passado que não tem mais nenhuma reunião, porque a gente convida pra mudar né o presidente e ninguém quer e depois só quer cobrar, mas não quer participar (e-SF 3).

Pode-se inferir a partir das falas que a participação do controle social e dos usuários nas ações de planejamento e programação da ESF ainda é incipiente. Ressalta-se também a percepção quanto à inserção de conselheiros nos conselhos locais, regionais e municipais que vislumbram, não necessariamente, a luta para a garantia do acesso universal e de qualidade às ações e aos serviços no SUS, mas sim, um fisiologismo pautado nas relações clientelistas e ancorado no Neoliberalismo.

Então, se faz necessária a adoção de estratégias da educação permanente em planejamento em saúde, considerando também, nesse âmbito, a

inserção das iniciativas e princípios da educação popular, que favoreçam a inclusão de conselheiros e usuários de forma efetiva, como também pensar/produzir ações de forma coletiva, e compartilhar com usuários e conselheiros, as fragilidades nos processos de trabalho do cotidiano. Desse modo, vislumbram-se possibilidades de ressignificar a postura dos conselheiros, no sentido de uma participação crítica-dialógica, dinâmica e atuante no trabalho em saúde e ampliar a participação popular proativamente nas políticas públicas para que possamos avançar com vistas à consolidação do SUS.

No contexto local, é essencial para a consolidação da ESF o fortalecimento do controle social. Nesse ínterim, os Conselhos Locais de Saúde deverão ser constituídos em cada unidade de atuação da ESF, por meio do Conselho Municipal de Saúde. O Conselho Local deverá participar da programação, do monitoramento e da avaliação das ações de saúde da família naquele território social de abrangência. Acrescenta-se, que os conselhos locais fortalecidos realizarão conferências locais de saúde mais coerentes e com maiores possibilidades de contribuir para um debate que pautar a ESF no centro das atenções das conferências municipais, estaduais e nacionais (MENDES, 2012).

Cunha (2012) corrobora com essa discussão ao expressar que gestores e profissionais de saúde podem “exercitar a habilidade política” para apresentar aos usuários que os trabalhadores também são interessados em que os serviços sejam ofertados com qualidade. Nessa circunstância, faz-se necessário compartilhar com os usuários as dificuldades e lacunas, num processo de aprendizagem, sem esperar aceitação ou uma compreensão passiva por parte deles, mas sim, de buscar a construção de cidadania. Ressalta-se a importância da implicação por parte de gestores e trabalhadores, quanto à posição política, face às problemáticas. Se pensarmos que uma equipe da ESF tem vínculo com pelo menos 3.000 pessoas, e a cobertura da atenção básica no país é em torno de 30-40%, é possível mensurar a dimensão de se estabelecer parcerias com essas pessoas, num movimento de afirmação do SUS. A indignação, a reclamação e a mobilização política constituem possibilidades únicas, essenciais para um sistema público de saúde se transformar e ser mantido.

Contudo, é relevante a preocupação quanto à contaminação do Neoliberalismo no contexto do SUS. Nesse sentido, é importante considerar o que nos apresenta Feuerwerker (2014), a luz de Foucault, tendo em vista, o SUS como

política pública de saúde, ou seja, o Neoliberalismo parte da economia de mercado para configurar o Estado e reformar a sociedade. [...] “É necessário governar para o mercado e não por causa do mercado. E para isso é preciso produzir um Estado – não para interferir na economia, mas para fabricar certas dinâmicas sociais.”(FEUERWERKER, 2014, p. 73). Nesse entendimento, o mais importante para esse Estado em fabricação é produzir intervenções sobre a população no sentido de que ela esteja bem preparada para o empreendedorismo, para fazer parte ativamente do jogo da produção e do consumo. Esse intervencionismo sobre a população se dá de modo ativo, múltiplo, vigilante e presente em toda parte.

Identifica-se também fragilidades pontuadas pelas equipes da ESF e gestores que dizem respeito à falta de uma rotina de encontros entre trabalhadores e gestores que proporcione um fluxo de comunicação, acesso às informações, espaço para o processo de planejamento, para pactuações e suporte às ações. A desmotivação e o descrédito por parte dos profissionais, como consequência da falta de apoio e diálogo também fazem parte desse cenário de fragilidades: “[...] a maior dificuldade pra mim é motivação, [...] A minha motivação hoje não é financeira [...] A motivação que falta é eu chegar à coordenação, tô precisando disso pra fazer isso e você ver que a pessoa tá interessada em lhe ajudar [...]” (e-SF 6).

Uma coisa muito simples que tá em falta hoje e foi dito aqui muitas vezes né é a falta de comunicação e de reunião. Uma coisa muito bacana que tinha que eram as rodas gerais que era uma vez por mês, colocava-se todos os funcionários numa tarde do mês e [...] as dentistas se reuniam e traziam as ideias delas né, as enfermeiras da mesma forma, os ACS colocavam a realidade de cada área sua né, mas isso não tem mais (e-SF 5).

[...] essa mudança dessa carga horária para o planejamento da gestão local, complicou um pouco, até pra você conseguir fazer reuniões, se planejar, fazer planejamento de equipe; eu consigo conversar com uma equipe, eu não consigo conversar com todas as equipes. Porque eles estão em horários diferenciados. [...] acho que o nosso horário deveria voltar às 8 horas, [...] seria um ganho muito grande pra gestão local (GESF).

[...] quando houver qualquer mudança dentro de um setor, precisa que todos os setores sejam comunicados, sejam planejados, sejam executados. [...] tudo tem que ser conversado e vendo a realidade de cada unidade, de cada coisa, porque é tudo diferente. Aqui não acontece isso, [...] a gestão, [...] faz, implanta e pronto, sem ouvir, sem planejar, pensa que vai funcionar, do jeito deles [...] (e-SF 1).

[...] dificuldades que nós temos é a questão de logística pra planejamento de saúde, agendas engessadas que dificulta planejamento, sabe, é assim, é justamente saber o que você precisa fazer o plano local, plano [...] municipal e ter isso em mãos né (e-SF 4).

Nesse exercício analítico das fragilidades identificadas no processo de planejamento da ESF, percebe-se a complexidade para a ação de planejar, tanto sob a ótica das equipes, como dos gestores locais, considerando que as equipes apresentam dificuldades para encontros sistemáticos, falta comunicação na unidade e as agendas encontram-se “engessadas”.

Evidencia-se a partir das falas, que a atual organização das escalas das equipes na unidade proporcionou certo obstáculo à sistematização dos encontros e reuniões em função dos horários diferenciados e, conforme já comentado na análise da primeira categoria, as equipes trabalham em escalas de seis horas durante quatro dias e um dia de oito horas. Contudo, os dias de trabalho de quatro horas não são coincidentes para todas as equipes da unidade, dificultando assim, a estruturação de cronogramas de encontros com todas as equipes e trabalhadores, fazendo-se necessário discutir e pactuar com os trabalhadores novas possibilidades de encontros periódicos.

Como contraposição a essa percepção, Figueiredo (2016) evidencia, por meio do estudo sobre planejamento local na atenção primária em saúde, que ainda há resistência por parte de alguns profissionais para integrar-se às ações desenvolvidas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e à proposta de planejamento integrado que encontra-se fragmentada, tendo em vista a não incorporação efetiva e a resistência por parte dos profissionais em aderirem ao processo.

Para as equipes que compõem o estudo, o modo como o serviço está organizado e a condução do processo de trabalho tem gerado desmotivação na seara das equipes em função da falta de diálogo, de participação no planejamento e estruturação do trabalho, bem como falta de apoio, imprimindo mudanças no comportamento dos profissionais que passam a ter uma atitude mais mecanicista,

[...] a gente nota as mudanças no comportamento dos próprios profissionais que antes eles eram de uma maneira e hoje estão de outra completamente diferente. Eles eram mais humanos e hoje tão mais mecânicos [...] eu tenho percebido muito essa diferença dos profissionais da unidade e acaba que é uma desmotivação. [...] acho que a falta da participação dos profissionais da ponta é que complicou todo o processo (e-SF 5).

Configura-se no contexto do SUS, de acordo com a Política Nacional de Humanização-PNH (BRASIL, 2009), a gestão participativa como instrumento visando à construção de mudanças para os modos de gerir e para as práticas de

saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho.

A cogestão consiste num modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ética política que visa democratizar as relações no âmbito da saúde. Nessa medida, para a realização da produção de saúde, a garantia da realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a reprodução do SUS como política democrática e solidária, se fazem essencial incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade. A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal predefinida para esses três pontos, mas acredita que é no exercício em ato da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos implicados com o sistema de saúde vão sendo construídos. A PNH propõe, portanto, um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva, considerando “planeja quem executa” e em espaços coletivos que garantam que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas com coletivo (BRASIL, 2009).

A organização de rodas é uma diretriz da cogestão que favorece o encontro, o contato das diferenças para que se produzam movimentos de desestruturação nos acúmulos até então obtidos e não satisfatórios e, assim, se produza mudanças nas práticas de gestão e de atenção à saúde.

Pimenta (2012) corrobora com essa discussão ao explicitar que “modelos assistenciais centrados no atendimento das necessidades de saúde dos usuários requerem mudanças no processo de produção do cuidado e no modelo de gestão”. A construção de coletivos que tenham como compromisso a produção do cuidado e a gestão democrática pressupõe a busca de arranjos capazes de criar espaços permanentes de discussão e de reflexão sobre o trabalho e a gestão. Sabe-se que o conflito permeia todos os espaços coletivos de gestão e saber lidar com eles é imprescindível para coordenar e conviver com os coletivos. No entanto, há que se reconhecer que faltam ferramentas de gestão para lidar com os conflitos, seja nas equipes, seja nos colegiados.

Entretanto para Mehry (2002), os espaços micro políticos de encontro/disputa podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e novas relações de poder. Delineia-se, assim, que a grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é

a sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço de estruturação do trabalho e das práticas.

Proporcionando outros elementos para a discussão, Abreu de Jesus (2006) parte do entendimento que no campo da Saúde Coletiva a abordagem pedagógica é essencial na determinação do sujeito, favorecendo a premissa de que o planejamento em saúde pode se dar em duas sub-dimensões de análise: uma relativa à manutenção da ordem, como resposta à pedagogia da alienação, pois tem como pano de fundo o uso dos recursos da força, da prescrição e do poder e a outra referente à transformação social, decorrente da pedagogia da libertação e da transformação. Os sujeitos da transformação “são responsáveis pela (des)alienação e autonomização dos outros sujeitos”, atuam com liberdade para estabelecer uma nova ordem, a transformação social.

Porém, é relevante perceber no estudo de Abreu de Jesus (2006) que os autores não são convergentes à ideia da alienação, pois ao buscarem novas metodologias, evidenciam-se tentativas de enfrentamento aos infortúnios do cotidiano, no sentido de superação da relação oprimido-opressor. Logo, no âmbito da Saúde Coletiva é revigorante identificar que os sujeitos tenham passado a externar sua indignação com a situação de alienação, exigindo inclusão nos processos de planejamento, como participe de um todo a ser planejado. Entretanto, é fundamental enfatizar que os enfoques do planejamento em saúde intensificam a ideia de *práxis* e sujeito como única totalidade na história e nessa medida, transformar a realidade, objeto central do planejamento em saúde, é uma ação de sujeitos livres, que atuam na *práxis* com a autonomia conferida a partir de uma pedagogia libertadora, construída por meio de luta contra-hegemônica.

Outro aspecto citado refere-se às agendas congestionadas em função da implantação do modelo de atenção às condições crônicas:

[...] nossa agenda, ela começa a ser marcada e nós temos três, quatro meses na frente e aí o que é que você observa? É falta [...] às vezes [...] a gente percebe usuários muito mais prioritário pra aquelas marcações e ele não consegue né, e aí quando você vai ver atender uma agenda de dezoito, de repente como foi a minha de sexta-feira [...] e dos dezoitos faltaram seis e porque será? (e-SF 4).

