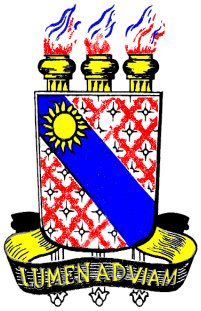


UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

INÊS DOLORES TELES FIGUEIREDO

PLANEJAMENTO LOCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

FORTALEZA –CEARÁ

2016

INÊS DOLORES TELES FIGUEIREDO

PLANEJAMENTO LOCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

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

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Irismar de Almeida.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

FORTALEZA–CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Figueiredo, Inês Dolores Teles .
Planejamento local na atenção primária em saúde [recurso eletrônico] / Inês Dolores Teles Figueiredo. - 2016.
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 98 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 Coletiva.
Orientação: Prof. Esp. .
Coorientação: Prof.ª Dra. Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Irismar de Almeida..

1. Planejamento em saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Sistema único de saúde. I. Título.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Av. Paranjana, nº 170-Campus do Itaperi- CEP: 60740-000
Fortaleza-Ceará- Brasil Fone (85) 32927413

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Titulo da Dissertação: "**Planejamento Local na Atenção Primária em Saúde"**
Nome da Mestranda: **Inês Dolores Teles Figueiredo**
Nome da Orientadora: **Prof.ª Dr.ª Maria Irismar de Almeida**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF/RENASF, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM **SAÚDE DA FAMÍLIA**.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo
(1º membro)

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(2º membro)

Data da defesa: 20/07/2016

Dedico a Deus, pelo dom da vida, iluminação espiritual e fortaleza, que me conduziu ao logo desta caminhada;

À minha família, em especial aos meus pais, Samuel Marcos e Aurileide Teles, pelos ensinamentos ao longo da vida, pelo amor incondicional; ao meu irmão, Miquéias José e a querida Zeilde Furtado, pelo apoio em todas as decisões, escuta afetuosa e força;

Aos avós, tios, primos, afilhadas e sobrinha, pelos momentos compartilhados.

AGRADECIMENTOS

Às Instituições envolvidas ao longo desta caminhada, Prefeitura Municipal de Maracanaú e Universidade Estadual do Ceará.

Aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família Elias Boutala Salomão, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e gestores, pelo aceite em participar da nossa pesquisa e disponibilidade em contribuir ativamente aos questionamentos e diálogos.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª **Maria Irismar de Almeida**, por sempre ter confiado em mim, por todas as palavras de força e fé, pela maneira como conduziu o nosso aprendizado. Não somente orientadora, mas, em alguns momentos, conselheira e amiga, sendo referência profissional e pessoal para meu crescimento.

À Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família na Universidade Estadual do Ceará-UECE-Fiocruz, Prof.ª Dr.ª **Ana Patrícia Morais** e Prof.ª Dr.ª **Annatália Gomes**, pelo acolhimento, dedicação, ensinamentos e maestria com que conduziram todos os processos.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família na Universidade Estadual do Ceará-UECE-Fiocruz, por todo o aprendizado compartilhado, leveza nas conduções, elaborações e reelaborações, e saberes partilhados ao longo dessa caminhada.

Aos meus amigos da nossa turma intitulada, **“Flor de Cacto”,** pelos momentos divididos ao longo dessa intensa jornada, compartilhados com muito afeto, alegrias, partilha de saberes, solidariedade e companheirismo, que tornaram as nossas angústias e preocupações com leveza. Em especial aos queridos **José Auricélio, Geanne Torres, Gerlane Holanda, Walber Linard, Lilianne Rocha, Vivian Chaves e Ingrid Bezerra**que se tornaram grandes amigos nessa parceria no processo ensino-aprendizado, pelas produções constituídas e também por momentos de entretenimento.

Aos meus amigos e aos colegas de trabalho, pelo apoio e partilha das atividades nos momentos de ausência, em especial à Coordenadora da Atenção à Saúde, **Fátima Cunha**, pela compreensão e incentivo ao longo desta caminhada.

Ao Secretário de Saúde de Maracanaú, **Francisco Torcápio Vieira**, pelo apoio e liberação do serviço para cumprimento das atividades correspondentes ao Mestrado, e por acreditar sempre no meu potencial na qualidade de profissional de saúde.

Aos funcionários do Mundo Verde, assim carinhosamente denominado, onde nos encontrávamos quinzenalmente, em especial Cláudia e Tatiana, pela presteza, simpatia e atenção com que nos dedicaram durante todo o período em que estivemos juntos.

“O que é que se encontra no início? O jardim ou o jardineiro? É o jardineiro. Havendo um jardineiro, mais cedo ou mais tarde um jardim aparecerá. Mas, havendo um jardim sem jardineiro, mais cedo ou mais tarde ele desaparecerá. O que é um jardineiro? Uma pessoa cujo os sonhos estão cheios de jardins. O que faz um jardim são os sonhos do jardineiro”.

(RUBEM ALVES).

RESUMO

No campo da saúde coletiva, é imprescindível a necessidade de organizar o planejamento, que direciona as ações de atenção e cuidado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família. Com efeito, a participação das equipes no planejamento das ações e o fortalecimento da gestão local e do controle social são atribuições da equipe da atenção básica. A pesquisa objetivou analisar saberes e práticas de planejamento na perspectiva dos profissionais e gestores de saúde da Atenção Primária em município da Região Metropolitana de Fortaleza. Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Município de Maracanaú-Ceará, com 11 profissionais, sendo sete representando a Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Família Elias Boutala Salomão e quatro representando os gestores da saúde. A coleta de dados aconteceu nos meses de abril e maio de 2016, por meio de técnica de entrevista com roteiro semiestruturado e a técnica de grupo focal. A análise das informações referentes ao perfil dos participantes foi realizada descritivamente e os dados analisados e interpretados segundo a técnica de Análise de Conteúdo, de Bardin, a fim de interpretar as mensagens apreendidas nas falas dos participantes que desvelaram as categorias temáticas dos estudos a cerca de - “Concepções e aplicabilidade dos gestores e profissionais de saúde da APS atribuídos ao planejamento local das ações” - “Práticas do planejamento local e as relações profissionais no cotidiano” - “Dificuldades e facilidades do planejamento local na APS”, tendo sido articulados com os referenciais teóricos, sendo produto de uma reflexão dialógica entre o campo da pesquisa, o campo de conhecimento e as vivências da pesquisadora. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o parecer nº 1.520.392. Os achados apontam que os participantes estavam na faixa etária de 26 a 64 anos, com tempo de atuação de quatro meses a oito anos. Os resultados obtidos reafirmam a ideia do planejamento em saúde como pressuposto do SUS, servindo de base para o reconhecimento e estímulo dos processos de planejamento das equipes na atenção primária em saúde, possibilitando a retomada do protagonismo e autonomia dos sujeitos, garantindo maior proatividadepor meio de relações dialógicas para produção de ações mais qualificadas no cuidado à saúde das pessoas e comunidade.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Estratégia saúde da família. Sistema único de saúde.

ABSTRACT

In the area of public health, there is an urgent need to organize the planning, which guides the actions of attention and care by Family Health team professionals. As a matter of fact, the participation of teams in planning the actions and strengthening the local management and social control are competences of the primary care team. This research aimed to analyze knowledge and practices on planning from the perspective of health professionals and managers of Primary Care in a municipality from the Fortaleza metropolitan area. This is a descriptive study with qualitative approach conducted in the municipality of Maracanaú, Ceará, Brazil, with 11 professionals, of which seven represented the Family Health Strategy and Support Center for Family Health at the Basic Health Unit Elias Boutala Salomão, and four represented health managers. Data collection took place in April and May 2016 through semi-structured interviews and the focus group technique. Information related to the participants' profile were descriptively analyzed and data were analyzed and interpreted according to the content analysis technique proposed by Bardin, in order to interpret the messages apprehended in the participants' speeches who unveiled the themes of studies regarding "Conceptions and applicability of health managers and professionals of PHC assigned to the local action planning", "Local planning practices and professional relationships in everyday life", "Difficulties and facilities of local planning in PHC", having been articulated with theoretical frameworks, constituting the product of a dialogic reflection between the research field, the field of knowledge, and the researcher's experiences. The Research Ethics Committee of the State University of Ceará approved the study under protocol No. 1,520,392. The findings indicate that participants were aged 26-64 years, working from four months to eight years. The results obtained reaffirm the idea of health planning as a SUS competence, providing the basis for recognizing and supporting the planning processes in primary health care teams, enabling to take back the leading role and autonomy of individuals, ensuring greater proactivity through dialogical relations to produce more qualified actions in the health care to the people and community.

Keywords: Health planning. Family health strategy.Unified health system.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização geográfica. Maracanaú-CE, 2016..... 39
Figura 2 – Lagoa de Maracanaú-CE, 2016..... 40
Figura 3 – Mapa da Região de Saúde III – Maracanaú-CE, 2016..... 43
Figura 4 – Rede de Atenção à Saúde, Maracanaú-CE, 2016..... 44
Figura 5 – Distribuição Espacial das Unidades Básicas de Saúde da Família, Maracanaú-CE, 2016..... 45

Quadro 1 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes, Maracanaú-CE, 2016..... 41
Quadro 2 – Estrutura etária da população – Maracanaú-CE, 2016..... 41
Quadro 3 – Longevidade, mortalidade e fecundidade – Maracanaú-CE, 2016..... 42
Quadro 4 – Sete princípios do planejamento governamental no SUS..... 47
Quadro 5 – Distribuição dos fatores dificultadores do planejamento local. Maracanaú-CE, 2016..... 71
Quadro 6 – Distribuição dos fatores facilitadores do planejamento local. Maracanaú-CE, 2016..... 74
Quadro 7 – Distribuição dos dados referentes às características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Maracanaú-CE, 2016 94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVISA	Área de Vigilância em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CRES	Célula Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
HMJEH	Hospital Municipal João Elísio de Holanda
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Médio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
QUALIFICAAPSUS	Qualificação da Atenção Primária à Saúde
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**.....	14
1.1	IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA: ELABORAÇÃO DO SUJEITO... E OBJETO DE ESTUDO.....	14
2	**OBJETIVOS**.....	22
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
3	**REFERENCIAL TEÓRICO**.....	23
3.1	PLANEJAMENTO LOCAL NA ORGANIZAÇÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: HISTÓRICO, CONCEITUAÇÃO, LIMITES E POSSIBILIDADES.....	23
3.2	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	29
4	**CAMINHO METODOLÓGICO**.....	37
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	46
4.4	MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	46
4.4.1	PROCEDIMENTO DOS GRUPOS FOCAIS.....	48
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	49
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	51
4.7	REFERENCIAL CLÁSSICO	51
5	**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**.....	53
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	53
5.2	CONCEPÇÕES E APLICABILIDADE DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS ATRIBUÍDOS AO PLANEJAMENTO LOCAL DAS AÇÕES.....	54
5.3	PRÁTICADO PLANEJAMENTO LOCAL E AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS NO COTIDIANO.....	59
5.4	DIFICULDADES E FACILIDADES DO PLANEJAMENTO LOCAL NA APS.....	67
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	75

6.1 RECOMENDAÇÕES PARA EFETIVAÇÃO DO PLANEJAMENTO LOCAL NA APS..... 76
7 REFERÊNCIAS..... 78
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 86
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ESF E NASF..... 88
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – GESTORES..... 89
APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA..... 91
APÊNDICE E – DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS REFERENTES ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA. MARACANAÚ-CE, 2016..... 92
ANEXO A – POSTULADO DA COERÊNCIA..... 95
ANEXO B – TRIÂNGULO DE GOVERNO..... 95
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 96

1 INTRODUÇÃO

1.1 IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA: ELABORAÇÃO DO SUJEITO E OBJETO DE ESTUDO

O estudo ora relatado resulta de mobilizações e experiências vivenciadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), tendo sido concretizado por meio da aprovação no processo seletivo ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família na Universidade Estadual do Ceará, em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), em que a elaboração do conhecimento e sujeito implicado na ressignificação das práticas profissionais. Surgia a possibilidade de situarmos em prática o planejamento em saúde como objeto de estudo, na combinação de teorias e práticas no território vivenciado, buscando deixar contribuições efetivas para o serviço.

Nossa inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente nos campos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Gestão em Saúde, fomenta os processos de Educação Permanente em Saúde experenciados por nós para a qualificação do processo de trabalho, possibilitando o desenvolvimento de pensamento crítico-reflexivo e o protagonismo na implementação de meios que contribuíssem para organização e integração nos serviços de saúde. Ante as temáticas trabalhadas nestes cursos, o tema Planejamento em Saúde instigou-nos a reflexões pertinentes acerca da elaboração de sujeitos implicados e ativos nos seus territórios de atuação, na identificação da problemática e agentes sociais envolvidos nas ações. Percebíamos que os profissionais de saúde no seu cotidiano prático não incorporam esta prática.

Durante todo o percurso profissional nas áreas de atenção e gestão, nos identificamos com a área do planejamento em saúde. Instigava-nos saber como essa prática se realizava nos territórios adscritos, bem como o conhecimento e envolvimento dos profissionais. Após estudos realizados na área do planejamento, percebemos que constitui desafio no campo da saúde coletiva, sendo necessários o aprofundamento e a maior compreensão, a fim de que possam fornecer subsídios para discussão e aplicabilidade nos campos práticos, trazendo à tona a ressignificação das ações de planejamento na Atenção Primária em Saúde.

Na qualidade de integrante da equipe da gestão na Coordenadoria de Atenção à Saúde no Município em estudo, percebemos no cotidiano do trabalho

dificuldades expressas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família, em relação à garantia de espaços de reflexão e diálogos, refletidas por meio de um processo de trabalho que não conta com um plano de ação efetivo, em que as ações são realizadas contingencialmente e na maioria das vezes não dialógica que preceda à ação. A gestão do Município não privilegia essa proposta, sendo um procedimento ainda incipiente e não incorporado ao cotidiano das equipes.

Campos (2000), ao analisar a arte da produção sobre planejamento em saúde no Brasil, na última década, observou que a discussão ocorre em torno dos papéis e práticas do planejamento. Estas serviriam como meio de ação comunicativa, como subsídio da gestão democrática, exprimindo que o cerne de tais questões é o "dilema meios-fins e controle-subjetivação", dando ênfase à complexidade de tal tarefa.

Nesta perspectiva, definimos que o objeto de estudo é análise do planejamento no âmbito da Atenção Primária em Saúde, por meio de algumas questões norteadoras que embasaram o estudo. Há compreensão por parte dos profissionais e gestores dos processos de planejamento em saúde? Como essa pratica é incorporada no cotidiano? Quais as facilidades e dificuldades para a execução do planejamento nas unidades básicas de saúde?

Como desdobramento do nosso estudo, está o interesse em promover a transformação das práticas em saúde, com a proposta de contribuirmos efetivamente com o território, por meio da coleta de informações relevantes para percepção da necessidade de se incorporar o Planejamento Estratégico na Saúde da Família, por meio da planificação da Atenção Primária em Saúde. Somando-se a isto, existe a vontade dos gestores e profissionais de que essa prática se desenvolva no cotidiano.

No decorrer da nossa pesquisa, a proposta do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde Qualifica APSUS - Ceará, por iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), lançado em janeiro de 2016, dialoga com os direcionamentos do nosso estudo, em diálogos dos participantes, no reconhecimento do planejamento local e na necessidade de propor estratégias de efetivação e qualificação para o Município, na perspectiva da ressignificação das práticas no serviço. Tem o objetivo de subsidiar a reorganização do modelo de atenção com suporte na reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, consequentemente, da implantação e implementação das redes de atenção. Esse

processo envolve oficinas estaduais para formação de facilitadores do projeto dentre secretários e coordenadores municipais de atenção primária, compreendendo os micro e macroprocessos na unidade de saúde (CEARÁ, 2016).

Os microprocessos básicos da APS são os que garantem condições para prestação de serviços de qualidade, como recepção, acolhimento e preparo, vacinação, curativo, farmácia, coleta de exames, procedimentos terapêuticos, higienização e esterilização e gerenciamento de resíduos. Os macroprocessos, os que concedem suporte ao atendimento de várias demandas da população. São eles: territorialização, cadastramento familiar, classificação de risco, diagnóstico local, estratificação de risco das condições crônicas, programação e monitoramento por estratos de risco, agenda e contratualização (BRASIL, 2015).

O Município em estudo, por meio dos gestores, prefeito e secretário de saúde, aderiu a esta reorganização da APS, em que foram beneficiadas duas Unidades Básicas de Saúde da Família para execução como piloto na planificação da APS. Dentre estas, destacamos a UBASF Elias Boutala Salomão, que representou a unidade de saúde da nossa pesquisa. Implicadas nesse processo e por meio dos achados do nosso estudo,fomos impulsionadas a formalizarmos nossa participação como tutora na condução da reestruturação da APS. Ressaltamos, ainda, que esse processo mostrará continuidade posterior ao estudo da nossa pesquisa.

Considerando a relevância do estudo da temática do planejamento nos serviços de saúde, sendo este largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto no âmbito privado, entende-se como um processo de racionalização das ações humanas, que consiste em definir proposições e constituir sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento das necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

Matus (1987) define como pensar antes de atuar, pensar com método e de maneira sistemática, explicar possibilidades e analisar suas vantagens e desvantagens, propor objetivos, projetar-se para o futuro. Merhy (1994a) entende o planejamento como “o modo de agir sobre algo de modo eficaz”.

Segundo esse mesmo autor, o planejamento tem-se tornado um tema na vida do homem contemporâneo, pelo menos em três situações básicas: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, tendo em vista que nessas ocorrem os processos de trabalho; como prática social transformadora,

tendo em vista a determinação de novas relações sociais alternativas à lógica reguladora do mercado e como método de ação governamental, tendo em vista a produção de políticas (MERHY, 1994b, p.119).

Com efeito, o planejamento entendido como meio para gestão atua significativamente nos processos de trabalho, possibilitando sujeitos implicados e proativos nos territórios vivos, como instrumento inerente ao serviço de saúde. Somos remetidos à reflexão acerca das práticas em saúde e os modos como são produzidos o cuidado *in loco,* de modo que haja participação ativa dos sujeitos envolvidos, considerando as peculiaridades. Os agentes sociais, entendidos como parte do sistema planejado, contribuem para o alcance de intervenções efetivas nos campos práticos.

Efetivamente, consideremos os recursos disponíveis, sejam políticos, econômicos ou cognitivos, para que se possa tornar concreto esse processo, haja vista o planejamento como instrumento que nos possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Ceccim e Feuerwerker (2004), trazem a problemática sobre o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a importância do planejamento, sua participação nele e a elaboração coletiva da realidade (território, população e processo de trabalho). Retomam também a ideia de que a formação dos profissionais de saúde se mostra alheia à organização da gestão setorial e o debate critico sobre os sistemas que estruturam o cuidado em saúde.

Corroboramos este pensamento, onde podemos inferir como pressuposto teórico a realidade dos campos de trabalho, em que os profissionais de saúde não estão implicados como ativadores do planejamento local das ações, trabalhando de maneira segmentada e sem a percepção da importância de um processo educativo entre profissionais e comunidades, que visa a realizar finalidades mediante interações de sujeitos diferentes, mas que possuem objetivos comuns. Em associação a isto, a gestão muitas vezes não incorpora a prática cotidiana da inserção do planejamento na perspectiva do envolvimento sistemático dos gestores, trabalhadores e usuários.

Outro pressuposto importante é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, com suporte na análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção

e/ou na gestão, possibilitando a constituição de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Há também evidências que mostram dificuldades no trabalho em equipe no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), tanto na interação dos profissionais com os usuários, quanto na integração das ações (SCHTWARTZ *et al.*, 2010); no estabelecimento de ações que incidam sobre os principais problemas de saúde da população adscrita (SHIMIZU; ROSALES, 2009); na utilização de informações para o planejamento, oriundas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas de informação (SILVA; LAPREGA, 2005); no estabelecimento de vínculos com a população (SCHIMITH; LIMA, 2004); e na articulação de intervenções intersetoriais, que em geral são incipientes (SILVA; RODRIGUES, 2010). Ocorre, por conseguinte, a persistência de um modo de organizar serviços e processos de trabalho que se distancia do ideário da ESF, embora mudanças concretas tenham sido sinalizadas no decorrer de sua implementação no País.

Para que pudéssemos nortear o estudo, realizamos o levantamento nas bases de pesquisas consolidadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) disponível no link http://regional.bvsalud.org/php/index.php, em relação à temática vigente, utilizando descritores específicos, como Planejamento em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Sistema Único de Saúde, para qualificação da busca, e com a identificação do total de artigos encontrados.