Apesar desse contexto, para as equipes, algumas medidas são possíveis de serem executadas, visando ao planejamento na perspectiva da organização das agendas. De modo mais específico com relação à discussão sobre a parametrização

das agendas, que no entendimento dos profissionais, a partir de um diálogo coletivo, contextualiza-se e fazem-se as adequações necessárias à realidade de cada unidade, não sendo, portanto, uma ação complexa de ser realizada,

[...] na verdade só falta um detalhe, que é sentar com os profissionais [...] e a parametrização, pra mim é o ponto crucial, que é feita individualmente e fazer uma coisa coletiva, principalmente no diz respeito ao momento de reunião da equipe [...] é tão simples e não é algo complicado. [...] sentar com os profissionais, com a equipe, os profissionais que fazem atendimento e ver a necessidade deles e se reunirem, é muito simples, [...] (e-SF 5).

Para Righi (2012), no cotidiano do trabalho em saúde, “se reafirmam identidades e se despreza a potência do encontro”. As categorias e segmentos profissionais procuram afirmar-se como portadores do saber principal para a melhor intervenção, não que as competências singulares não sejam importantes e necessárias, todavia, o que a gestão precisa é encarar a falta de contato, de elo, de disposição e abertura para o encontro com o outro sujeito que apresenta saberes diferentes, olhares diferentes e com propostas para ações diferentes. O melhor encontro não é aquele que busca a homogeneidade, mas sim, o encontro de diferentes com produção de um comum, respeitando a singularidade.

Visando possibilitar a análise das necessidades, eleger as prioridades, identificar possíveis estratégias de atuação, produzir instrumentos de planejamento como produto da construção de tarefas, bem como integrar ensino e serviço, houve uma proposta da gestão atual no sentido de que cada unidade de saúde formasse, mediante convite aos trabalhadores, um comitê gestor local. A sugestão de organização do referido comitê, que deve ser formado com o maior número de participantes possíveis, é que seja constituído por:

- representantes por categoria profissional das Equipes de Saúde da família;
  - representantes dos profissionais de saúde da Unidade, independente do tipo de vínculo ou carga horária;
  - representante do Apoio Administrativo, independente do vínculo.
- (FORTALEZA, 2016).

O comitê tinha como primeira atividade elaborar o Plano Diretor Local para a Unidade de Atenção Primária à Saúde, cuja referência a este plano foi descrita na segunda categoria analítica.

Conquanto, apenas uma das equipes fez referência aos propósitos desse comitê no nível local e entre seus membros há entendimentos diferenciados sobre esse processo:

[...] eu não vejo como viável o comitê, porque vai colocar a gestão da unidade [...] na mão de duas, três pessoas que [...] vão só discutir o assunto e vai ficar por isso mesmo. [...] Se discutisse com todo mundo talvez a pressão da maioria pudesse fazer as coisas saírem do lugar, mas duas, três pessoas conversando sobre as necessidades, só é pra conversar (e-SF 6).

[...] não acho que o comitê deveria decidir por toda a equipe e nem pela gestão, talvez fosse um mecanismo de diálogo mesmo de capilarizar e chegar aos profissionais onde cada representante levasse isso que tá sendo discutido e todo mundo tomar parte [...] (e-SF 6).

Percebe-se, por meio das falas, que há compreensões diferentes numa mesma equipe, quanto à sugestão de implantação do comitê gestor local. Por um lado, há um entendimento de que o comitê consiste num mecanismo para capilaridade do diálogo entre os trabalhadores, facilitando assim a comunicação e por outro olhar, o objetivo do comitê não apresenta viabilidade, uma vez que coloca para poucos a responsabilidade de decidir sobre a gestão dos processos, não havendo, portanto, uma ampla discussão com todos os trabalhadores que respalde e assegure concretamente a efetivação das decisões coletivas.

Mesmo assim, a proposta da gestão se constitui como uma possibilidade de diálogo que se conjectura nos serviços de saúde, até então ausente desses espaços de encontros.

Faz-se relevante ressaltar outro olhar das equipes, nessa situação de fragilidades que se refere a não participação dos profissionais nas discussões com as instâncias de gestão tendo em vista a tomada de decisão quanto aos processos de trabalho da ESF. E quando essa participação se efetiva, o sentimento é de que as contribuições dos profissionais que conhecem o contexto de seus territórios, como expressa essa fala, “nós, que vivenciamos isso, nós visitamos os usuários e que a gente vê a necessidade ali nua e crua (e-SF 5)”, não são consideradas na prática.

[...] muitas ações a gente não é chamado, são feito as coisas sem realmente a opinião das pessoas que estão na ponta e que realmente são as pessoas que sabem o que é necessário, o que tá passando. Então, se você chamar os atores realmente, talvez fosse melhor, e às vezes quando chamam, [...] só fazem de conta que foram ouvidos, mas a sua ideia não é colocada em prática (e-SF 3).

O recorte da fala aponta para a não participação dos sujeitos que desenvolvem suas ações “na ponta” e que conhecem realmente as problemáticas territoriais, nos processos de diálogo com vistas à tomada de decisão ou ainda, quando participam nessas instâncias, o sentimento é de que as suas considerações não têm ressonância na prática.

Faz-se essencial na dinâmica da ESF, a participação de todos os integrantes das equipes no planejamento, na tomada de decisão, na avaliação das ações e no apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local. Nessa compreensão, as relações estabelecidas precisam valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. Contudo, é necessária também a inclusão dos profissionais da ESF em outros espaços de diálogo e planejamento de projetos e programas com implantação/implementação na atenção primária, considerando o conhecimento, com maior propriedade, sobre os condicionantes e determinantes territoriais. Desse modo, compartilha-se a responsabilidade dos processos e tem-se uma maior probabilidade de respostas às necessidades da população.

Nesse contexto, é importante ressaltar que o trabalho é resultante da interação de elementos paradoxais, os quais determinam tanto a sua realização como sentido, quanto como alienação para os sujeitos. Isto posto, é necessária uma nova gestão do trabalho nas organizações de saúde que precisa reconhecer a “indissociável relação entre trabalho livre e trabalho estranhado e apontar exatamente aí inovações que permitam – no caso da área da Saúde”, ampliando a capacidade de produção de saúde e, ao mesmo tempo, fomentando a realização dos trabalhadores, de modo que o trabalho passe a ser dotado de sentido (BRASIL, 2009).

No tocante à ESF, a Política Nacional de Humanização estabelece como proposta, o método da inclusão dos diversos sujeitos visando à produção comum, numa atitude de generosidade e acolhimento ao que o outro traz de si e às suas

manifestações, para em seguida colocá-las em confronto com os interesses dos outros e do coletivo, num exercício que possibilite a construção de processos de negociação e contratualização do que é ético no cuidado em saúde. E, nesse sentido, deve determinar a produção de acolhimento, da clínica ampliada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários (PASCHE, 2012).

Outra fragilidade apontada por gestores locais e equipes refere-se à dificuldade de planejamento por parte dos trabalhadores em unidades de saúde com um quantitativo populacional considerável e um número de trabalhadores insuficientes. Destacam-se nesse cenário, áreas populacionais ainda sem cobertura da ESF, sobrecarregando os profissionais das unidades que acabam por ser referência na atenção à saúde dessa população.

[...] hoje estou com uma dificuldade enorme porque eu tenho uma superpopulação de quase 40 mil, com somente quatro equipes. [...] porque eu não consigo planejar uma ação com essa superpopulação. E os profissionais, eles se sentem sobrecarregados, com razão. [...] (GESF).

[...] a nossa pior parte é ter essas áreas descobertas, [...] (e-SF 3).

Embora o município tenha implantado dezoito novas unidades de atenção primária à saúde e ampliado a cobertura da ESF que, atualmente, de acordo com o atesto de agosto/2016 é de 47,4%, considerando nesse cálculo as equipes completas da ESF (FORTALEZA 2016), ainda é fato que, aproximadamente, metade da população se encontra sem cobertura das ações e serviços da estratégia saúde da família. Planejar, portanto, nessas circunstâncias torna-se complexo, proporcionando aos trabalhadores excesso de trabalho, mas sem necessariamente assegurar resolubilidade para as necessidades da população. O que retrata um desafio relevante para gestores e trabalhadores, visando assegurar atenção à saúde.

Campos *et al.* (2002) sinalizam que no Brasil, um país com uma diversidade demográfica considerável e processos de organização diferenciados quanto aos modelos assistenciais nos municípios, a implantação de qualquer programa nacional ocorre em tempos diferentes. E nos municípios com mais de 500 mil habitantes, há uma dificuldade natural para implantação do PSF, em função de apresentarem uma dinâmica complexa pelas atividades econômicas desenvolvidas e pelas condições precárias de moradia e saneamento devido aos processos

desordenados de aglomeração urbana. Assim, as equipes de PSF em grandes centros urbanos enfrentam problemas adicionais aos enfrentados pelos municípios de pequeno porte, como a formação de favelas e ocupações decorrentes da atração gerada pelas atividades econômicas ligadas à indústria, ao comércio e ao setor informal. Esse contexto proporciona, como consequência, um quantitativo de pessoas vivendo em condições insalubres, o que amplia os problemas de saúde da comunidade. Acrescenta-se a esse cenário a violência e a degradação das relações familiares.

Para transformar o modelo assistencial, as grandes cidades brasileiras apresentam dificuldades singulares que são decorrentes dos seguintes fatos, segundo Caetano e Dain (2002): transformações demográficas e epidemiológicas em função da acelerada migração para as cidades, mudanças do perfil de morbimortalidade, maior incidência de agravos devidos à violência urbana, desigualdades socioeconômicas entre as diversas áreas da cidade, desproporcionalidade na distribuição da rede de serviços, resistência às propostas de mudanças organizacionais por parte de instituições do setor, sucateamento das estruturas físicas, materiais e de recursos humanos da rede de serviços, modelo de prestação de serviço pautado na produção e no financiamento por procedimentos médicos realizados acentuando a medicalização das ações de saúde, uma vez que não promove articulação com as ações de promoção e prevenção e a dificuldade de financiamento com as atividades de atenção básica e dificuldade para estabelecer ações efetivas de gestão, regulação e avaliação com os prestadores conveniados ao SUS. Ressalta-se que nas grandes cidades, onde se faz necessário implantar um número maior de equipes do PSF, os incentivos são insuficientes para “contornar as deseconomias de escala e financiar a demanda secundária de serviços de média e alta complexidade” decorrente dos encaminhamentos referenciados pelo PSF, bem como o investimento associado à capacitação e gestão de sistemas mais complexos.

Ainda no percurso analítico das fragilidades, as falas dos gerentes consideram que as limitações do financiamento da saúde constituem um aspecto que dificulta o processo de planejamento, pois geram consequências na aquisição de insumos indispensáveis à execução das ações planejadas e as equipes relatam também a falta de referência e contrarreferência como fator limitante no processo de planejamento, considerando que restringe a integralidade do cuidado.

[...] a questão do próprio financiamento da saúde, que atualmente já está muito restrito, aí já restringe a questão das nossas necessidades de material, de insumos pra se trabalhar. [...] Os insumos é um problema que compromete todo um planejamento que a gente faz de parametrização das agendas, dos exames que a gente precisa fazer e faltam insumos e a gente precisa reagendar esses pacientes, [...] (GESF).

[...] Porque falta a referência e contrarreferência (e-SF 4).

Sem dúvida, que o financiamento, é um aspecto relevante a ser considerado no planejamento em saúde, pois planejar ação no âmbito da saúde, enquanto política pública se torna imprescindível estar ancorado numa viabilidade financeira. Constatase, contudo, que no contexto atual, o financiamento da saúde é um fator limitante, tendo em vista a necessidade de reformulação dos critérios que viabilizam o financiamento para assegurar acesso universal à saúde, como direito constitucional, portanto, garantir financiamento visando à consolidação dos princípios do SUS exige uma luta social permanente em todos os níveis.