Estudos recentes sobre a prática de saúde nas instituições brasileiras revelam exatamente que a incorporação do planejamento dito “não estruturado” é o mais encontrado no cotidiano dessas instituições. Coelho (2001), Lotufo (2003), Vilasbôas (2004), Rocha (2008) e Cerqueira (2008) são exemplos de algumas teses dos últimos anos que indicam essa questão. Observa-se um predomínio de certo “improviso” em detrimento dos processos de planejamento mais “estruturados”, ainda que se instituam movimentos que busquem superar essa perspectiva (JESUS, 2012).

Porém, consoante Vilasbôas e Paim (2008), não foram encontrados estudos que revelem possíveis contribuições do planejamento ao modo de conduzir as ações de saúde no âmbito municipal, para alcançar os objetivos previstos nas políticas pactuadas em outras instâncias governamentais do SUS. Dada a

necessidade institucional de organizar um conjunto variado de ações de saúde com vistas ao cumprimento dos princípios constitucionais, pode-se admitir, inicialmente, que, em experiências municipais bem-sucedidas quanto à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, haveria o exercício de práticas de planejamento para implementar políticas de saúde.

A criação do SUS, no início dos anos de 1990 no Brasil, com a descentralização político-administrativa e a universalização do acesso aos serviços de saúde, os gestores municipais e gerentes de unidades de saúde assumiram um papel fundamental no planejamento e na execução dos serviços. Estes devem cumprir e fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a resolubilidade das ações, incluindo o uso da epidemiologia no planejamento e programação, a integralidade, igualdade e preservação da autonomia das pessoas na assistência à saúde, bem como a garantia de informações e da participação da comunidade na efetivação do SUS (BRASIL, 2006).

Envolvendo a ideia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de maneira descentralizada, proporcionando a todos os agentes maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções, os gestores do setor saúde empenham-se continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços contribuem, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 20 anos de sua criação. É importante reconhecer, contudo, o fato de que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem outro posicionamento em relação ao planejamento, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, colaborando plena e efetivamente para a consolidação deste Sistema (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, o Programa Saúde da Família (PSF), apesar da sua normatividade, configura-se como espaço percebido de aproximação e interação simbólica, pois permite a horizontalização das relações entre trabalhadores e usuários, formalizando vínculos, que, segundo Cecílio (1997b),trabalha a construção e as agendas de saúde mais próximas do ideário coletivo local.

Considerando os avanços e reorientação sanitária, a consolidação da ESF se mostra como feito prioritário para reorganização da atenção básica no Brasil, por meio de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o

objetivo de desenvolver uma atenção integral que influencie na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, como trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando o dinamismo no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

Neste sentido, trazemos a necessidade de refletir esse processo democrático, de ampliar a dialogismo entre os sujeitos e a gestão por meio do planejamento, representando consideráveis avanços na reorientação das práticas no processo de trabalho bem como a necessidade de ampliar discussões em relação ao papel do gestor em efetivamente apoiar e garantir esse espaço com suporte nas necessidades identificadas.

O potencial de mudança da Saúde da Família reside tanto nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho dos profissionais quanto na reorganização de serviços e práticas que ele pode ensejar. Ao delimitar o território como locus de atuação da equipe de Saúde da Família, pautada no trabalho em equipe e no vínculo de corresponsabilidade com a população, pode organizar os serviços de saúde com priorização dos problemas identificados, contribuindo para a organização da demanda aos demais pontos da rede de atenção. Assim, além do fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, destacam-se as responsabilizações partilhadas e a promoção da autonomia (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Assim, com amparo na necessidade de uma visão ampliada, tendo a atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde, considerando os espaços e relações que se constituídos nos processos coletivos de produção de saúde, o planejamento surge como ferramenta potente para guiar as ações da equipe de Saúde da Família, transpondo o espaço local de saúde.

Portanto, sentimos a necessidade e o interesse de reconhecer e estimular nos gestores os processos de planejamento pelas equipes na atenção primária em saúde, na identificação de sujeitos ativos no ato de planejar, produzindo ações mais qualificadas no trabalho das equipes, por meio da ampliação do diálogo entre os trabalhadores, os trabalhadores e a população, e os trabalhadores e a gestão, promovendo, assim, autonomia e protagonismo das equipes de Saúde da Família e ampliando a corresponsabilização dos envolvidos na produção da saúde.

A realização do estudo possui fundamental relevância com vistas a possibilitar a participação efetiva dos profissionais de saúde e gestores no planejamento das ações de saúde, em pensar problematicamente o processo de trabalho, permitindo uma participação crítica, construtiva e de compromisso com a saúde da população, na melhoria da qualidade das ações desenvolvidas e efetividade do trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar saberes e práticas de planejamento, na perspectiva dos profissionais e gestores de saúde da Atenção Primária num município da Região Metropolitana de Fortaleza.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os saberes e práticas dos profissionais na Estratégia Saúde da Família e gestores no planejamento em saúde; e
- discutir as fragilidades e potencialidades para o desenvolvimento do planejamento das ações nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PLANEJAMENTO LOCAL NA ORGANIZAÇÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: HISTÓRICO, CONCEITUAÇÃO, LIMITES E POSSIBILIDADES

Historicamente, o planejamento está vinculado ao socialismo, em 1917, na União Soviética, em seu começo orientado pela Rússia. Ao se buscar outra maneira de alocação de recursos e de produzir/distribuir bens e serviços com fins igualitários, experimentaram-se mecanismos substitutivos do mercado pelo Estado, mediante o planejamento. Assim então, se elaboraram, na época, os primeiros planos qüinqüenais, em que o setor saúde foi privilegiado, particularmente na previsão de leitos hospitalares. Após a unificação, da União Soviética, cada república – em número de quinze – tinha seu ministro da saúde e cada qual desenvolvia planos locais e eles andavam em consonância com o plano nacional geral (SAN MARTIN, 1968).

Apesar do acontecimento histórico da Revolução Bolchevique, que permitiu o planejamento ser utilizado como veículo de organização social, também possibilitou que ele mesmo fosse confundido com “falta de liberdade” e “burocratização”. Desse modo, no início do século XX, o planejamento era visto pelos capitalistas como algo demoníaco que deveria ser contido. Estes só passaram a entender o seu valor, na crise da Bolsa de Nova Iorque, em 1929, quando se percebeu que a economia necessitava de certa intervenção do Estado para manutenção da ordem social. Daí, começam-se a esboçar as primeiras ideias relativas à “planificação democrática” (MANNHEIM, 1972).

No Brasil, define-se na Constituição, após a reforma sanitária, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080/90, que regula as ações e serviços de saúde no Território Nacional, estabelece, no seu artigo 3º, que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Com efeito, com a implantação do Sistema Único de Saúde, que pretende fazer realidade o direito à saúde, por meio da descentralização, do

atendimento integral e da participação social, estes condicionantes foram considerados requisitos indispensáveis à elaboração de planos municipais e relatórios da gestão para facilitar o controle social (BRASIL, 1990).

Na América Latina, o planejamento em saúde esteve originalmente associado ao enfoque econômico. Assim, as constatações de que as necessidades eram crescentes e que os recursos não as acompanhavam no tempo e no espaço (princípio da escassez) levavam à busca de um método que reduzisse tal distância – entre necessidades e recursos – de um modo mais racional (princípio da racionalidade). No Brasil, nos anos de 1960, o Método CENDES-OPAS teve o mérito de iniciar a discussão do setor saúde com a preocupação do uso eficiente dos recursos públicos, mediante cuidadosa análise de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Surgiram as primeiras críticas ao método CENDES-OPAS baseadas nos seguintes argumentos: (a) sua desvinculação em relação à produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e (b) caráter prescritivo e normatizador. As opções de planejamento para o setor saúde foram apresentadas, como o “pensamento estratégico em saúde” e o “Planejamento Estratégico Situacional (PES) (TESTA, 1987).

Já em terras capitalistas e aplicadas ao setor saúde, a Inglaterra iniciou o uso do planejamento por via do Plano Beveridge, em 1943, para criação do seu Sistema Nacional de Saúde. Ao fim da Segunda Guerra, mais uma vez o planejamento governamental se expressou desta vez com os resistentes Estados Unidos, elaborando o Plano *Marshall* para reconstrução europeia. Tempos depois, os ventos planificadores chegaram aos países capitalistas periféricos e deu-se a criação da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) vinculada às Nações Unidas. Nessa mesma época, no Brasil, desenvolveu-se o primeiro plano nacional que privilegiava quatro setores: saúde, alimentação, transporte e energia – o Plano Salte (PAIM, 2007).

Nesse sentido, consoante analisado por Giovanella (1991), esse método aplicou os fundamentos do planejamento da CEPAL no setor saúde, para otimizar ganhos econômicos e diminuir custos, sendo a escolha de prioridades feita com suporte na relação custo/benefício. O objetivo era orientar investimentos em

programas com menores custos para mortes evitadas em um modelo de planejamento de caráter normativo.

Contemporaneamente, informa Jairnilson Silva Paim (2007), entendido como instrumento da gestão, o planejamento e as teorias que o suportam, evoluíram baseando-se intensivamente no componente de elaboração social que detêm e as bases epistemológicas atuais sobre o tema em que se apóiam.

O estudo da temática no campo da saúde se justifica tanto por esta retomada do planejamento, nos últimos anos, como pela crescente complexidade dos objetos de reflexão e de intervenção neste campo. Na contextura, o Ministério da Saúde empreende refletidos esforços para recuperar e recolocar a prática do planejamento como elemento importante na gestão do Sistema Único de Saúde, criando o Sistema de Planejamento do SUS, denominado de PlanejaSUS (RIZZOTO, 2010).

O planejamento estratégico é entendido como concepção geral que implica em dar à dimensão política o centro da elaboração de modelos. As relações entre atores políticos e instituições, tratadas como arenas, são analisadas e as orientações e estratégias são definidas com base em conjunturas e equilíbrios de poder. Muitos autores e instituições de saúde no Brasil utilizaram, desde os anos de 1980, modelos diretamente definidos por Carlos Matus e por Mario Testa ou fizeram adaptações ou desenvolvimentos com suporte em ideias. Especificamente com relação às concepções de planejamento situacional, Giovanella (1991) define o planejamento estratégico situacional como a evolução do pensamento crítico dos anos 1960 em relação ao planejamento econômico (BRASIL, 2015).

Para Chiavenato (1992), planejamento é “o modelo teórico para a ação futura. Visa dar condições racionais para que se organize e dirija o sistema a partir de certas hipóteses acerca da realidade atual e futura”. É um processo em que, se interpretando os fatos, se determina com segurança uma linha de ação futura com a indicação de objetivos a serem alcançados, inclusive, a previsão das diversas etapas de execução. Matus (1993) nos remete à visão social do processo:

> [...] planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem e devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro, trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, esta se referindo a um processo social, no qual realiza um ato de reflexão, que deve ser coletivo, ou seja, planeja quem deve atuar como indutor do projeto.

É possível garantir que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. Pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana; ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de determinada circunstância (VILASBÔAS, 2004).

No âmbito de sua reflexão sobre o poder e as estratégias de ação em saúde, Testa (1992), sistematizou o chamado “Postulado de Coerência” (FIGURA 1 - ANEXO A), diagrama representativo das relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em um determinado “projeto” que explicita os propósitos de um dado Governo, os métodos utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais.

Testa (1995), propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, considerando o setor saúde inseparável da totalidade social, o que significa considerar tanto a situação de saúde de uma população quanto a organização setorial como fenômenos socialmente determinados. Seu interesse pelo comportamento dos atores sociais e a ênfase que ele concede à análise das relações de poder e à compreensão das práticas de saúde resultam em um novo modo de pensar que enfatiza a formação de sujeitos sociais para o desenvolvimento de ações políticas em saúde.

Outra proposta conceitual e metodológica, a de Matus (1993), toma como ponto de partida a ideia de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Problema é definido por esse autor como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social. Esses padrões são definidos com a procedência no conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. Por sua vez, ator social é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação.

A concepção situacional do planejamento, segundo Matus (1993), reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adotar-se uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando ao estabelecimento de consensos acerca dos problemas a

enfrentar, dos objetivos a alcançar e das opções de ação a desenvolver para alcançá-los.

Para ele, governar é algo muito complexo, que não se pode reduzir inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar, requer cada vez mais certo domínio teórico sobre os sistemas sociais. Para o autor, governar solicita articular constantemente três variáveis: - projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema, - cuja articulação compõe o triângulo de governo (FIGURA 2- ANEXO B) (MATUS, 1997).

O projeto de governo se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo estes produtos não apenas das circunstâncias e interesses daquele que governa, como também da sua capacidade de governo. A capacidade de governo diz respeito à habilidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. A governabilidade do sistema, se refere às variáveis controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema (MATUS, 1997).

Matus (1993) ensina que uma das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo é o domínio de técnicas potentes de planificação,e que a capacidade de governo é expressa na capacidade da direção, gerência e administração e controle. Nessa perspectiva, o autor desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica intitulada “Planejamento Estratégico Situacional” (PES), aplicável em casos em que existam governos democráticos e que por isso os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado.

É notório o fato de que, ao longo do período em que se estuda e utiliza o planejamento como instrumento para a gestão, houve importantes inflexões teóricas e metodológicas em sua abordagem. Se, por muito tempo, o enfoque normativo foi preponderante no ensino e na prática de planificação, atualmente, em razão da complexidade do mundo real e da incerteza quanto ao futuro, o que se propõe em termos de planejamento não é propriamente conhecer e definir previamente o enfoque ou método(s) a ser adotado, mas o tipo de problema e/ou situação no qual pretende intervir para transformar (RIZZOTO, 2010).

Neste sentido, os autores trazem a reflexão do planejamento designado como um processo social, um método, uma técnica, meio ou tecnologia da gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho da gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores (GIORDANI, 1979; MATUS, 1993; PAIM, 2003; CAMPOS, 2003).

Assim, para que as ações de planejamento contribuam para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, os entes federados devem comprometer-se a realizar o monitoramento e a avaliação, analisando os resultados e as estratégias empregadas. O monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos em cada esfera da gestão. No âmbito do planejamento no SUS, o monitoramento e a avaliação devem ocorrer de forma individual e conjunta entre os entes federados, tendo como referência as respectivas regiões de saúde (BRASIL, 2015).

Na conclusão de Paim (2003), uma das limitações do planejamento em saúde no Brasil é o fato de percebê-lo como vertical, ritualístico, um faz-de-contas, uma espécie de “pra-não-dizer-que-não-falei-de-flores” – lembrando a composição de Geraldo Vandré –, sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população. As possibilidades de sua superação inscrevem-se nos movimentos das forças sociais que lutam por um SUS democrático, orgânico ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Em contrapartida, a orientação do planejamento baseada nas necessidades de saúde, visando a ampliar a efetividade das políticas públicas com a compreensão das realidades locais, por meio de um amplo conjunto de indicadores (socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, sanitários, de infraestrutura urbana, de educação, culturais, ocupacionais, entre outros), permite compreender as necessidades de saúde e, portanto deverá ser tomada como ponto de partida para a decisão por parte dos gestores. A definição de quais serão as intervenções prioritárias que irão orientar a implementação ou o aperfeiçoamento do conjunto de ações e serviços de saúde no território, fundamenta-se na influência do bem-estar dos cidadãos (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A aproximação do planejamento do conceito de processo de trabalho permite abordá-lo como organizador de saberes e práticas, que sistematiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais. Convém ressaltar, a necessária compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano

de Saúde e respectivas programações anuais e Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, em cada esfera de gestão, que servem de base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados (BRASIL, 2015).

3.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O planejamento estratégico pode ser definido como o processo de identificação, seleção, implementação e avaliação de linhas de ação básicas para a organização. Com base no diagnóstico, definem-se opções, como implementá-las e avaliá-las na organização (SANTOS, 2002). LANZONI *et al.* (2009), acrescentam que este tipo de planejamento, tendo como base o diagnóstico prévio, busca antecipar os problemas futuros, aperfeiçoar o serviço, tomando seus pontos positivos, e adaptar às mudanças necessárias para o crescimento organizacional.

O enfoque estratégico-situacional foi proposto originalmente pelo chileno Carlos Matus (MATUS; RIVERA; JAVIER, 1989) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, privilegiando simultaneamente, a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Tem como base a teoria da produção social, segundo a qual a realidade é indivisível, e entende que tudo que existe em sociedade é produzido pelo ser humano.

Segundo Matus (1993), a planificação situacional, como formulação teórica, parte de uma indicação que compreende um espaço de relações de produção social somente compreensível, se quem indica está dentro do espaço indicado; a indicação do ator não motivada pelo mero propósito de conhecer, mas também de atuar e alterar a realidade compreendida no espaço indicado.

O autor reconhece social e historicamente esta reorganização das práticas em saúde, sendo assim, norteadora das ações executadas nos serviços de saúde, tomando-se a realidade com origem no conjunto de problemas identificados e no desenvolvimento de estratégias de intervenção por meio dos atores sociais.

Isto Matus (1993) contextualiza crítica e reflexivamente, ao desenvolver a proposta do Planejamento Estratégico Situacional. Tanto que afirma ser um

planejamento social, em que os atores em situação de governo possuem capacidade própria na condução das mudanças. É uma capacidade de descobrir passos para transformação na realidade.

Dentre os vários conjuntos de vertentes do planejamento estratégico, destaca-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), no estabelecimento de um plano para criar foco e direcionamento. Como anota o autor:

> Um instrumento teórico com metodologia prática, que busca tratar dos problemas de transformação social e deve ser aplicada de forma sistemática e com rigor no acompanhamento das ações pré-definidas, além de considerar os agentes que atuam por vezes em cooperação ou em conflitos (MATUS, 1996, p. 22).

O PES, como análise situacional de problemas, norteia aspectos importantes para o estabelecimento de nexos ou transversalidades, sendo importante veículo para envolver as diversas redes, de modo a superar a visão arcaica de programas verticais e promover um sistema em rede, que articule a promoção da saúde (RIVERA; ARTMANN, 2009).

Na concepção de Mendes (2011), na prática, os sistemas de saúde se operacionalizam de duas maneiras: fragmentado ou em redes. No concernente à configuração do planejamento, no sistema fragmentado, este acontece de modo verticalizado, sem participação dos atores envolvidos na prestação do cuidado. O planejamento é definido pelos gestores, não considerando as necessidades reais de saúde do usuário. A operacionalização em redes se faz em um modelo integrado, onde os serviços de saúde formam uma espécie de rede do tipo poliárquica – sem hierarquia entre os serviços operando horizontalmente, em que todos os pontos de atenção igualmente são importantes. O planejamento é desenvolvido de forma compartilhada e centrado nas necessidades da população adstrita.

Assim, a operacionalização do planejamento em saúde na perspectiva de redes precisa efetivar-se às práticas profissionais, no redirecionamento das ações e serviços de saúde, considerando as especificidades do território envolvido. Para este fim, é fundamental que gestores e profissionais estejam implicados diretamente e instrumentalizados no cotidiano dos seus processos de trabalho.

Quem planeja é um ator social, que, segundo Matus (1997), é um sujeito ou organização que controla recursos, e isto lhe dá capacidade de intervir sobre a realidade, de acordo com seus interesses e necessidades, produzindo os próprios

projetos na situação analisada. O ator social que planeja é também parte do sistema planejado, ocupa um lugar determinado no processo e no sistema, de tal modo que suas percepções e saberes são fortemente influenciados por sua inserção e por sua história. A esta singularidade das pessoas nomeamos subjetividade.

Um ponto fundamental é a necessidade de que seja definido e identificado o problema por um ator disposto e capaz de enfrentá-lo. Em relação aos problemas a enfrentar no território, Rivera e Artman (2012), destacam os classificados em finais ou intermediários e em atuais ou potenciais.

Consoante os autores, os problemas finais se referem à missão institucional, ou seja, àqueles vividos pelos usuários, pela população que justifica a existência da organização; os intermediários ou problemas-meio não se relacionam diretamente ao produto final, mas o enfrentamento é necessário para viabilizar a missão das organizações e dele depende também a qualidade dos produtos finais; os problemas atuais são os que se manifestam hoje; os potenciais referem-se aos processos que levariam à expressão de problemas no futuro e para os quais é necessária uma atuação preventiva.