Pasche (2012) considera a questão do financiamento, a fragilidade na organização das redes de serviço e a eficácia das práticas clínicas, que ainda tendem a reproduzir o modelo biomédico, como bastante complexas e dependem de um arsenal de ações estratégicas, nos campos do micro e macro políticas, combinadas num cenário de mudanças, visando superar problemas como o financiamento insuficiente, regulação de planos de carreiras no SUS e construção de novos arranjos na organização da atenção básica, bem como reorganizar o processo de trabalho na ESF, que implique em diretrizes que sejam capazes de assegurar acolhimento e efetividade das ações clínicas e de saúde coletiva, como dignificar o trabalho e valorizar os trabalhadores da atenção básica.

O financiamento do SUS tem se constituído numa temática recorrente em debates na academia, nos movimentos sociais e no âmbito da gestão do sistema, desde a Constituição Federal - CF (BRASIL, 1988), por ser considerado insuficiente para responder às necessidades de saúde da população brasileira, tendo em vista os princípios de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços pautados pela Constituição.

Contudo, já se estabeleceu consenso, no debate setorial, de que os principais problemas do SUS são de duas ordens, financiamento e gestão. Inúmeras iniciativas já foram implementadas tendo como finalidade a racionalização do uso dos recursos e melhoria do desempenho do sistema, enquanto outras têm sido

planejadas para este mesmo fim. No tocante à melhoria no campo da gestão, pressupõe investimento na capacitação de recursos humanos, na modernização de processos de trabalho, em sistemas informacionais e na infraestrutura tecnológica e, para isso, é preciso dispor de recursos financeiros suficientes e estáveis, e de decisão política como condição imprescindível (IPEA, 2016).

Nessa compreensão, é relevante e oportuno pontuar a preocupação sobre os impactos no financiamento do SUS provocados pela aprovação, em dois turnos na Câmara dos Deputados, da PEC 241/2016 que estabelece teto para as despesas primárias de cada poder e terá sua base fixada no valor das despesas pagas no exercício de 2016. Em cada exercício seguinte, este teto será corrigido pela inflação (Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA) do respectivo ano anterior, ao longo de vinte anos.

A PEC 241 propõe o congelamento do financiamento federal do SUS, a valores de 2016, para os próximos 20 anos, além de desvincular a despesa federal com saúde de percentuais progressivos da RCL. Esta medida tem como base um ano em que o piso da saúde, devido à queda da RCL, ficou muito abaixo do valor empenhado no ano anterior. Acrescenta-se ao problema da base deprimida o fato de o congelamento não levar em consideração as transformações demográficas e epidemiológicas em curso no país. “O argumento que vem sendo utilizado para justificar a desvinculação das despesas com saúde é o de que o Congresso Nacional, a cada ano, poderia destinar recursos adicionais acima da aplicação mínima, o que parece pouco provável” (IPEA, 2016, p. 8). Considerando, em primeiro lugar, que ao instituir um teto de gasto para as despesas primárias, congelando as despesas com saúde e educação, e com o já esperado aumento das despesas com benefícios previdenciários (BRASIL, 2016c), o espaço para ampliar o orçamento da saúde ficaria mais reduzido, pois isso implicaria o comprometimento das demais despesas, inclusive das despesas com outras políticas sociais. Segundo, porque a história do financiamento público de saúde no Brasil evidencia que a sua estabilização somente ocorreu com a vinculação das despesas, estabelecida pela EC 29 (IPEA/2016).

Percebe-se frente a essas considerações que a PEC sendo aprovada em todas as instâncias trará consequências desfavoráveis para as políticas sociais, em especial para o financiamento das ações e serviços de saúde, com implicações drásticas no processo de planejamento em saúde dos estados e municípios,

afetando os grupos sociais mais vulneráveis e ampliando as desigualdades sociais. Nessa seara, é premente um debate amplo em todos os níveis e organização de movimentos de luta e resistência contra esse retrocesso iminente para a população brasileira.

Acrescenta-se às fragilidades a questão da referência e contrarreferência dos usuários visando à integralidade da atenção à saúde. Esse é outro aspecto denso e complexo na dinâmica do SUS, pois envolve inúmeros fatores que vão desde os encaminhamentos desnecessários, muitas vezes, longo tempo nas filas de espera para atendimento na atenção secundária e/ou terciária, somada a reduzida comunicação entre os serviços e profissionais na perspectiva da integralidade do cuidado ao usuário. Ainda nesse contexto, tem-se a problemática referente às dificuldades de monitoramento e avaliação dos serviços contratualizados com os prestadores, pelo setor de regulação, controle e auditoria, imprimindo a necessidade de repensar os percursos e os arranjos que assegurem esse princípio do SUS, que é a integralidade do cuidado.

[...] a famosa referência e contrarreferência né, que isso tá dentro de uma ficha de APAC muitas vezes, de pactuação de corresponsabilidade, é a roda vida [...] são micro revoluções necessárias e urgentes. [...] eu pontuo aqui de que temos muito trabalho né pra avançar dentro dessa nova perspectiva da produção do cuidado (GPLAN).

Faz-se fundamental uma reforma do sistema hospitalar e dos serviços de atendimentos especializados, que favoreça uma ampliação no nível de pertencimento desses serviços à rede de saúde, o que pressupõe contratualizações que reduzam a autonomia dos hospitais na captação da clientela. O vínculo deve ser construído entre as equipes de referência e a sua população adscrita, e é desse lugar que deve partir e regular as necessidades por tecnologias de médio e alto custo. Nesse entendimento, se faz essencial que os processos de contratualização, que consiste na relação estabelecida entre a equipe, a população, os serviços de atenção básica e outros equipamentos assistenciais da rede sejam públicos e transparentes e possam ser acompanhados e reconstruídos de acordo com as necessidades de saúde da população. Essa vinculação de hospitais e outros serviços especializados à rede de cuidados, deveria ocorrer por meio de contratação de responsabilidades em cada região de saúde no país e, assim, a atenção básica assume papel importante no sistema de saúde, sendo ordenadora do sistema como um todo (PASCHE, 2012).

No tocante às falas apreende-se que as fragilidades identificadas interferem substancialmente numa não efetivação do processo de planejamento no nível local, embora se apreenda uma compreensão pertinente quanto à importância do planejamento: “o planejamento é fundamental, mas não é a realidade que a gente vive hoje [...]” (e-SF2).

Num estudo sobre planejamento com as equipes da ESF, Elia e Nascimento (2011), mostraram que os profissionais reconhecem que o planejamento quando desenvolvido adequadamente pode contribuir tanto para o aperfeiçoamento do trabalho em saúde, como para a eficácia das ações. Porém, esse entendimento parte do princípio de que o aperfeiçoamento do planejamento das equipes estabelece uma relação direta com a implementação de ações estratégicas por parte da gestão em saúde, entre elas, melhorias no ambiente de trabalho, equipamentos para as unidades e abastecimento de insumos, inclusão de um profissional para as questões administrativas, regulação da rede de saúde e ampliação das ações de educação permanente referentes ao planejamento em saúde.

Quanto às Potencialidades no planejamento em saúde, a articulação das falas de profissionais e gestores sinaliza o território como importante ator na ressignificação da luta cotidiana do trabalho em saúde, o revisitar ao Plano que possibilita avaliar e rever os pontos de melhoria, a estratificação para planejamento do cuidado aos pacientes, a contribuição da Consultoria na reorganização da atenção primária no município, o planejamento como alicerce de um trabalho para dar frutos, favorecendo a sistematização das ações planejadas com base na realidade local, a construção de novas unidades e a reforma das unidades existentes, a contribuição dos médicos cubanos no processo de trabalho da ESF, os saberes e afetos que se misturam nos encontros, gerando movimentos aos processos e a capacidade de adaptação e de reinvenção dos profissionais.

A partir das falas evidencia-se que há potência no processo de planejamento, em meio a tantas limitações e fragilidades. O ato de planejar favorece conhecer o território com o qual o trabalho vai ser planejado e operacionalizado, num processo dialógico e interativo gerando vínculos, resultados e estabelecendo parâmetros para avaliação.

[...] coisa boa do processo de planejamento, você conhece cada paciente seu, da sua área. Você já sabe os problemas. [...] porque é um vínculo, você sabe quem é que precisa mais, qual é a área que vai dar prioridade (e-SF 1).

[...] a potencialidade é isso, é você ver, diagnosticar teu território e fazer o que você tem que mudar melhorar e trazer algo a mais pra teu Posto, pra tua população, pro teu usuário [...] (e-SF 4).

Com certeza o planejamento é fundamental [...] e que bom seria se nós conseguíssemos trabalhar de uma forma planejada. [...] O planejamento é o alicerce do nosso trabalho e se eu consigo ter um planejamento, eu vou ter um trabalho que realmente vai dar frutos, pelo menos eu vou ter um parâmetro pra avaliar o meu trabalho (e-SF 2).

Percebe-se com as falas, que na ESF o conhecimento sobre o território se faz imprescindível, pois nele constata-se a dinâmica viva da vida das pessoas, como as relações se estabelecem numa dada comunidade, quais suas potências e necessidades. Milton Santos, em uma leitura ampliada sobre o território estabelece que o trabalho consiste num dos pontos significativos para compreender o território (SANTOS, 2002). E, a partir desse entendimento, é possível pensar/fazer um planejamento, e tê-lo como alicerce do processo de trabalho, construindo e buscando respostas para a população em consonância com esse território, numa perspectiva de alcance de resultados. Estabelecendo também nesse cenário, parâmetros para a avaliação do que foi planejado e executado.

É importante enfatizar que o trabalho com o território pressupõe respeito, atenção, inclusão, responsabilidade e compromisso contínuos para com os usuários, e coletivos, numa relação de confiança mútua e, assim, conjecturam-se possibilidades de estreitar vínculos e garantir cuidados efetivos, integrais e emancipatórios, a partir da subjetividade, sensibilidade e engajamento social de profissionais e usuários dos serviços.

Para Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais organizadas na perspectiva de atender às necessidades e demandas da sociedade e nessa medida devem estar articulados, conforme as necessidades de saúde da população que se expressam, numa boa medida, “em situações demográficas e epidemiológicas singulares”.

Entretanto, vale ressaltar o que Machado e Baptista (2010) apresentaram num estudo sobre o planejamento nacional da política de saúde no Brasil de 2003 a 2010. Os autores destacaram a fragilidade da apropriação territorial no planejamento nacional, como sendo uma questão crítica a ser enfrentada. Faz-se urgente que a abordagem territorial seja retomada com vistas à formulação de políticas de saúde diferenciadas que responda às necessidades regionais. Desse modo, num país heterogêneo, com consideráveis situações de desigualdades, o enfrentamento

dessa questão é fundamental, favorecendo a um processo de planejamento como prática social transformadora.

Há também a percepção de que o planejamento estabelece um referencial para análise sistemática do processo de trabalho e o Plano se insere nesse contexto como um instrumento que possibilita o monitoramento das ações e metas propostas para a política de saúde municipal. Outra potencialidade é que o planejamento favorece a sistematização do trabalho na ESF, facilitando a execução das ações e reduzindo a improvisação.

[...] a potencialidade é essa possibilidade que tem o planejamento de você estar sempre podendo melhorar, sempre estar analisando o Plano, para que ver o que foi na verdade, realizado, aquilo que precisa ser modificado, melhorado, inclusive adequação de metas, porque muitas vezes a gente pode superar as metas, como ficar muito distante. Então, a elaboração, a definição de novas estratégias pra atingir as metas. [...] é muito importante (GMAPS).

[...] acho que de bom no planejamento é porque realmente você consegue sistematizar o seu trabalho né. Você vai e você tem um espelho do que você vai propor a fazer, do que você tem pra fazer você tem aquele espelho e já tá todo delimitado pelos seus horários bem direitinho que você vai atender e não é uma coisa que você vai assim de improviso. Já tá tudo ali e você vai saber, isso é uma coisa boa né (e-SF 3).

Apreende-se pelas falas que o planejamento favorece um refletir através das possibilidades de análise sistemática dos instrumentos construídos, com vistas à revisão das metas pactuadas, reorientação das práticas e qualificação do processo de trabalho. E que o planejamento proporciona também a sistematização do processo de trabalho, facilitando a operacionalização das atividades a ser desenvolvidas reduzindo, desse modo, a execução das ações de forma improvisada, muitas vezes descontextualizadas das reais necessidades da população.

Nessa compreensão, é importante destacar que “o Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção” (BRASIL, 2013).

Cruz *et al.* (2014) ressaltam a importância de se evitar esforços no sentido de que o planejamento e a autoavaliação não sejam tratados como instrumental burocrático e sem significação, que não envolvem os técnicos diretamente implicados com a organização e o cuidado na atenção básica da saúde. Esse processo também não deve “gerar embotamento das equipes” frente aos

resultados encontrados, por mais que eles se distanciem do objetivo desejado, considerando que não se quer potencializar erros, mas sim, ajustes estratégicos que proporcionem uma melhor vinculação das escolhas às decisões. Assim, é possível que os processos avaliativos possam contribuir para favorecer reflexões nos diversos atores implicados com o cuidado, a gestão e a gestão do cuidado, o planejamento e a autoavaliação. Nesse contexto, faz-se essencial que esses processos estejam ancorados em espaços de diálogo nas equipes para que, efetivamente, possam modificar o processo de trabalho, orientar as mudanças e produzir ações. Contudo, é necessário o reconhecimento dos conflitos que permeiam essa seara e de um olhar estratégico tanto pelas equipes, como pelos gestores da Atenção Básica.

Há, também, uma concepção de Abreu de Jesus (2006), sob a ótica dos trabalhos de Merhy (1997) e Onocko Campos (2000), na qual o planejamento se configura “como um conjunto de técnicas para intervir e avaliar sistemas e serviços de saúde” e nesse entendimento a técnica para intervir se constitui no poder em ato, onde o poder da técnica integrado pelo Estado estabelece os meios e os fins para se atingir determinados propósitos. E a técnica para avaliação compreende o julgamento do poder em ato, por meio da constatação dos resultados de uma ação, embasada num modelo previamente estabelecido visando definir padrões de qualidade. Para o autor no âmbito da saúde coletiva, a intervenção tem um papel relevante, tendo como base estudos advindos essencialmente dos serviços de saúde, pois considera que favorecem a elaboração de planos para assegurar o acesso dos usuários por meio do diagnóstico territorial, identificação da situação epidemiológica, estabelecimentos dos fluxos para atendimento, configuração dos modelos de intervenção e análise dos métodos, tendo em vista identificar potências e restrições na aplicabilidade deles nos níveis locais de atenção à saúde.

Identificam-se, também, pelas falas dos sujeitos que houve um incremento na questão do planejamento na atenção primária, ampliando seu processo de construção, considerando nessa seara os instrumentos, métodos e os referenciais teóricos desenvolvidos e coordenados pela equipe da Consultoria do Dr. Eugênio Vilaça. A discussão da estratificação como metodologia de trabalho na ESF, se insere nesse cenário como estratégia positiva no processo de planejamento no que se refere à atenção às condições crônicas.

[...] está em processo de construção no município, o planejamento, a tendência é que a partir dessa plantinha vá crescer uma árvore com muitos frutos. [...] é uma gestão que se propõe a isso, a planejar e a executar uma coisa que ela planejou, com todos esses instrumentos, com tudo isso que trouxe pro planejamento [...] da atenção primária, de como será o atendimento, da questão da estratificação dos grupos de risco da população, da questão da organização em redes de saúde. [...] pela questão da Consultoria, mostrar como você planeja, [...] existem métodos, existem instrumentos pra você organizar atenção à saúde na regional, no município, e a rede como um todo, [...] (GESF).

[...] você tem que estratificar pra você planejar os seus hipertensos, diabéticos e realmente foi uma coisa muito interessante. Adentrei muito nessa parte da estratificação, [...] essas coisas são positivas (e-SF 4).

A partir da articulação das falas ressaltam-se percepções quanto às contribuições relevantes da Consultoria com relação aos métodos e instrumentos de planejamento com o propósito de reorganização dos macroprocessos básicos da Atenção Primária à Saúde no município, considerando-a como ordenadora das redes de atenção à saúde e coordenadora do cuidado.

E nesse ínterim, a estratificação de risco das condições crônicas se insere como um aspecto de positividade para o processo de trabalho na ESF, pois proporciona o planejamento das ações embasado na estratificação de riscos, a partir do conhecimento sobre a população adscrita.

É importante ressaltar que as condições crônicas vão para além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), considerando que envolvem também as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e o acompanhamento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas e a grande maioria das afecções bucais (FORTALEZA, 2013).

A estratificação da população por estratos de riscos constitui-se num aspecto primordial da organização das redes de atenção à saúde, favorecendo uma atenção diferenciada de acordo com as necessidades de saúde e definição dos tipos de atenção e concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menor risco têm sua condição centrada em

tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na Atenção Primária à Saúde, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma maior concentração de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da atenção especializada. Configura-se nesse contexto também, que a estratificação é necessária para estudos de avaliação econômica e estudos epidemiológicos (MENDES, 2012).

Há, também, o relato sobre as reformas das unidades de saúde e a construção de novas unidades como potencialidades, considerando que uma boa ambiência favorece ao processo de planejamento: “A construção e a reforma de algumas unidades de saúde em todas as regionais do município. [...] a melhoria da condição de trabalho das pessoas, de estar numa unidade com um pouco mais de conforto, até você tem uma condição maior de você planejar alguma coisa (GESF)”.

A gestão municipal, no tocante ao investimento em infraestrutura, reformou setenta Unidades de Atenção Primária à Saúde- UAPS, das noventa e duas existentes e implantou dezoito novas UAPS, em três anos e meio de gestão, através de parceria com Governo Federal, com o objetivo de qualificar a infraestrutura dos serviços e ampliar a cobertura da ESF. Reformas, ampliações e adequações na ambiência das unidades visando assegurar conforto e biossegurança no trabalho são essenciais para a saúde dos trabalhadores e bem-estar dos usuários. Um ambiente agradável favorece a promoção de encontros e trocas entre os trabalhadores e, nesse sentido, sem dúvida, tende a contribuir também para o processo de planejamento.

Outra potencialidade destacada por uma das equipes refere-se à contribuição do médico cubano no trabalho da ESF, em função da vivência em atenção primária na realidade de Cuba,

[...] eu fiquei feliz com a vinda dos cubanos, assim, que eram os médicos cubanos, oba, vai ser ótimo porque eu sei como é a dinâmica de lá. [...] E o que eu vejo e que pelo menos eu posso dizer da minha equipe, que o [...] faz puericultura e ele faz bem [...] ele bota no gráfico, ele faz tudo bem, então isso aí, quer dizer [...] tá conseguindo aproveitar esse potencial deles né, [...] (e-SF 3).

Vale destacar a sinalização do potencial relevante das práticas em atenção primária desenvolvidas pelo médico cubano, integrante do Programa Federal MAIS MÉDICOS, em uma unidade de saúde, contribuindo de forma significativa para a produção do cuidado no SUS municipal.

Campos *et al.* (2008) explicita que embora a ESF tenha sido inspirada em modelos de países com Cuba, apresenta diferenciações de outras experiências internacionais por incorporar o trabalho com equipe multidisciplinar, com destaque para a atividade do agente comunitário de saúde.

As potencialidades também se fazem perceber nas falas quanto à capacidade de reinvenção dos profissionais frente às adversidades, no cotidiano dos encontros e afetos, fazendo fluir movimentos, revendo fragilidades e ampliando as potências. E se apreende pelos relatos um sentimento de acreditação no SUS:

[...] trazendo mais pra nossa equipe, a gente tem certa facilidade nessa questão porque a gente tem essa capacidade de tá se reinventando e a gente tem um grupo bom (e-SF 4).

[...] somos **SUSIANAS** né e a gente tá aqui nessa conjuntura [...] eu acredito no SUS, eu amo estar trabalhando com a coordenadora de planejamento [...] aonde nós vamos, há diferença em todos os campos, no cotidiano nossos encontros né, então são os nossos saberes misturados de afetos né, esse *mix* que nos move e eu vejo essa potencialidade assim quando a gente constrói, a gente sai de uma roda de conversa no território e a gente consolida essas informações né e aí a gente pode considerar que é possível sim, rever as fragilidades pra que a gente possa aumentar as potencialidades (GPLAN).

[...] O SUS é muito bom. Muito bem elaborado, funcionando (e-SF 1).

É notável evidenciar que mesmo diante de tantos desafios, os relatos expressam sentimentos de pertencimento e crença no SUS como um sistema que é bem estruturado e que funciona. É interessante perceber o ressignificar para os profissionais e gestores que se delinea a partir das afetações e saberes que se misturam nas equipes e no encontro vibrante com o território, fomentando um jeito mais participativo, criativo e com novos sentidos na perspectiva da reflexão-ação em saúde. Esse processo produz reinvenção, aperfeiçoa e amplia as potências.

Nesse contexto, vale a reflexão proporcionada por Merhy (2014), como contribuição para um “novo modo de produzir saúde”, ou seja, é possível e podemos fazer diferente de outros, o que já temos como estabelecido, quando nos manifestamos em uma situação já dada. “Somos determinados e determinantes. [...] Não como sujeitos plenos de razão, mas como apostadores, que podem com recursos cognitivos, desejantes, instrumentais, [...] aumentar as potências dos nossos fazeres por outros sentidos, para o nosso agir no mundo, produzindo novos significados para as situações.”(MERHY, 2014, p. 14). Numa aposta com a imersão de todos nos processos de produção subjetiva e nas relações.

Nesse sentido, cabe a reflexão do planejamento em saúde como *práxis* transformadora, ou seja, o caráter de ação transformadora do planejamento da saúde se revela no momento que sujeitos e coletivos se organizam e buscam estabelecer estratégias para enfrentar problemas socialmente produzidos, transformando as práticas em movimentos de acumulação social, rompendo com as normas prescritivas, gerando novos processos sociais (ABREU DE JESUS, 2006).

No tocante ao SUS, Paim (2009, p. 139) reconhece, como o Cebes que o SUS “é mais que um sistema de saúde. Faz parte do pacto social presente na Constituição de 1988, que visa à construção de uma sociedade democrática e solidária.” Entretanto, evidência que se faz necessário à conquista de uma sustentabilidade que favoreça uma nova institucionalidade para o SUS, proporcionando a consolidação de sua natureza pública, não essencialmente estatal. Quiçá, dessa forma seja possível não ser mais refém dos mecanismos políticos partidários, do clientelismo e do corporativismo.

As falas apontam, também, para um reconhecimento do planejamento como uma atividade expressiva no processo de trabalho em saúde, mas que se faz imprescindível que o plano, como dimensão formal do planejamento, seja posto em execução de modo que funcione e possa ter resolubilidade para a população e para os trabalhadores,

[...] o planejamento é bom [...] Mas pra que ficasse melhor era bom que esse Plano fosse posto em prática e que funcione, isso é que eu acho, o Plano é bom [...] planejar e dá condição dele ser executado, isso vai ser bom pra comunidade, e pra nós também (e-SF 1).

Esse entendimento reflete a percepção do planejamento como uma tecnologia de gestão potente e necessária, todavia, é primordial atentar que se faz essencial que condições sejam efetivamente construídas para que o processo de planejar seja realizado nos diversos espaços que desenvolvem o trabalho em saúde. Nesse contexto, a operacionalização do que foi planejado pressupõe também, assegurar estruturas que viabilizem, de forma resolutiva, a execução das ações em consonância com as necessidades do território. O que não se constitui uma tarefa simples, assim sendo o processo de planejar/produzir cuidado em saúde é importante, pois gera sentido prático, crítico e de reinvenção aos sujeitos implicados. É nessa construção em ato que se vislumbra a qualificação na atenção e gestão do cuidado.

Para Abreu de Jesus e Teixeira (2010), no processo de planejamento visando à elaboração do Plano Estadual de Saúde (2008-2011) na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, identificam “o plano” como uma aposta na qualificação das ações de um governo (MATUS, 1989), num indicativo de comprometimento com direitos de cidadania e com a consolidação do SUS.