Neste sentido, de acordo com Junges, Barbiani e Zoboli (2015), a atenção básica lida tanto com os problemas-fim quanto com os problemas-meio. Para responder aos problemas-fim, é necessário conhecer as condições de saúde por meio da coleta de dados e da produção de informações, investigadas e desenvolvidas pela vigilância em colaboração com a atenção básica. Os problemas-meio precisam ser equacionados pela equipe local nas instâncias da gestão governamental e de controle social, com vistas à formação e pactuação das condições para o cuidado da população.

Essa constatação retoma princípios e diretrizes da atenção básica, desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, como trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando o dinamismo no território onde vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve será colhida (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde entende Estratégia Saúde da Família como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde. Dentre as suas atribuições, as equipes de saúde da família devem planejar ações, conceber a saúde como responsabilidade compartilhada e pautar suas ações entendendo a família como espaço social (BRASIL, 2012).

A atenção básica à saúde busca a complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas, preventivas e de promoção em saúde, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados em uma dada população adscrita (BRASIL, 2012). Tem o planejamento estratégico como um instrumento da gestão de caráter ético-político e comunicativo, não se restringindo a dimensão técnica para a elaboração do seu modelo de organização das ações de saúde. O enfoque estratégico ressalta o caráter iterativo da planificação, o que supõe conflitos de interesses e necessidade de negociação sobre os planos de ação e as consequências esperadas (CIAMPONE; PEDUZZI, 2001).

As versões atuais de organização da atenção básica à saúde/ SUS evidenciadas com a implantação do programa/estratégia (SF) concentram um misto de avanço e retrocesso. Além da clássica influência do autoritarismo e controle das epidemias remanescentes do sanitarismo dos anos de 1930, os discursos de que é preciso planejar os serviços com suporte a partir das necessidades e do perfil epidemiológico da população, a ideia da rede básica como ‘porta de entrada’ do usuário, que pode ter seu problema resolvido ali ou ser encaminhado para outros níveis de atenção, a visão de regionalização e descentralização dos serviços, apesar de pertinentes, denotam características restritivas das produções sobre atenção básica e planejamento em saúde (MERHY, 2002).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é, também, reconhecida como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de serviços de saúde mediante a implantação de distritos sanitários (distritalização) e como oportunidade de experimentação de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (MENDES, 2011).

Conforme Teixeira (2002), cabe destacar aqui a ESF como importante processo estruturante da vigilância da saúde, por beneficiar em sua configuração

elementos que dão aporte à prática das equipes. A integração e a organização das atividades em determinado território e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que ocorrem na população. O processo de trabalho favorece o planejamento de ações em saúde mais próximas às necessidades percebidas e vivenciadas pela população, nos distintos territórios, subsidiando a sustentabilidade dos processos de intervenção.

A mesma autora reforça a ideia da ESF pode assumir, por conseguinte, posição ativa de intervenção em saúde, pois se assenta sobre a visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando concepções marcadas pelo viés “biologizante” e curativo. Sob esse aspecto, ela possui os elementos conceituais capazes de superar a “medicalização” e redirecionar a atenção à saúde da população numa dimensão ética e pautada em relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade.

Cabe à equipe de Saúde da Família identificar os problemas de saúde no território sob sua responsabilidade. Com amparo nessas informações, deve, em conjunto com a comunidade, realizar o planejamento e a programação local das ações de saúde, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas, rompendo com a abordagem assistencial – centrada na demanda individual espontânea – e passa a adotar a atenção à saúde, pautada em propostas originadas do perfil epidemiológico da população e da identificação de seus problemas de saúde (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2010).

Corroboramos essas concepções, envolvendo a relevância do planejamento e a programação das ações de saúde, realizados por toda a equipe de Saúde da Família, contribuindo efetivamente nas diversas atividades de assistência, promoção da saúde e de prevenção de doenças, desde as necessidades de saúde da população. Por conseguinte, o planejamento como instrumento da gestão deve ser orientado para provocar mudanças significativas no território, como instrumento vivo e possibilitando discussões no coletivo para constituição e reconstituição na viabilidade do plano de ação.

A proposta de encontros entre os profissionais das equipes de Saúde da Família, orientados na concepção do planejamento e da programação local, pode constituir espaços de construção da interdisciplinaridade, para partilhar conhecimento e, consequentemente, integralizar a atenção em saúde. Vale salientar

que o vínculo entre os profissionais envolvidos dificilmente ocorre quando o trabalho em saúde se processa com procedência na lógica de programas e ações definidos isoladamente e segundo a orientação da especificidade das profissões (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2010).

Remetem-nos à dimensão organizacional da gestão do cuidado, em que Cecílio (2011), se refere ao que se realiza nos serviços de saúde com apoio na divisão técnica e social do trabalho, e evidencia elementos como trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Assume a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, como agendas, protocolos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação, dentre outros.

Pensar em refletir sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família desde o planejamento, torna-se um momento para discussão coletiva assinada no envolvimento dos atores sociais inerentes, que representam parte fundamental de direcionamento das práticas, no pressuposto de que não só apenas os gestores devem planejar. O planejamento na contextura local da APS deve tomar como ponto de partida a realidade com seus determinantes e condicionantes, devendo estar inserido nas práticas profissionais, considerando o sistema de saúde em rede na ordenação do cuidado.

Junges, Barbiani e Zoboli (2015), consideram o planejamento como a base para uma integração da atenção básica com a vigilância e para uma indissociabilidade dessa atenção com a gestão, com a pactuação de ações intersetoriais necessárias para o cuidado em saúde ampliado das pessoas e da população.

Neste sentido, os autores reforçam a ideia de que o planejamento se faz um meio potente para guiar a ação da equipe transpondo o espaço circunscrito da rede de saúde local. A atenção básica deverá dar conta do processo saúde-doença no território para operacionalizar a produção de saúde, lançando mão de recursos da clínica e da vigilância, do planejamento e da gestão, permitindo plasmar as dimensões da realidade que possibilitam a decisão e a operação dos cursos de ação.

Ao colocar o desafio que representa para a Estratégia Saúde da Família, a aplicação do planejamento estratégico como gestão, em virtude da necessidade

de ampliar o âmbito de visão no plano macroestrutural e no espaço do cotidiano dos serviços, Ciampone e Peduzzi (2001) referem que essa ampliação da perspectiva permitirá encontrar brechas para a proposição de ações de promoção da saúde e de enfrentamento ativo das barreiras para o atendimento às necessidades de saúde da população, sem perder a noção de que todos os agentes envolvidos nesse processo – usuários e profissionais – conservam limites e potencialidades, sendo que, com isso, apostamos na viabilidade de um projeto social pautado em justiça, equidade e cidadania.

A consolidação da cultura do planejamento constitui enorme desafio que continuará sendo por um longo tempo, uma vez que envolve tanto posição individual e técnica, quanto mobilização, engajamento e decisão dos gestores e profissionais da área (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, incorpora o planejamento estratégico-situacional como parte da dimensão político-gerencial na reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços (TEIXEIRA, 2010).

Rivera (1989 *apud* CUBAS, 2012), estabelece um decálogo no processo de planificação que possibilita momentos de reflexão sobre a instituição desse processo no âmbito da Atenção Primária em Saúde, que compreende em:

- Planifica quem governa, quem tem a capacidade de decidir sobre a responsabilidade de conduzir.
- A planificação refere-se ao presente, não pode ser entendida como um desenho sobre o futuro.
- A planificação exige um cálculo situacional complexo e que é afetado por múltiplos recursos escassos - cognitivo, político, econômico, que cruzam muitas dimensões da realidade.
- A planificação se refere a oportunidades e problemas reais.
- A planificação é inseparável da gerência.

- A planificação situacional, por definição é essencialmente política e internaliza as questões políticas como variáveis e trata de operar com elas.
- Não é uma adivinhação do futuro.
- O plano é modular.
- A planificação não é monopólio de quem planeja.
- A planificação não domina o tempo e nem se deixa enrijecer por ele.

Corroborando os autores, entendemos que isto se faz intrínseco e imprescindível no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e do NASF, possibilitando multiplicidade de visões e protagonismo de todos os que estão diretamente implicados com as necessidades de saúde e organização do território.

De fato, as dúvidas, dilemas e desafios estão expressos neste contexto, porém se faz relevante assumirmos a identidade de sujeitos desbravadores desta incorporação na prática, como nos relata Jesus (2012),

> [...] mesmo diante das incertezas que se apresentam nos caminhos do cotidiano, como sujeitos da vida, aceitamos o desafio de enfrentá-las, buscando graus maiores de liberdade no cenário das lutas em defesa da vida individual e coletiva, transformando-nos pedagogicamente em sujeitos da práxis.

Teixeira (2003) acrescenta que é necessário *“desatar os nós para chegar ao pódio e comemorar mais uma etapa vencida, e criar laços para novos momentos da caminhada, aproximação e reflexão”.*

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este ensaio caracterizou-se como do tipo descritivo e do ponto de vista metodológico, utilizamos uma abordagem qualitativa. A abordagem utilizada buscou interagir com o objeto de estudo focalizado, com vistas a desvelar processos de trabalho com apoio na análise do planejamento nos campos da Atenção Primária em Saúde, no entendimento do contexto de saberes e práticas dos gestores e profissionais, na identificação da realidade, considerando-se as experiências vivenciadas para proposição de mudanças significativas no território.

Na pesquisa qualitativa, há a preocupação com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Ela considera o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais íntimo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis quantificáveis (MINAYO, 2001).

No que se refere às pesquisas descritivas, Gil (2002) esclarece que são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, o que corrobora os objetivos deste estudo. Cervo, Bervian e Silva (2007) referem, ainda, que nesse tipo de estudo é possível observar, registrar, analisar e correlacionar dados ou fatos colhidos da própria realidade, sem manipulá-los.

Assim, em consonância com o objetivo geral deste estudo, optamos por esse tipo de abordagem, pois propicia reflexões pertinentes aos pesquisadores sobre o seu envolvimento e implicação na pesquisa, constituindo-se como participantes ativos, tanto na elaboração do conhecimento como na pesquisa em si, e na possibilidade de análise crítica do planejamento local no *locus* escolhido.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O lugar da pesquisa compreende a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) Elias Boutala Salomão, no Município de Maracanaú-Ceará. Territorialmente localizada na Área de Vigilância à Saúde II (AVISA II), é composta por quatro Equipes de Saúde da Família (eSF),

compreendendo em torno de 40 profissionais de saúde, representados por médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, nível médio, e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista e médico veterinário, que fazem o suporte às equipes no desenvolvimento de ações no serviço, através da discussão de casos, visitas domiciliares conjuntas, interconsultas e elaboração coletiva de planos terapêuticos singulares. Denota uma estimativa de 12.732 pessoas cadastradas, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), compreendendo áreas dos bairros Jereissati I e Jereissati II.