Com o propósito de se fazer uma boa gestão do plano se faz necessário conseguir, a sua inserção no sistema de direção adotado pela organização. “O plano, para ter chances de ser executado com sucesso, precisa de sistema de direção altamente comunicativo, com clara definição de responsabilidades e dispositivos de prestação regular de contas” (CECÍLIO, 1997).

Neste processo de análise do processo de planejamento em saúde da ESF no município, identificam-se fragilidades relevantes que geram limitações e dificuldades para profissionais e gestores no cotidiano da produção do cuidado, outrossim, percebe-se que há potencialidades nessa seara que produzem movimento e sinalização de que é possível ressignificar uma boa parte das fragilidades.

Planejar em saúde frente às falas dos sujeitos pressupõe, numa possibilidade de reversão das fragilidades, a abertura de espaço ao diálogo e participação dos atores no processo de planejamento, considerando o território, sistematização do monitoramento e avaliação, articulações inter e intrasetorial, fortalecimento do controle social e da participação popular, organização e regulação da rede de saúde, ampliação da cobertura da ESF e, ainda, desenvolvimento de estratégias que fomentem a motivação e de habilidades para a articulação e mediação dos conflitos gerados pelas forças político-ideológicas em disputa que operam no contexto da ESF e geram formas de coerência ou de resistências aos processos em saúde.

É fundamental ressaltar que a esse cenário acrescentam-se as potencialidades expressas pelas falas dos profissionais e gestores como mecanismos favoráveis à otimização e à qualificação das ações na gestão e atenção à saúde na ESF.

Considerando que uma das fragilidades evidenciadas neste estudo refere-se a não sistematização de encontros dos profissionais e gestores da ESF, visando o processo de planejamento, torna-se oportuno, portanto, apresentar alguns pontos para reflexão a partir da concepção de planejamento de Onocko Campos (2000). Para a autora, planejamento implica certos saberes para além de métodos prontos,

embora reconheça a importância do trabalho com questões metodológicas. Esse planejamento precisa ser instituído, ainda. Nesse sentido, explicita que as coisas e os problemas não podem ser explicados somente pela ótica da razão, considerando que a vida se dá em espaços subjetivos, atravessados por encontros e desencontros de valores e crenças e, desse modo, o planejamento por mais estratégico que seja não dá conta dessas questões com racionalidade linear. E, assim, se evidencia o planejamento como dispositivo, um espaço para a subjetividade surgir.

Abreu de Jesus (2006) contribui com a discussão ao explicitar que os elementos da prática no planejamento em saúde, se confrontam para construir novos elementos que imprimirão paradigmas teóricos objetivando a reorganização das práticas, gerando, assim, a concretização dos propósitos a serem alcançados. Entretanto, vale ressaltar que numa atuação, como sujeitos da transformação social, é imprescindível considerar as dimensões do saber ser, do saber fazer e do saber como.

É relevante destacar que todo esse contexto só é possível se ancorado num processo de educação permanente. E que, segundo Abreu de Jesus e Teixeira (2010), pode ser alcançado por meio do fortalecimento do planejamento, enquanto função de gestão, considerando a legislação pertinente, Lei Orgânica da Saúde, Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012, de modo que os responsáveis pelo processo aprimorem e valorizem o conhecimento e as práticas de forma contínua, produzindo oportunidades para o avanço do planejamento nas instâncias do SUS.

Por fim, se faz oportuno uma reflexão, como trabalhador(a) do SUS, a partir das pontuações de Feuerwerker (2014) que não existem prontos os atores portadores de futuro que o SUS requer, nem secretários municipais de saúde com recursos para assegurar uma gestão local da forma criativa e em consonância com os contextos locais, nem escolas para formar trabalhadores que sejam portadores de futuro, nem tecnologias para atender às necessidades dos usuários, produzindo territórios mais ricos, tudo isso precisa ser produzido. Mas o que existe, sim, é,

Um contingente expressivo de atores mobilizados por tentar construir um sistema de saúde que se aproxime das proposições originais do movimento. Mas eles não têm sido convidados a participar da festa, da fabricação do SUS. Existem experiências interessantes e invenções. Mas não existe mais, como nos tempos pré-conquista do SUS, o debate intenso, a circulação ampla de propostas, a mobilização contínua em torno de uma disputa política e da feroz resistência à máquina capitalística, que seriam indispensáveis (FEUERWERKER, 2014, p. 79).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A inquietação, a melancolia, a tristeza, a raiva, as dúvidas existenciais fazem parte da natureza humana, caso contrário o homem não teria evoluído. A evolução é fruto da insatisfação, da inquietação, da infelicidade”.

(Rubem Alves, 2011, p. 13).

O potencial de aprendizagem produzido nesse processo analítico do planejamento em saúde da ESF traduz-se em gratificante e inspirador, ao mesmo tempo, que se faz desafiador frente à situação atual do SUS. O momento de escrita desta dissertação foi permeado por um amálgama de sentimentos, ou porque não dizer de um paradoxo, frente a uma profunda tristeza por assistir a aprovação, em dois turnos na Câmara dos Deputados, da PEC 241/2016 e ver o SUS perecer como consequência dessa proposta de emenda, ao mesmo tempo em que as contribuições deste estudo, dentre outros, no município e no país, bem como os esforços cotidianos dos trabalhadores e dos movimentos sociais que se dedicam ao aprimoramento desse sistema de saúde, conquistado com luta pelo povo brasileiro fortalecem a chama da esperança.

Configurou-se um exercício complexo, analisar, refletir e escrever num cenário com prognóstico tão desfavorável para o SUS e com questionamentos e incertezas para quem é sujeito implicado, que tem no trabalho com o SUS e para o SUS, um referencial de vida e não somente uma mera atividade laboral. Acrescenta-se a esse contexto de dificuldades, o momento político vivenciado em função das eleições municipais.

Não obstante, desses sentimentos e do contexto do SUS, a vivência desse processo analítico proporcionou uma aproximação sobre as racionalidades do planejamento em saúde que permeiam o universo dinâmico da ESF e sua interlocução com o plano de saúde.

As sínteses conclusivas das três categorias analíticas apontam para uma racionalidade instrumental que engessa a inclusão dos sujeitos com seus saberes, experiências e construções, fragmentando o processo de planejamento da ESF, evidenciando um fazer cotidiano pautado no “apagar incêndios”, tanto sob a ótica dos profissionais, como de parte dos gerentes, gerando, assim, desgaste e desmotivação para os trabalhadores.

Os resultados sinalizam que o Plano Municipal de Saúde, como dimensão formal do planejamento, não se configura como um produto construído e maturado por meio de uma articulação em rede e que contempla as intenções e as apostas para a resolubilidade dos problemas de saúde. Os profissionais da ESF percebem o plano de saúde como mero cumprimento de uma prerrogativa legal e não se sentem sujeitos implicados nesse processo. Desconhecem, em sua maioria, assim como alguns gestores, as diretrizes, os objetivos e as metas pactuadas no plano e percebe-se, todavia, uma inquietação por parte dos profissionais no sentido de que a execução das ações, no cotidiano, não repercute em resolubilidade, gerando a sensação de “enxugar gelo”.

Ressalta-se, também, no estudo, que as ações de promoção da saúde que devem compor o processo de trabalho das equipes da ESF na perspectiva da integralidade do cuidado, encontram-se arrefecidas, comprometidas pelo modelo de atenção que está posto.

No tocante às fragilidades e potencialidades no planejamento em saúde, o estudo mostra um elenco de dificuldades, que se apresenta desde a falta de encontros das equipes, de motivação dos profissionais e de insumos nas unidades, à questão do financiamento do SUS. Dentre as fragilidades destacam-se a incipiente participação dos conselheiros no processo de planejamento, bem como a não inclusão dos trabalhadores na planificação e organização do trabalho e do serviço.

Mas, o ato de planejar se evidencia também como potencialidade na ESF, uma vez que favorece o conhecimento e a interação com o território, gerando vínculos e sentidos. Apreende-se um sentimento de pertencimento e crença no SUS como um sistema que funciona e traduz-se em movimentos a partir do encontro dos sujeitos, saberes e afetos. É nessa ciranda que se vislumbra a reversão das fragilidades e a composição de novos desenhos a partir do planejamento em saúde.

Por fim, as limitações que fazem parte deste estudo consistem no recorte temporal que expressa a realidade desse momento; outro aspecto refere-se ao receio de se expressar, relatado por alguns sujeitos que participaram da pesquisa, tendo em vista a aproximação com o período eleitoral, além de que, alguns processos de planejamento foram identificados no percurso da pesquisa, porém, não foi possível realizar um aprofundamento.

Evidencia-se neste estudo que é premente a construção de uma cultura de planejamento em saúde que busque ancorar e pactuar suas construções numa relação horizontal com os diversos sujeitos que compõem o processo de trabalho, de modo a tecer uma rede que assegure um processo de construção ascendente, dialógico e participativo com qualificação.

Entretanto, para a concretude dessa cultura faz-se imprescindível resistir e superar as estruturas distorcidas imbricadas nas práticas de gestão, com vistas ao empoderamento dos sujeitos e coletivos, imprimindo potência de vida aos instrumentos de gestão em consonância com a micropolítica do trabalho vivo e que venham proporcionar novos sentidos e rumos para as intenções propostas, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência, bem como valorizar o trabalhador de saúde.

Em face dessas considerações, faz-se essencial que o planejamento se constitua e se institucionalize como uma tecnologia de gestão. No entanto, para efetivar transformação social é fundamental que o processo de planejamento favoreça a inclusão dos diferentes atores, com consequente implicação desses sujeitos na execução das ações. É a partir desses encontros, numa ambiência que favoreça o aparecimento das subjetividades e apropriação do que está posto, com vistas à elaboração e à efetivação de processos sustentáveis de mudanças nas políticas em saúde, que se constroem possibilidades para o fortalecimento de potenciais de resistência e de resignificação. Nessa compreensão, o planejamento em saúde é imprescindível e vale a pena, uma vez que contribui para florescer o protagonismo dos sujeitos, produzindo sentido e significado às práticas em saúde, fortalecendo o comprometimento e a corresponsabilização no cuidado e nessa tessitura *per si* gerando mobilidade para se reinventar a vida.

## 7 RECOMENDAÇÕES

O processo analítico do planejamento em saúde da ESF no município de Fortaleza evidenciou dados que suscitam uma reflexão no âmbito da própria ESF, da gestão e das instâncias de controle social, tendo em vista a relevância de redimensionar as práticas de planejamento no nível local.

No entendimento da ESF como um processo em construção e com potencial para proporcionar qualificação à produção do cuidado, é possível (re)construir uma racionalidade que favoreça o planejamento em saúde com novos arranjos, que proporcionem fomento à inquietação/ação, interação de saberes e afetos entre os sujeitos, motivação, fortalecimento da criatividade e empenho no trabalho, ampliando desse modo, a capacidade de resposta, gerando vínculos, sentidos e consolidando a ESF como estratégia organizativa importante na atenção primária à saúde e no SUS.

Para a efetivação desse processo num município de grande porte como Fortaleza, é essencial considerar a organização político-administrativa, a situação epidemiológica, o quantitativo populacional em situação de vulnerabilidade, a cobertura da ESF e o seu processo de trabalho. Todavia, faz-se importante oportunizar algumas recomendações, frente a esses desafios:

- Institucionalização de uma rede de planejamento em saúde constituída por conselheiros, trabalhadores e gestores dos diversos segmentos da saúde nos níveis local, regional e municipal com construção do processo de organização e de agenda estratégica, propiciando, assim, a construção de uma cultura de planejamento.
- Constituição de uma equipe técnica de planejamento em articulação intra e intersetorial permanente.
- Aperfeiçoamento de um diálogo sistemático e permanente com os atores responsáveis pela condução dos instrumentos de Governo (PPA, LDO, LOA) e do PlanejaSUS (Plano Municipal, Programação Anual, Relatórios de Gestão) com foco no alinhamento de intervenções sólidas e coerentes.
- Implantação/implementação de espaços de diálogo nas Unidades de Atenção Primária à Saúde que favoreçam encontros e construções, de forma sistemática.

- Fomento às ações de programação local pelas equipes da ESF em articulação e apoio da equipe técnica de planejamento.
- (Re)estruturação de um sistema de informação articulado com o alinhamento de indicadores que de fato dialogue com uma gestão de resultados.
- Construção do Plano Municipal de Saúde em consonância com a situação epidemiológica e demográfica locorregional e em articulação com os diversos segmentos e sujeitos implicados na produção do cuidado, num processo dialógico e participativo.
- Efetivação das metas e ações planejadas e pautadas no Plano, tendo-o como instrumento norteador da política de saúde municipal.
- Efetivação de processos formativos na temática do planejamento em saúde, em conformidade com a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, de modo a contemplar os diversos atores implicados no processo de trabalho em saúde.
- Sistematização do monitoramento e avaliação das ações e indicadores, potencializando o alcance das metas propostas, a partir do redirecionamento ou inserção de novas ações estratégicas, num processo de aprendizagem.
- Identificação de fragilidades e potencialidades com fins de mudança de olhares e posturas por parte de gestores, trabalhadores de saúde, usuários e conselheiros e qualificação da atenção e da gestão.
- Construção de estratégias que promovam e ampliem o sentimento de pertencimento e valoração do SUS, como política de saúde conquistada pelo povo brasileiro e que se refaz no dia a dia, com vistas ao seu fortalecimento e consolidação.

## REFERÊNCIAS

ABREU DE HEIMANN, L. S. *et al.* **A descentralização do sistema de saúde no Brasil** – uma proposta de investigação sobre o impacto das políticas. São Paulo: Instituto de Saúde, 1998.

ABREU DE JESUS, W. L.; TEIXEIRA, C. F. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2383-2393, 2010.

\_\_\_\_\_. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3839-3848, 2014.

ABREU DE JESUS, W. L. **Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva**: desafios teóricos e busca de novos caminhos. 2006. 235 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

AGUIAR, G. I. N.; FAGUNDES, G. C.; LEÃO, K. M. B. Planejamento participativo realizado em área de abrangência do programa saúde da família. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 45-9, 2006.

ALVES, R.; SCLiar, M. **Rubem Alves e Moacyr Scliar conversam sobre o corpo e a alma**: uma abordagem médico-literária. Campinas: Saberes, 2011.

ARAÚJO, B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455 - 464, 2007.

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. saúde pública**, v. 13, n. 4, p. 723-740, 1997.

AZEVEDO, C. S. *et al.* Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 10, p. 2410-2420, 2007.

BENEVIDES, R. P.; VIEIRA, F. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota técnica, Ipea, nº. 28. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/images/IPEA241.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

BLACK, N.; GRUEN, R. **Understanding health services**. Berkshire: Open University Press, 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30/12/2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Presidência da República – Casa Civil. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318p.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.135/2013 de 25 de setembro de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: COSAC, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde na comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRITO, J. C. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Cad. saúde pública**, v. 21, n. 5, p. 1612-1614, 2005.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis (Rio J.)**, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMPOS, A. G. Planejamento estratégico situacional na atenção básica: solucionando problemas e reinventando ações. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 151-156, 2012.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis (Rio J.)**, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, HUCITEC, 2008. p. 132-153.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1994. 134 p.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149.

\_\_\_\_\_. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003. 166 p.

\_\_\_\_\_. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cad. saúde pública**, v. 16, n. 4, p. 1021-1030, 2000.

\_\_\_\_\_. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001.

\_\_\_\_\_. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. saúde pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

\_\_\_\_\_. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CHORNY, A. H. Enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. **Revista Educación Médica y Salud**, v. 24, n. 1, 1990.

\_\_\_\_\_. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos medico sociales**, v. 73, p. 23-44, 1998.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, v. 52, p.113-127, 2000.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

COSTA, J. M. B. S. *et al.* Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013.

CRUZ, M. M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, n. esp, p. 124-139, 2014.

CUBAS, M. R. Planejamento local: a fala do gerente de unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 278-283, 2005.

CUNHA, G. T. Atenção básica e o desafio do SUS. **Caderno HumanizaSUS**, v. 2, n. 2, p. 30-45, 2012.

ELIA, P. C.; NASCIMENTO, M. C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 745-765, 2011.

ESMERALDO, G. R.; OLIVEIRA, L. C. Resgatando a história do programa de saúde em Fortaleza – Ceará. In: OLIVEIRA, L. C; ÁVILA, M. M. M.; MAIA, L. F. R. B. **Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integração da atenção**. Fortaleza: EdUECE, 2012. 39 p.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2014-2017**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

\_\_\_\_\_. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GERSCHMAN, Silvia. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 90. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 417-34, 2001.

GUIMARÃES, J. M. X. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos centros de atenção psicossocial.** 2012. 286 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 313-320, 2009.

KNORR-CETINA, K. D. **The manufacture of knowledge: an essay on the constructivist and contextual nature of science.** 1981.

LIGHTBURN, A.; SESSIONS, P. Community-based clinical practice: re-creating the culture of care. **Handbook of community-based clinical practice.** New York: Oxford University Press, 2006. p. 19-35.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MATUS, C.. O plano como aposta. **São Paulo em perspectiva**, v. 5, n. 4, p. 28-42, 1991.

\_\_\_\_\_. **Política, planejamento & governo.** Brasília: IPEA, 1993.

\_\_\_\_\_. **Política, planejamento & governo.** Tomo II. Electronic Document Format (ISO). Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In: GALLO, E. **Razão e planejamento**. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec, 1995.  
Disponível em: <<http://www.uf f.br/saudecoletiva/professores/merhy/livros-02.pdf>>.  
Acesso em: 19 nov. 2016.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MINAYO, C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social; 2002. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1992.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINTZBERG, H. **Structure et dynamique desorganizations**. Paris: Éditions d'Organisation, 1982.

MORENO NETO, J. L. **A institucionalização do planejamento na SESAB no quadriênio 2007-2010**: condições, sujeitos e práticas. 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

\_\_\_\_\_. A crise do planejamento autoritário em saúde. **Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia**, v. 4, n. 4, p. 52-61, 1981.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma nova saúde publica ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

\_\_\_\_\_. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp, p. 73-78, 2006.

PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 635-643, 2014.

PIMENTA, A. L. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. supl. 1, p. 29-45, 2012.

RIGHI, L. B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. **Caderno HumanizaSUS**, v. 2, n. 4, p. 60-74, 2012.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. 2 ed. São Paulo: Editora Cortez, 1992.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

\_\_\_\_\_. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

RODRIGUES, M. I. S. **Formação dos gestores da atenção primária à saúde**: análise da experiência de Fortaleza/CE. 2015. 226 f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. de; SILVEIRA, M. L. **Território**: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, 2002.

SARTI, T. D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da estratégia de saúde da família**: uma cartografia da micropolítica. 2012. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4781>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

TANCREDI, F. B; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Produção científica na área de política, planejamento e gestão em saúde 1975-2010: temas e teorias. In: BAPTISTA, T. W. FARIA; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. **Políticas, planejamento e gestão em saúde abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 81-111.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EdUFBA, 2006.

TESTA, M. **Saber en salud**. 2 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1989.

\_\_\_\_\_. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud: primera parte. **Cuad. méd. soc. (Ros.)**, n. 38, p. 3-24, 1986.

\_\_\_\_\_. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1985.

TESTA, M. **Pensar en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, 2009.

VILASBOAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, 2008.

WEEL, C. V.; MAESENEER, J.; ROBERTS, R. Integration of personal and community health care. **Lancet**, v. 372, n. 372: p. 871-872, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você para participar da pesquisa intitulada “O planejamento na Estratégia Saúde da Família: construção, operacionalização e interface com o Plano Municipal de Saúde em Fortaleza” de responsabilidade da pesquisadora Maria Cláudia de Freitas Lima, sob orientação do Professor Dr. José Maria Ximenes Guimarães, vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará. Esta pesquisa tem como objetivo analisar como se dá o processo de planejamento local no âmbito da Estratégia Saúde da Família em sua articulação com o Plano Municipal de Saúde. O(A) Senhor(a) foi selecionado(a) para participar da pesquisa por atuar no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família. Sua participação é voluntária, pois a qualquer momento poderá se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo à sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha. Suas respostas serão tratadas de forma anônima, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão guardados em local seguro e somente o pesquisador e orientador terão acesso aos mesmos. A pesquisa não lhes trará nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas. Nesse sentido, caso você fique constrangido(a) com algumas perguntas, você pode não as responder ou desistir de participar da pesquisa. Os benefícios relacionados à sua participação consistem em fomentar uma compreensão crítica sobre o processo de planejamento na ESF, bem como proporcionar possibilidades de reorientação dos Planos Locais e Municipal de saúde, contribuindo para mudanças na prática de planejamento na atenção e gestão à saúde no município. Você ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida acerca desta pesquisa, poderá ser esclarecida diretamente com a pesquisadora responsável: Maria Cláudia de Freitas Lima (Rua Dona Leopoldina, nº 1045 – Bloco C, apto 102, Centro – Fortaleza – CE, *e-mail*: cacaulima2@hotmail.com). Para quaisquer outros esclarecimentos adicionais você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, situado à Av. Silas Munguba, 1700 – Itaperi, Fortaleza – CE, pelo *e-mail* cep@uece.br. Caso aceite o presente convite, deverá expressar sua aceitação mediante assinatura, nas duas vias, deste Termo, sendo que ficará uma cópia com você e outra com o pesquisador.

Fortaleza-Ceará, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Participante

---

Pesquisadora

## Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer constrangimento. O pesquisador esclareceu dúvidas que foram devidamente explicadas, não restando quaisquer questões a respeito da pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente Termo.

Nome:

---

UAPS:

---

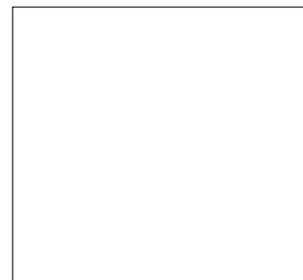
SR/SMS \_\_\_\_\_

Fortaleza – CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_ Impressão

dactiloscópica

Assinatura do participante



## APÊNDICE B – Termo de Anuência

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza  
Estabelecida na Rua do Rosário, 283, Centro, Fortaleza – CE.

Pretende-se desenvolver uma pesquisa cujo objetivo é analisar como se dá o processo de planejamento local no âmbito da Estratégia Saúde da Família em sua articulação com o Plano Municipal de Saúde.

Assim, venho através deste solicitar a autorização para entrevistar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS: Guiomar Arruda – SR I, Aída Santos – SR II, Meton de Alencar – SR III, Luís Albuquerque Mendes – SR IV, Abner Cavalcante – SR V, Terezinha Parente – SR VI, bem como a Coordenadora de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde – COPAS, localizados neste município.

Esclareço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa visando à elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Maria Cláudia de Freitas Lima. Endereço: Rua Dona Leopoldina nº 1045, apto 102 – Centro, Fortaleza – CE. Telefone: (85) 99610 49 74.

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza a responsabilidade pelo presente Termo.

Fortaleza – CE, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2015.

---

Maria Cláudia de Freitas Lima  
Pesquisadora

De acordo:

---

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista/Grupo Focal

**PROJETO DE PESQUISA:** O planejamento na Estratégia Saúde da Família: construção, operacionalização e interface com o Plano Municipal de Saúde em Fortaleza.

**PESQUISADORA:** Maria Cláudia de Freitas Lima

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2016.