Representa uma área economicamente ascendente, com território residencial, contendo uma população predominante de adultos e idosos. A população está distribuída em números praticamente desiguais em relação ao gênero, com predominância do sexo feminino. As morbidades mais comuns são as enfermidades crônico-degenerativas e parasitárias, as demandas sazonais agudas e características de área endêmica em algumas zoonoses (MARACANAÚ, 2014).

A escolha deste campo ampara-se no pensamento de ser uma área com características demográficas e epidemiológicas específicas, denotando índices prevalentes de doenças crônicas não transmissíveis e endêmicas, haja vista a necessidade de programação de ações previamente para promoção e prevenção. Representa uma área de fácil acesso e central com infraestrutura adequada, exibindo equipamentos sociais adscritos, como escolas, igrejas, centros de referência da assistência social, Centro de Apoio Psicossocial, dentre outros, de grande relevância na continuidade do cuidado às pessoas.

O território é campo de prática da Residência Integrada em Saúde (RIS) com ênfase em Saúde da Família, viabilizado por meio de convênio entre a Prefeitura Municipal e a Escola de Saúde Pública do Ceará, composta por uma equipe multiprofissional que desenvolve ações junto às equipes, promovendo transformações práticas que contribuirão com o nosso estudo. Sediará, posteriormente, o Projeto Consultório na Rua, em uma parceria relevante entre atenção básica e saúde mental. Portanto, nos apropriando dessas situações peculiares, desenvolvemos nosso estudo para que sirva de piloto para as demais áreas de Vigilância em Saúde do município.

O Município sob o estudo localiza-se na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), que se constitui no maior Centro Industrial do Ceará, distando 24,6

km do centro da Capital. O Anel Viário, que corta o Município, interliga todas as rodovias que chegam a Fortaleza (BR-020, BR-222, BR-116, CE-065 e CE-040). Além de Fortaleza, Maracanaú faz limites ainda com os Municípios de Caucaia, Maranguape e Pacatuba. Possui o segundo PIB *per capita* do Ceará. Conhecida como a "Terra das Indústrias", foi fundado em 4 de julho de 1983 (MARACANAÚ, 2014).

Figura 1 – Localização Geográfica, Maracanaú– CE,2016

Fonte: Relatório de Gestão (2014).

O povoamento iniciou-se com os indígenas de Jaçanaú, Mucunã e Cágado. Em 1648, chegaram os primeiros colonizadores, e desde 1870, o povoamento cresceu em torno da lagoa de Maracanaú, e, depois, das lagoas de Jaçanaú e Pajuçara. Em 1882, este povoado tornou-se Vila do Santo Antônio do Pitaguary. Já em 1906, a vila passou a constituir distrito de Maranguape. Com o crescimento territorial e populacional, o Distrito começou a buscar emancipação. Em 1983 finalmente, Maracanaú foi emancipado. O nome Maracanaú significa, em tupi, lagoa onde as maracanãs bebem. O Município recebeu esse nome devido às aves que sobrevoavam suas lagoas e chamavam a atenção de todos (MARACANAÚ, 2014).

Figura 2 – Lagoa de Maracanaú-CE, 2016

Fonte: Relatório de Gestão (2014)

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, o Município conta com uma população de 217.922 habitantes. Com população eminentemente urbana – 99,69% esse contingente total vive na zona urbana e apenas 0,31% na zona rural, distribuída em 22 bairros e nos distritos de Pajuçara e Mucunã. A população é eminentemente jovem. 56,40% da população total estão na faixa etária de 1 a 29 anos. A distribuição etária, entretanto, muda com o aumento progressivo da população idosa. As pessoas com ≥ 60 anos de idade correspondem a 7,6%. A taxa de crescimento anual estimada pelo IBGE é de 1,52%. 51,17% da população total são do sexo feminino (MARACANAÚ, 2014).

Com relação ao levantamento sociodemográfico,identificamos o fato de que o município denota um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Maracanaú de 0,686, em 2010, o que situa esse município na faixa de desenvolvimento humano médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do Município é longevidade, com índice de 0,788, seguida de educação, com índice de 0,665, e de renda, com índice de 0,617 (PNUD, 2010).

Quadro 1 – Índice de desenvolvimento humano municipal e seus componentes, Maracanaú-CE, 2016

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,230	0,447	0,665
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	23,30	35,21	58,71
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	58,30	92,90	97,55
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	21,18	63,75	87,04
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	7,72	30,30	58,04
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	4,40	14,61	40,69
IDHM Longevidade	0,649	0,760	0,788
Esperança de vida ao nascer (em anos)	63,95	70,59	72,27
IDHM Renda	0,495	0,560	0,617
Renda per capita (em R$)	173,62	261,47	372,91

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

De 2000 a 2010, a razão de dependência no Município passou de 62,54% para 44,26% e a taxa de envelhecimento de 3,61% para 4,99%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 79,79% e 2,66%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43%, em 1991, para 54,94%, em 2000, e 45,92% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente (PNUD, 2010).

Quadro 2 – Estrutura Etária da População – Maracanaú-CE, 2016

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	67.154	41,72	63.994	34,86	54.799	26,21
15 a 64 anos	89.538	55,62	112.928	61,52	143.818	68,79
65 anos ou mais	4.290	2,66	6.633	3,61	10.440	4,99
Razão de dependência	79,79	-	62,54	-	44,26	-
Índice de envelhecimento	2,66	-	3,61	-	4,99	-

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

A mortalidade infantil de crianças de menos de um ano de idade no Município passou de 31,3 por mil nascidos, em 2000, para 20,2 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 52,0. Já na UF, a taxa era de 19,3, em 2010, de 41,4, em 2000 e 63,1, em 1991. De 2000 a 2010, a taxa de mortalidade infantil no País caiu de 30,6 por mil nascidos para 16,7 por mil nascidos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015 (PNUD, 2010).

Quadro 3 – Longevidade, mortalidade e fecundidade – Maracanaú-CE, 2016

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade	**1991**	**2000**	**2010**
Esperança de vida ao nascer (em anos)	64,0	70,6	72,3
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	52,0	31,3	20,2
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	68,6	40,6	21,7
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	3,5	2,6	1,8

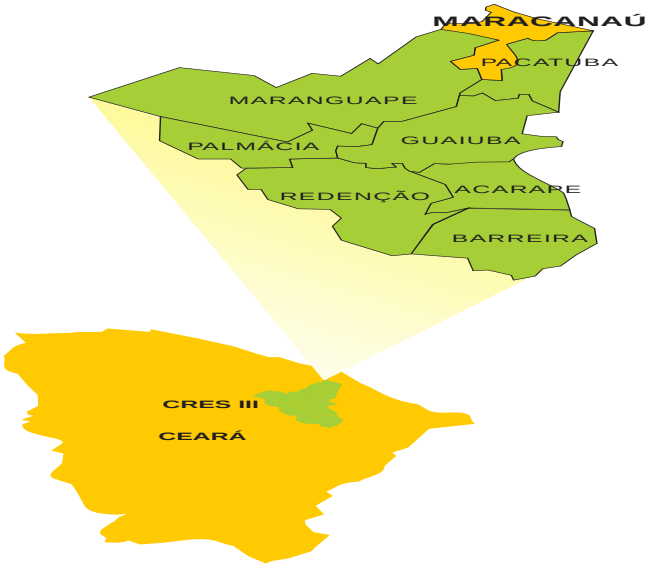
Fonte: PNUD, IPEA e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM. No Município, a esperança de vida ao nascer cresceu 1,7 ano na última década, passando de 70,6 anos, em 2000, para 72,3 anos, em 2010. Em 1991, era de 64,0 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000e de 64,7 anos em 1991 (PNUD, 2010).

No que concerne à região administrativa, de acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Maracanaú integra a Macrorregional de Fortaleza e a 3.ª Microrregional de Saúde do Estado (3ª CRES), que se constitui como um conjunto de oito municípios com intensivo sentimento de integração e interdependência, e, sobretudo, com vontade política para pactuarem na busca de soluções paraproblemas comuns, na área da saúde. Integram a 3ª CRES os municípios de Barreira, Acarape, Redenção, Guaiúba, Pacatuba, Palmácia, Maranguape e Maracanaú, dos quais se destacam Maranguape e Maracanaú como Município-Pólo Microrregional, recebendo as referências de saúde, notadamente, na área da Média Complexidade (MARACANAÚ, 2014).

Figura 3 – Mapa da Região de Saúde III, Maracanaú-CE, 2016

.

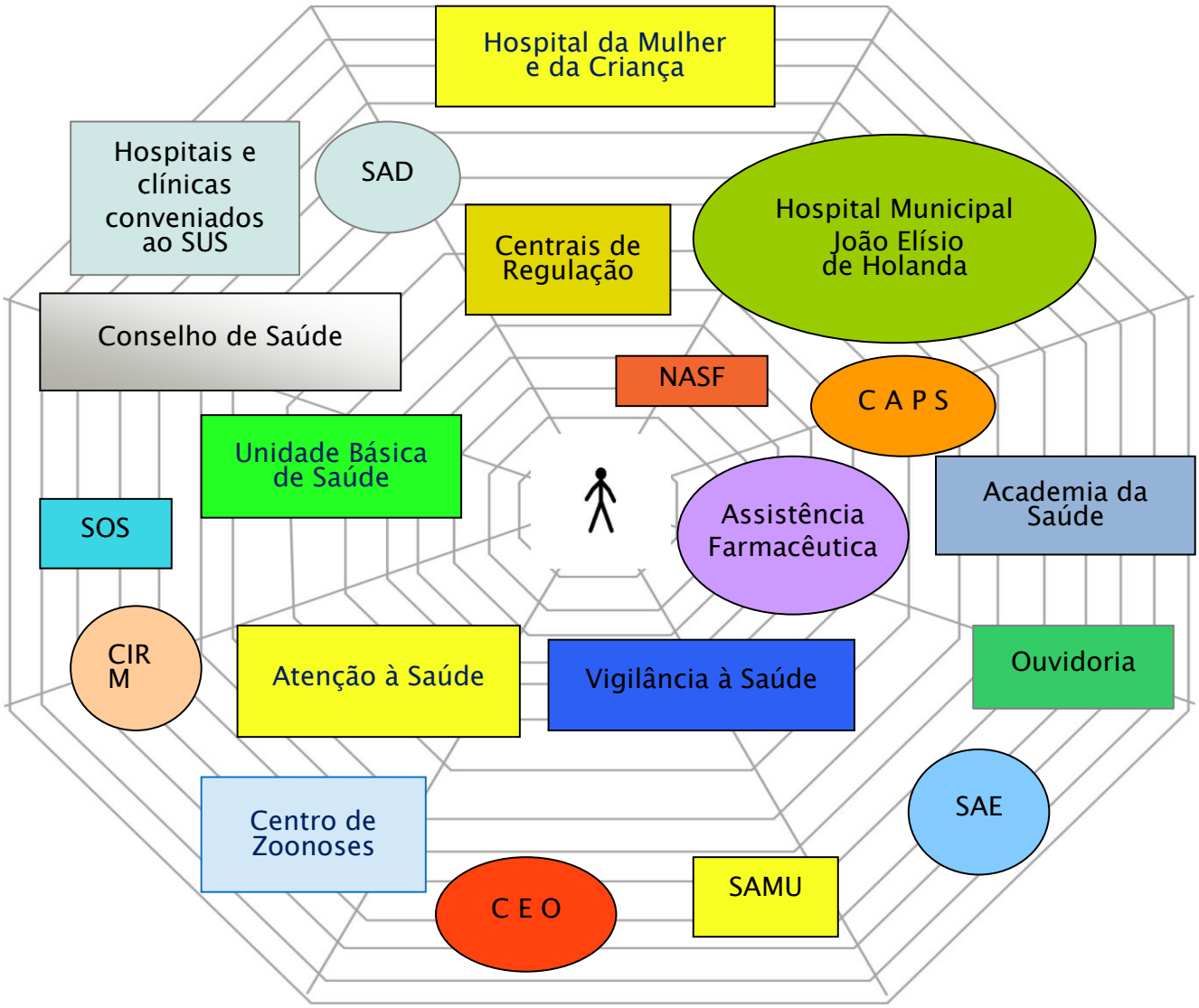


Fonte: Relatório de Gestão (2014).

Considerando as características organizacionais, territoriais e epidemiológicas que situa o Município em ascensão nas esferas da gestão, torna-se fundamental o estudo voltado para o planejamento das ações e serviços de saúde desempenhados nos territórios adscritos. Consideremos este meio da gestão possibilita a garantia de melhor organização para os processos de trabalho, promovendo mudanças significativas no cotidiano.

O Sistema de Saúde do Município tem na Atenção Básica a Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo de organização ambulatorial, implantada em 1997. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Maracanaú apresenta forte integração e articulação nos pontos de atenção primários e secundários, na continuidade do cuidado prestado às pessoas, família e comunidades (Figura 4). Consoante Mendes (2011), as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS. Nesta perspectiva, foi possível se constituir o desenho em formato de rede baseado na ideia da teia da estrutura operacional da RAS do Município.

Figura 4 – Rede de Atenção à Saúde, Maracanaú-CE, 2016



Fonte: Elaboração própria (2016).

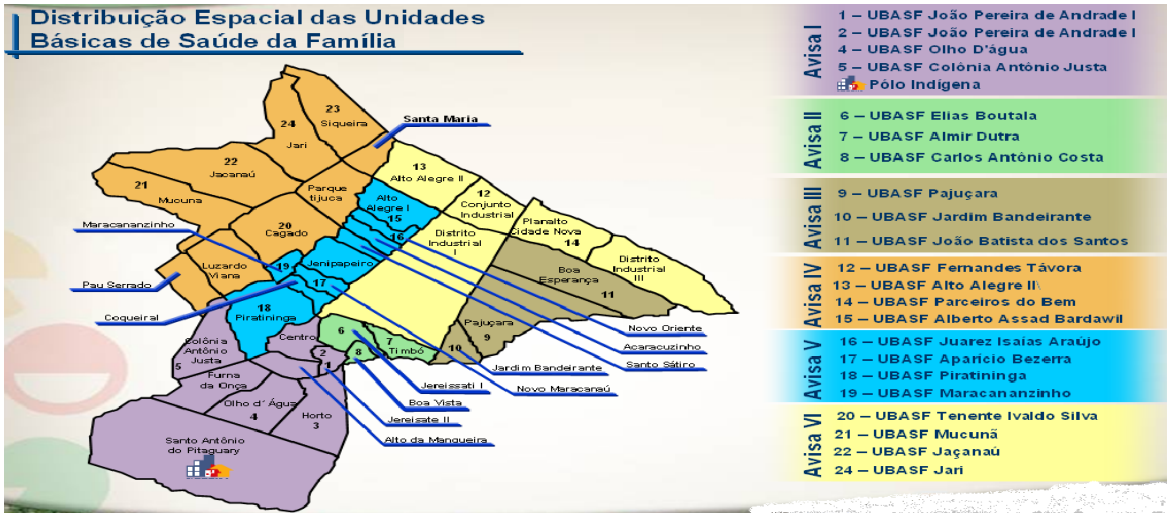
Legenda: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centro Integrado de Reabilitação de Maracanaú (CIRM); Serviço de Ocorrências de Saúde (SOS); Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Serviço de Atenção Especializada (SAE).

No Município, a Atenção Básica foi implantada em 1997 e exprime avanços significativos e investimentos tanto na área de infraestrutura como de qualificação da equipe multiprofissional, possibilitando multiplicidade de visões e estratégias para o alcance de metas e indicadores pactuados no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) desde o ano de 2011. O Município aderiu ao Programa de Melhoria da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), possibilitando

melhorias na execução das ações. Potencialmente reconhecido nas esferas da gestão governamental, por meio da estruturação e organização do processo de trabalho, torna-se relevante repensar o modelo de programação das ações na Atenção Básica na continuidade do cuidado em saúde da pessoa e comunidade.

A Atenção Primária em Saúde (APS) atualmente, como é denominada, compõem-se por 30 unidades básicas de Saúde da Família, 55 equipes da Estratégia Saúde da Família, duas Equipes multiprofissionais de saúde indígena, 39 equipes de Saúde Bucal, 302 agentes comunitários de saúde (ACS) e seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's), representando uma cobertura de 94% à população e distribuídos nas seis áreas de vigilância em saúde (AVISAS), que consistem em territórios geograficamente delimitados pela Secretaria Municipal de Saúde para facilitar e descentralizar a gestão (MARACANAÚ, 2014).

Figura 5 – Distribuição Espacial das Unidades Básicas de Saúde da Família, Maracanaú-CE, 2016



Fonte: Maracanaú (2014).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram sete profissionais de saúde que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família Elias Boutala Salomão e NASF da Área de Vigilância à Saúde II, e quatro representantes da gestão, compreendendo o gestor da saúde, coordenador do planejamento, diretora executiva da atenção básica e a gerente da AVISA. Os profissionais foram selecionados interdisciplinarmente, após um momento coletivo de apresentação dos objetivos da pesquisa na Unidade Básica de Saúde, seguindo critérios como disponibilidade de tempo; aceite em participar da pesquisa e maior tempo de exercício na unidade.

Como critérios de inclusão constam: possuir vínculo nas equipes adscritas há pelo menos 12 meses de experiência na ESF do Município, sendo período mínimo para apropriação do território e suas especificidades; pertencer a uma das categorias da Atenção Primária em Saúde e que ocupem cargo em gestão vinculado à Secretaria de Saúde do Município. Foram excluídos do estudo os profissionais de férias e/ou licença maternidade/licença Prêmio.

4.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A entrada no campo de pesquisa foi antecedida inicialmente, de uma reunião com o gestor municipal de saúde e a diretora executiva da atenção básica, para detalhamento dos objetivos da pesquisa e metodologia a ser utilizada no desenvolvimento do estudo.

Posteriormente, realizamos reunião com os profissionais da Unidade Básica de Saúde Elias Boutala Salomão e gestores para apresentação do estudo, explicando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade de suas respostas e a importância do ensaio para possível melhoria das práticas em saúde. Foi entregue o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e mostrada a necessidade da assinatura de todos os que aceitarem participar da pesquisa (APÊNDICE A).

Os dados foram coletados por meio de técnica de entrevista semiestruturada com os gestores, contendo perguntas abertas e fechadas

(APÊNDICE B), e grupo focal com os profissionais da Estratégia Saúde da Família e NASF (APÊNDICE C).

Como referencial teórico-metodológico para embasamento, apropriamo-nos da utilização dos sete princípios do planejamento governamental no SUS. Segundo Brasil (2015), elenca-se conforme descrição no quadro a seguir.

Quadro4 – Sete princípios do planejamento governamental no SUS

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

Fonte: Brasil (2015).

Essa formulação aproxima o planejamento do conceito de processo de trabalho e permite abordá-lo como organizador de saberes e práticas, que sistematiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais. É ressaltada a necessária compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas programações anuais e Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam, o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, em cada esfera da gestão, que servem de base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados (BRASIL, 2015).

Gil (2011) define entrevista como a técnica em que o investigador se mostra perante o investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma modalidade

de interação social. Mais especificamente, é um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se exprime como fonte de informação.

Como ensina Minayo (2014), a entrevista, tomada no sentido mais amplo de comunicação verbal, e no senso restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. A modalidade semiestruturada difere apenas em grau da não estruturada, porque, na verdade, nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se exprime de modo totalmente aberto ou inteiramente fechado.

A entrevista foi aplicada por nós junto aos participantes da pesquisa, individualmente, previamente agendada de acordo com a disponibilidade deles. Foi solicitada autorização para gravação de áudio. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 40 minutos. Para o registro das informações, utilizamos como recurso um gravador digital. Todas às entrevistas foram transcritas na íntegra e de imediato por nós.

O local da entrevista compreendeu o espaço onde o participante da pesquisa realiza atividades laborais. Utilizamos um ambiente preservado, com boa iluminação e ventilação, assegurando a privacidade dos participantes. Primamos pelo caráter informal entre entrevistador e entrevistado, para que se pudéssemos obter veracidade nas respostas.