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

SMS/SR: \_\_\_\_\_

UAPS: \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**1 PERFIL DO ENTREVISTADO (A):**

1.1. Idade: \_\_\_\_\_

1.2. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

1.3. Naturalidade: \_\_\_\_\_

1.4. Escolaridade:

( ) Graduação: \_\_\_\_\_

( ) Especialização: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado: \_\_\_\_\_

( ) Doutorado: \_\_\_\_\_

1.5. Instituição que se formou: ( ) Faculdade pública ( ) Faculdade privada

1.6. Tempo de formado(a): \_\_\_\_\_

1.7. Além da UAPS, onde mais você trabalha:

( ) Outro posto de saúde

( ) Consultório particular

( ) Plano de saúde ( ) Hospital

( ) Professor na área: \_\_\_\_\_

( ) Outro: \_\_\_\_\_

1.8. Total de horas trabalhadas por semana: \_\_\_\_\_

Regime jurídico: (    ) Concurso público    (    ) Contrato temporário (    )  
Terceirizado(a)

1.9. Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

1.10. Tempo de atuação na ESF de Fortaleza: \_\_\_\_\_

1.11. Foi vinculado a ESF em outro município?

(    ) Sim    (    ) Não            Se sim, quanto tempo? \_\_\_\_\_

1.12. Vínculo empregatício na administração municipal: \_\_\_\_\_

1.13. Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

## **2 QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE O PLANEJAMENTO NO ÂMBITO DA ESF**

2.1 Concepções sobre planejamento em saúde

2.2 Como se dá o planejamento das equipes na ESF

2.3 De que modo a gestão tem conduzido o processo de planejamento na ESF

2.4 Quais os atores implicados no planejamento municipal e no local

2.5. Comente sobre a inserção da ESF no Plano Municipal (articulação do Plano Local com o Municipal)

2.6 De que modo a ESF operacionaliza o Plano Municipal de Saúde

2.7 Comente o(s) método(s) e instrumentos de planejamento adotados na ESF

2.8. Comente sobre a configuração do atual modelo de atenção à saúde com base no Plano de Saúde

2.9 Potencialidades e fragilidades no processo de planejamento da ESF.

## **ANEXOS**

ANEXO A – Diretrizes, Objetivos e Metas para a Estratégia Saúde da Família Estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017. Fortaleza, 2016

Área temática/técnica	Diretrizes	Objetivos	Metas
<b>Atenção Primária à Saúde (geral)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora das Redes de Atenção e coordenadora do cuidado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços de saúde na Atenção Primária</li> <li>Organizar os processos de trabalho da Atenção Primária</li> <li>Implantar os sistemas de informação</li> <li>Promover o aperfeiçoamento dos gestores e profissionais da APS</li> <li>Implantar sistemas logísticos e de apoio às Redes</li> <li>Garantir suporte clínico e apoio aos pontos de atenção</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ampliar para 60% a cobertura da Atenção Básica até 2017.</li> <li>Ampliar para 117 o número de unidades de atenção primária com macro e micro processos de trabalho implantados até 2017.</li> <li>Capacitar 100% dos gerentes e trabalhadores sobre os processos de trabalhos nas UAPS</li> <li>Ampliar o número de unidades de atenção primária à saúde - UAPS com sistemas logísticos e de apoio às redes implantadas, chegando em 117 UAPS em 2017.</li> </ol>

<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<p><b>Saúde Bucal na ESF</b></p>	<p>1. Qualificação e Ampliação do Serviço Odontológico nas Unidades de Atenção Primária em Saúde.</p>	<p>1. Ampliar o acesso da população à Atenção em Saúde Bucal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta Odontológica até 4% até 2017;</li> <li>2. Aumentar a proporção de tratamentos concluídos, passando de 0,53 em 2014 para até 0,70 em 2017;</li> <li>3. Aumentar de 2% em 2014 para 3% até 2017 a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada;</li> <li>4. Ampliar cobertura populacional das equipes de saúde bucal de 30% em 2014 para 40% em 2017</li> <li>5. Reduzir a proporção de exodontias em relação aos procedimentos de 1,2% em 2014 para 1% até 2017;</li> <li>6. Desenvolver ações de promoção de saúde bucal para a prevenção, controle e acompanhamento do câncer de boca com a cobertura de 100% dos cirurgiões dentistas da estratégia saúde da família;</li> <li>7. Realizar, pelo menos, 10 exames / mês de prevenção do câncer de boca por equipe de saúde bucal.</li> </ol>

<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<b>Assistência farmacêutica básica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revitalização da Política Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;</li> <li>2. Implementação do sistema de apoio às redes de atenção a saúde, através da assistência farmacêutica;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover o acesso da população a plantas medicinais e/ou fitoterápicos;</li> <li>1. Garantir o acesso dos usuários aos serviços de assistência farmacêutica;</li> <li>1. Assegurar o acesso da população aos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar o número de Unidades de Atenção Primária à Saúde com dispensação de medicamentos do Programa Farmácia Viva;</li> <li>1. Aumentar percentual de Unidades de Saúde para 100% até 2017, com o Sistema de informação implantado, nas etapas de recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos;</li> <li>2. Aumentar o número de Farmacêutico para os serviços de Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica nas Unidades de Atenção Primária à Saúde;</li> <li>1. Assegurar acesso a 100% de medicamentos especificados na relação municipal de medicamentos - REMUME- de acordo com a programação das unidades estabelecidas pelos gestores em consonância com a CELAF, tendo como base a situação epidemiológica do território.</li> </ol>
<b>Programa Saúde na Escola</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integração e articulação das redes públicas de educação e de saúde.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover a saúde e a cultura de paz reforçando a prevenção de agravos à saúde</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educandos pactuados nas ações do Componente I - Avaliação das Condições de Saúde;</li> <li>2. Educandos pactuados nas ações do Componente II - Avaliação das condições de Saúde;</li> <li>3. Capacitar Profissionais de Saúde, da Educação e Jovens pactuados nas ações do Componente III – Formação.</li> </ol>
<b>Saúde da Mulher</b>			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar a realização de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária;</li> <li>2. Realizar Primeira Consulta Odontológica em 80% das Gestantes acompanhadas nas UAPS</li> </ol>

<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<b>Políticas Afirmativas</b>	<p>1. Garantir, ampliar e qualificar a oferta e o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na justiça social, humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando as diversas redes de atenção, para garantir o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, etno-racial (étnicos), dos terreiros (populações tradicionais), em situação de vulnerabilidade social, garantindo o acesso a medicamentos e exames no âmbito do SUS, buscando reduzir as mortes evitáveis, melhorar as condições de vida das pessoas e garantir o acesso e a qualidade na atenção à saúde.</p>	<p>1. Promover a articulação das políticas públicas afirmativas, matriciando as diferentes ações no espaço dos territórios regionais, na perspectiva da Atenção e Promoção da Saúde.</p>	<p>1. Implantar e Implementar a Política Municipal de Saúde LGBT;</p> <p>2. Implantar e implementar a Política Municipal de Saúde da População Negra.</p>

<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<p><b>APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</b></p> <p><b>Rede de Atenção Materno Infantil</b></p>	<p>1. Qualificação da atenção materna e infantil com garantia de acesso às ações de planejamento reprodutivo, ampliação da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal, segurança na atenção ao parto e nascimento, bem como atenção qualificada e resolutiva à saúde das crianças de 0 a 24 meses.</p> <p><b>COMPONENTE PRÉ-NATAL</b></p>	<p>1. Qualificar o novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção pré-natal, ao planejamento reprodutivo, ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;</p> <p>2. Reestruturar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;</p> <p>3. Reduzir a morbimortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal;</p> <p>4. Reduzir os casos de sífilis congênita como problema de saúde pública.</p>	

Área temática/técnica	Diretrizes	Objetivos	Metas
<p><b>Rede de Atenção Materno Infantil</b></p>	<p><b>COMPONENTE PRÉ-NATAL</b></p>	<p>1. Qualificar a atenção pré-natal na Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS</p>	<p>1. Ampliar para 80% a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal de risco habitual, até 2017;</p> <p>2. Realizar ações de educação em saúde para 100% das gestantes, no mínimo 3/gestante</p> <p>3. Realizar 01 consulta de puericultura, com 100% das gestantes, no 3º trimestre;</p> <p>4. Vacinar 100% das gestantes acompanhadas;</p> <p>5. Realizar consulta odontológica em 80% das gestantes acompanhadas;</p> <p>6. Ampliar para 100% a proporção de gestantes com 05 consultas de pré-natal de alto risco quando indicado;</p> <p>7. Ofertar exames de pré-natal para as gestantes acompanhadas;</p> <p>8. Vincular 100% das gestantes ao local de parto, até 2017;</p> <p>9. 100% das UAPS realizando ações de educação em saúde para saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>10. Realizar testes de sífilis em 100% das gestantes;</p> <p>11. Capacitar 60% dos profissionais das UAPS nas áreas de pré-natal, exames de diagnóstico e acompanhamento, puericultura, urgências obstétricas, neonatais e pediátricas;</p> <p>12. Capacitar 60% dos profissionais das UAPS sem atendimento a gestantes em situação de vulnerabilidade (violência, situação de rua e usuária de drogas);</p>

<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<b>Rede de Atenção Materno Infantil</b>	<b>COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduzir o número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano para 190 Casos/ano;</li> <li>2. Vincular 100% das gestantes acompanhadas ao local de parto.</li> </ol>
	<b>COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar o Percentual de UAPS certificadas na EAAB (Estratégia Amamenta Alimenta Brasil);</li> <li>2. Ampliar o percentual de crianças com aleitamento exclusivo até o 6º mês de vida;</li> <li>3. Realizar visitas domiciliares a 100% de puérperas e RNs até a 1ª semana pós-parto;</li> <li>4. Realizar consulta de puericultura em 100% das crianças;</li> <li>5. Realizar triagem neonatal em 100% das UAPS;</li> <li>6. Realizar grupos educativos para 100% das crianças acompanhadas na puericultura;</li> </ol>
	<b>COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICO, TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduzir o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência</li> </ol>
<b>Rede de Atenção às Condições Crônicas</b>	<p><b>HIPERTENSÃO E DIABETES</b></p> <p>Fortalecimento da Atenção Primária de modo a garantir que esta se consolide como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde da população</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduzir a mortalidade prematura por doenças cardiovasculares.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar em 30% o número de hipertensos com nível pressórico arterial adequado até 2017;</li> <li>2. Estratificar o risco de 100% dos diabéticos cadastrados no Prontuário eletrônico;</li> <li>3. Ampliar para 25% o número de diabéticos com hemoglobina glicada em &lt;7,0% acompanhados até 2017</li> <li>4. Estratificar o risco de 100% dos hipertensos cadastrados no prontuário eletrônico;</li> <li>5. Acompanhar 70% dos pacientes diabéticos de alto e muito alto risco referenciados até 2017</li> </ol>

<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<b>Rede de Atenção às Condições Crônicas</b>	<p align="center"><b>SAÚDE DO IDOSO</b></p> <p>1. Promoção da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa no município de Fortaleza, de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.</p>	<p>1. Implantar uma rede de atenção integral e integrada de cuidados à saúde da pessoa idosa.</p>	<p>1. Assegurar educação permanente, em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, para 100% dos profissionais de nível superior que atuam na atenção primária;</p> <p>2. Capacitar 100% dos agentes comunitários em saúde do idoso;</p> <p>3. Capacitar 100% dos cuidadores de idosos acamados, cadastrados nas UAPS;</p> <p>4. Linhas de cuidado estruturadas para atenção especializada e terciária, com foco na atenção primária como coordenadora e ordenadora do cuidado do idoso;</p> <p>5. Mapear as áreas cobertas com ações intersetoriais na saúde do idoso</p>
	<p align="center"><b>CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA</b></p> <p>1. Fortalecimento da Atenção Primária de modo a garantir que esta se consolide como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde da população.</p>	<p>1. Realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos da atenção, por meio de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos.</p>	<p>1. Unidades de Saúde com tratamento do tabagismo implantado;</p>

Área temática/técnica	Diretrizes	Objetivos	Metas
<p><b>Rede de Atenção às Condições Crônicas</b></p>	<p><b>TUBERCULOSE E HANSENIASE</b></p> <p>1. Fortalecimento da Atenção Primária de modo a garantir que esta se consolide como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde da população.</p>	<p>1. Realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos da atenção, por meio de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos</p>	<p>1. Aumentar para 85% a Taxa de Cura dos Portadores de Tuberculose Pulmonar Bacilífera;</p> <p>2. Implantar tratamento diretamente observado (TDO) para casos novos de TB Pulmonar Bacilífera;</p> <p>3. Aumentar para 90% a proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose;</p> <p>4. Reduzir para 8 % a Taxa de abandono de Tratamento de Tuberculose nas Unidades de Saúde;</p> <p>5. Examinar 100% dos contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose, até 2017;</p> <p>6. Examinar 100% dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase, até 2017;</p> <p>7. Aumentar para 90% a proporção de cura de casos novos de hanseníase (PB e MB), até 2017;</p> <p>8. Capacitar 100% dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF;</p> <p>9. Capacitar 100% dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS da Estratégia Saúde da Família – ESF</p>
<p><b>Rede de Atenção às Urgências e Emergências</b></p>	<p>1. Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de hospitais e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</p>	<p>Não se identifica a interface específica com a ESF.</p>	<p>Não há metas específica para a ESF.</p>

<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e a sociedade civil;</li> <li>1. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de Crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio de acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de capacitações anuais com os profissionais dos pontos de atenção da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial);</li> <li>1. Implementar o apoio matricial em 12 unidades das seis Secretarias Regionais.</li> </ol>
<b>Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mapear e cadastrar a população com deficiência física, auditiva, intelectual, visual e ostomias;</li> <li>2. Qualificar o processo de trabalho na Atenção Primária no que se refere à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitar 80% dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.</li> <li>1. Mapear 100% da população com deficiência física, auditiva, intelectual, visual e ostomias.</li> </ol>

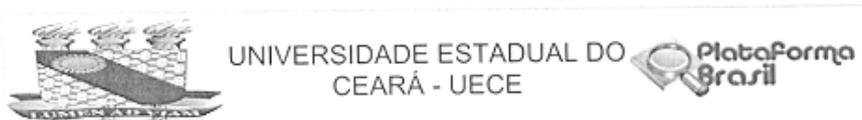
<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<b>Rede Temática de DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementação da Rede de Atenção por meio da descentralização do Atendimento a Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) na Atenção Primária em Fortaleza;</li> <li>2. Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica em DST/AIDS e Hepatites Virais;</li> <li>3. Fortalecimento das ações de prevenção em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais.</li> <li>4. Promover o diagnóstico oportuno do HIV.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualificar a Atenção Primária na promoção do atendimento integral a PVHA.</li> <li>1. Qualificar a Rede de Atenção de Saúde nas ações de vigilância epidemiológica</li> <li>1. Qualificar a Rede de Atenção de Saúde nas ações promoção e prevenção em DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais.</li> <li>1. Ampliar o diagnóstico oportuno e reduzir os casos de AIDS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar para 40% o percentual de UAPS no atendimento das PVHA até 2017;</li> <li>1. Ampliar para 90% até 2017, o número de notificações de HIV/AIDS, Sífilis, Hepatites B e C.</li> <li>1. Ampliar para 80% as ações de prevenção e promoção até 2017</li> <li>1. Implementar o diagnóstico oportuno em 90% dos pontos de atenção até 2017.</li> </ol>
<b>Vigilância em Saúde na APS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimento da Vigilância em Saúde no município de Fortaleza</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implantar a Sala de Situação em Saúde como forma de aperfeiçoar os mecanismos de gestão;</li> <li>2. Fortalecer o processo de educação permanente dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implantar as salas de situação na COVIS, nas UAPS, UPAs e nos NUHEPI passando de 2 em 2014 para 27 em 2017</li> <li>2. Realizar capacitações de vigilância em saúde para profissionais de saúde.</li> </ol>
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	Proteção à saúde individual e coletiva da mulher e da criança.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer as ações de vigilância Epidemiológica do óbito infantil e fetal;</li> <li>2. Fortalecer as ações de vigilância Epidemiológica do óbito materno;</li> <li>3. Fortalecer as ações de vigilância Epidemiológica da sífilis congênita;</li> <li>4. Avaliar a estratégia de Gestão de Casos para gestantes e nascidos vivos;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar a investigação do óbito infantil e fetal passando de 50% em 2014 para 58% no ano de 2017;</li> <li>2. Investigar 100% dos óbitos maternos;</li> <li>3. Implantar a vigilância da sífilis congênita em 100% das UAPS até 2017;</li> <li>4. Produzir relatórios trimestrais de avaliação da estratégia gestão de caso;</li> </ol>

<b>Área temática/técnica</b>	<b>Diretrizes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<b>Vigilância Epidemiológica</b>	1. Proteção à saúde individual e coletiva.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer as ações de vigilância das coberturas vacinais;</li> <li>2. Identificar dentre os portadores de tuberculose os pacientes em tratamento;</li> <li>3. Identificar dentre os casos de tuberculose os pacientes que não realizaram o exame anti-HIV;</li> <li>4. Fortalecer as ações de vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produzir relatório mensal da cobertura vacinal;</li> <li>1. Produzir relatório mensal com registro do paciente em tratamento;</li> <li>1. Produzir relatório mensal do registro de pacientes que não realizaram o exame anti-HIV;</li> <li>1. Produzir relatório mensal de registro de contatos examinados.</li> </ol>
	1. Fortalecimento da Vigilância Sanitária Municipal, visando à prevenção, redução e eliminação dos riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e proteção à saúde.	1. Estruturar e aperfeiçoar a Vigilância Sanitária Municipal com a finalidade de aprimorar a qualidade e resolubilidade das ações e serviços mediante o cumprimento dos princípios preconizados pelas políticas de saúde, contribuindo para melhoria da atenção à saúde do indivíduo e da população.	1. Realizar inspeções sanitárias nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).
<b>Vigilância em Saúde do Trabalhador</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.</li> <li>1. Fortalecimento da política de promoção em saúde do trabalhador e da trabalhadora do SUS</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assegurar educação permanente relativa à saúde do trabalhador para os trabalhadores da rede SUS na área de abrangência do CEREST Regional Fortaleza e Controle Social.</li> <li>1. Implementar ações de prevenção, promoção e assistência a saúde do trabalhador.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar atividades de educação permanente na temática Saúde do Trabalhador.</li> <li>1. Implementar as ações em Saúde do Trabalhador (ST) em 96 unidades de saúde municipais (UAPS e UPAs) existentes em 2014.</li> </ol>
<b>Vigilância Ambiental (Fatores Biológicos)</b>	1. Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	1. Realizar vacinação antirrábica da população canina durante a campanha.	1. Realizar, uma campanha vacinal canina por ano com cobertura mínima de 80% da população canina.

Área temática/técnica	Diretrizes	Objetivos	Metas
<p><b>Educação Permanente na APS</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desenvolvimento do Programa de telessaúde Brasil Redes.</li> <li>2. Fortalecimento da integração Ensino Serviço no contexto da SMS Fortaleza.</li> <li>2. Desenvolvimento da Política de Educação Popular em Saúde</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oferecer teleconsultorias, telediagnósticos e ações de teleducação aplicadas às questões e dificuldades vivenciadas na prática clínica, na gestão do cuidado e no processo de trabalho em saúde.</li> <li>1. Apoiar e promover a integração ensino-serviço e o processo de ensino-aprendizagem inserido na rede de atenção do SUS, envolvendo estudantes de graduação, docentes e profissionais de saúde do SUS.</li> <li>1. Promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualificar as equipes da Estratégia Saúde da Família no programa telessaúde</li> <li>1. Fomentar ações de integração ensino serviço e comunidade;</li> <li>2. Manter as ações do Programa de Educação pelo Trabalho-Pró-Saúde e Pet-Saúde.</li> <li>1. Implementar a Política Municipal de Educação Popular em Saúde - PMEPS nas esferas institucionais.</li> </ol>

Fonte: Fortaleza (2016).

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O planejamento na Estratégia Saúde da Família: construção, operacionalização e interface com o Plano Municipal de Saúde em Fortaleza.

**Pesquisador:** MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51808715.1.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.430.358

#### Apresentação do Projeto:

Esse trabalho tem como título o planejamento na Estratégia Saúde da Família: construção, operacionalização e interface com o Plano Municipal de Saúde em Fortaleza. Objetivo Geral: Compreender como se dá o processo de planejamento local no âmbito da Estratégia Saúde da Família em sua articulação com o Plano Municipal de Saúde. Objetivos Específicos: Analisar as práticas de planejamento no âmbito da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos atores implicados; Descrever as ações estratégicas para a ESF inscritas no Plano Municipal de Saúde em sua interface com a produção de saúde no âmbito local; Identificar as potencialidades e fragilidades no processo de planejamento sob a ótica dos gestores e dos profissionais da ESF. Aspectos Metodológicos: O tipo de estudo consiste em uma pesquisa qualitativa numa perspectiva histórica social que terá como campo empírico, o município de Fortaleza, localizado no litoral norte do estado do Ceará, cuja população é de 2.571.896 habitantes (IBGE 2014). O cenário do estudo que será composto por (01) uma Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS de cada Secretaria Regional do Município de Fortaleza, totalizando (06) seis UAPS e a Coordenação de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde COPAS da SMS. Os participantes do estudo compreendem a Coordenadora da COPAS-SMS Fortaleza, os Gerentes das seis UAPS e uma equipe da ESF por Secretaria Regional, composta minimamente por um (a) enfermeiro (a), um (a)

**Endereço:** Av. Sílas Munguba, 1700  
**Bairro:** Itaperi  
**UF:** CE      **Município:** FORTALEZA      **CEP:** 60.714-903  
**Telefone:** (85)3101-9890      **Fax:** (85)3101-9906      **E-mail:** anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.430.358

técnico/auxiliar de enfermagem, um (a) médico (a), um (a) cirurgião (ã) - dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um (a) agente comunitário de saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender como se dá o processo de planejamento local no âmbito da Estratégia Saúde da Família em sua articulação com o Plano Municipal de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Todos os riscos estão descritos. Há maneira de contorná-los estão bem descritos. Não há riscos que o pesquisador não previu. Os custos de transporte não precisarão ser arcados pelo pesquisados, já que a pesquisa será aplicada no próprio local de trabalho dos sujeitos pesquisados. Se ocorrer algum dano para o entrevistado, este poderá não responder à entrevista ou se recusar a participar da pesquisa.

Os benefícios relacionados à pesquisa consistem em fomentar uma compreensão crítica sobre o processo de planejamento na ESF, bem como proporcionar possibilidades de reorientação dos planos locais e municipal de saúde, contribuindo para mudanças na prática de planejamento na atenção e gestão à saúde no município. Consequentemente, haverá benefícios, mesmo que indiretos aos participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As informações e dados gerados no estudo proposto possibilitam contribuições importantes para a análise do processo de trabalho referente ao planejamento em saúde no âmbito da ESF, subsídios para os gestores na reestruturação do planejamento como tecnologia de gestão visando o seu aprimoramento, como também, estabelece um referencial para problematização e tomada de decisões nas instâncias do controle social.

Além disso, em aspectos metodológicos, o trabalho apresenta-se muito bem descrito.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Quanto ao TCLE: Inserir o endereço, email e telefone do CEP/UECE.

**Recomendações:**

Inserir no TCLE o telefone do CEP e da pesquisadora principal.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.430.356

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_632552.pdf	23/01/2016 17:08:57		Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_Unidades_de_sau_de.PDF	23/01/2016 17:08:07	MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Claudia_Detalhado.pdf	16/01/2016 01:28:18	MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento.pdf	14/01/2016 12:22:04	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.jpg	06/12/2015 17:34:17	MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	25/11/2015 16:27:29	MARIA CLÁUDIA DE FREITAS LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 29 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho  
(Coordenador)

Endereço: Av. Sítios Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Telefone: (85)3101-9890

Município: FORTALEZA

Fax: (85)3101-9906

CEP: 60.714-903

E-mail: anavaleska@usp.br