Consideramos também informações secundárias, como, os documentos disponíveis pela Secretaria de Saúde do Município, incluindo Relatório de Gestão e o Plano Municipal de Saúde, que forneceram elementos relevantes para o embasamento das discussões.

4.4.1 PROCEDIMENTO DOS GRUPOS FOCAIS

Os grupos focais foram aplicados aos profissionais da ESF e NASF. Gaskell (2002) considera que os grupos focais propiciam um debate aberto e acessível em torno de um tema de interesse comum aos participantes.

Os estudos mostram que o uso do grupo de foco é particularmente apropriado quando o objetivo é compreender como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, visto que a discussão durante as reuniões é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou, ainda, sobre a forma como agem (RICHARDSON *et al*., 2012).

A discussão se faz em reuniões com um pequeno número de informantes (de seis a 12). A técnica exige um animador e um relator. O primeiro tem o papel de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão. O pesquisador constitui uma série de possibilidades de informações, que lhe permitem obter mais informações sobre a realidade (MINAYO, 2014).

A discussão nos dois encontros do grupo focal, foi procedida por meio de um roteiro com questões norteadoras (APÊNDICE C). Identificamos os profissionais com a nomenclatura de “profissional” com numeração de 01 a 07, e distribuídos como em roda de conversa. Para iniciar as conversações do grupo focal, a natureza do estudo, os objetivos a serem alcançados e os motivos que levaram à realização desta pesquisa foram apontados aos participantes.

Por meio do auxílio de um animador externo para ativar os diálogos, iniciamos com boas-vindas, oportunidade em que ele promoveu a participação de todos e a ampliação do debate. Na ocasião, foi solicitada a assinatura do TCLE (APÊNDICE A) pelos participantes e também pedimos o preenchimento de um formulário que compreende as características sociodemográficas dos participantes.

As sessões duraram, em média, duas horas, contabilizando desde o contato inicial, os diálogos dos grupos e o acolhimento. Para registro das informações, utilizamo-nos de um gravador de voz e diário de campo para anotações relevantes. Realizamos o monitoramento do tempo e a percepção das reações dos participantes nos grupos focais por meio do relator.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os indicadores recolhidos foram analisados após transcritas as falas e interpretados empregando a técnica de Análise de Conteúdo, onde, segundo Bardin (2010, p. 44),

> [...] representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Realizamos inicialmente a etapa da pré-análise, com leitura exaustiva dos resultados das falas, em associação com o objeto de estudo e objetivos da pesquisa, possibilitando a definição de unidades de registro.

Na primeira fase, foi realizado o que Laurence Bardin (1977) denomina de leitura flutuante, ou seja, a reunião e conferência das informações coletadas. É o período da organização propriamente dita, determinando assim o *corpus* e permitindo uma reformulação dos objetivos e hipóteses do estudo. Em seguida,foi caracterizada a leitura longitudinal das entrevistas com a categorização das mensagens (TRIVIÑOS, 1987).

A categorização tanto pode ser realizada previamente, exigindo um conhecimento sólido por parte do pesquisador para encontrar um esquema classificatório adequado ao assunto a ser analisado, como pode surgir da análise do material da pesquisa. Optamos pela categorização desde a análise do material, mas buscando assegurar que as categorias fossem homogêneas, exaustivas, exclusivas, concretas e adequadas (DESLANDES, 2010).

Realizamos o tratamento dos resultados e sua interpretação a partir da leitura transversal do material já categorizado. Os dados foram assim tratados de uma maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos (BARDIN, 1977). As relações foram estabelecidas com base nas reflexões, na intuição e com embasamento nos materiais empíricos. Para assegurar o anonimato, as entrevistas foram designadas por uma codificação representada por uma letra e seguida de numerais; a letra “P” representa profissionais da APS e “G” a gestão.

As falas foram organizadas e classificadas por suas ideias principais ou temas. Os temas foram surgindo no decorrer das leituras; procuramos mantê-los fiéis às expressões dos participantes. Os temas e trechos das falas foram agrupados e reagrupados, de acordo com a proximidade do conteúdo, para posterior análise. Por fim foram procedidas às inferências dos dados brutos. Deste modo, após as leituras exaustivas do conteúdo das falas dos grupos, observamos as temáticas predominantes e estas foram selecionadas para representar as categorias do estudo.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e a busca teve prosseguimento após cada participante ter esclarecimento, em linguagem acessível, enfocando a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados na investigação, bem como os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados e assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Está inclusa, também, a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso dos procedimentos sobre a metodologia utilizada.

O projeto investigativo foi cadastrado na Plataforma Brasil e o início da coleta de dados foi condicionado à autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que se deu no mês de abril de 2016, por meio do Parecer de número 1.520.392 (ANEXO C).

Consideramos a liberdade da pessoa de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem pena alguma e nem prejuízo ao seu cuidado. Restou assegurado o sigilo e garantida privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, além das maneiras de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (BRASIL, 1996).

Seguidos os preceitos relacionados às pesquisas realizadas com seres humanos, tendo como parâmetro a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, incorporando sob a óptica da pessoa e das coletividades, os quatros referenciais básicos da Bioética: autonomia, beneficência, justiça e não-maleficência, visando a garantir os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Os resultados deste experimento pretendem ser devolvidos ao grupo e à Secretaria de Saúde de Maracanaú, além de validar a participação dos gestores e profissionais na busca e também de fomentar o planejamento e a ressignificação das práticas de saúde no território estudado.

4.7 REFERENCIAL CLÁSSICO

Para o embasamento teórico das considerações e discussões durante o estudo, justificamos a utilização das referências clássicas, notadamente indispensáveis e pertinentes no decurso do texto, em virtude da escassez de

literatura científica e em razão da incipiência dos achados mais atualizados, nas bases de dados científicos da Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, BIREME, SCIELO, dentre outras; Tendo em vista que, em razão dos achados, compatibilizam-se com as discussões desenvolvidas atualmente nos campos práticos, podendo ser, assim, norteadoras para as nossas considerações.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A organização da atenção na Saúde da Família por meio da identificação do planejamento local nas unidades de saúde, implicou o reconhecimento de uma série de fatores, separados por categorias temáticas, que facilitaram o entendimento das percepções dos participantes envolvidos. Após a transcrição integral das falas, identificamos as seguintes categorias temáticas: **5.2** Concepções e aplicabilidade dos gestores e profissionais de saúde da APS atribuídos ao planejamento local das ações; **5.3** Prática do planejamento local e as relações profissionais no cotidiano; **5.4** Dificuldades e facilidades do planejamento local na APS.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Caracterizamos os participantes por meio dos dados sociodemográficos, sendo identificados considerando as iniciais do grupo que representam e posteriormente enumerados. Assim, os profissionais de saúde da APS do grupo focal foram representados de P1 a P7 e os gestores de G1 a G4, é observado no Quadro 7 (APÊNDICE E).

Os participantes do estudo totalizaram 11 profissionais, representantes da Estratégia Saúde da Família, NASF e gestão. Observamos que a idade variou de 26 a 64 anos e que oito dos 11 participantes eram do sexo feminino e casadas. Relativamente à distribuição nas faixas etárias, os dados mostraram uma grande predominância da idade acima de 30 anos, correspondente a 91% dos entrevistados, representando um grupo de pessoas experientes no trabalho em saúde e para lidar com as situações mais complexas na APS.

Quanto à escolaridade, predominou o nível superior com o grau acadêmico de pós-graduação em 45% dos entrevistados. Os achados desvelam que os participantes estão em busca de evolução do conhecimento, com visibilidade da amplitude e formalização dos saberes. Notamos que o tempo de atuação na Saúde da Família e NASF variou de dois a oito anos e, na gestão, de quatro meses a três anos, fomentado um período significativo para apropriação e reconhecimento do território com suas especificidades e necessidades.

Com relação ao vínculo institucional, identificamos o fato de que todos os participantes são contratados na modalidade de cargo comissionado, gestores e

profissionais de saúde, não tendo sido realizado concurso público para a Atenção Primária. Percebemos que esse processo fragiliza o vínculo com os usuários e a garantia de efetividade aos participantes, explicado, muitas vezes, por meio da rotatividade de profissionais e gestores dos cargos, justificando, assim, o fato de o G4 ter experiência mínima de quatro meses no serviço, havendo, nesse caso, substituição durante o curso da pesquisa.

5.2 CONCEPÇÕES E APLICABILIDADE DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS ATRIBUÍDOS AO PLANEJAMENTO LOCAL DAS AÇÕES

Com este estudo, demandamos a apreensão do conhecimento e a utilização dos instrumentos da gestão pelos gestores e profissionais de saúde em relação ao planejamento local.

Na concepção de Matus (1993), planejar é a capacidade de descobrir passos para transformar a realidade, entendida como lócus das disputas, de guerra, onde os sujeitos\atores sociais devem desenvolver estratégias para predizer e prever as incertezas, reagir prontamente ante as surpresas e aprender com seus erros nas trincheiras do cotidiano.

Neste estudo, as falas dos participantes representam um empoderamento significativo da essência do planejamento, considerado como um meio balizado do trabalho, indispensável para programação das ações e reavaliação de atitudes:

> É uma programação futura embasada em fatos anteriores, objetivando melhora, progresso, e que no final você avalia se o objetivo aconteceu (P1).

> É o primeiro e o mais importante passo, é a partir dele que a gente define metas e otimiza o tempo, é não deixar pular etapas, é chegar o objetivo conseguindo o sucesso do atendimento (P3).

Corroborando esses pensamentos, a autora nos traz reflexões em que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento para racionalizar a ação humana, ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

Percebemos que há um conhecimento prévio e efetivo em relação a esta ferramenta de gestão no serviço de saúde, representado pelas falas do G1 e G3, em que ressaltam a relevância do envolvimento de todos nessa condução,

> Quando falo em planejamento, não é a questão do planejador, do especialista em planejamento, é a questão de todo mundo sentar e vê o que é melhor para o sistema, porque às vezes a questão do planejamento fica nos escritórios, estou falando do planejamento de todo mundo que faz parte do processo [...]
>
> Então, o planejamento tem que se descaracterizar dessa questão do exercício do profissional especializado em planejar, tem que se despir e descer realmente para a ponta, para que as pessoas de fato façam planejamento.

Para dar sustentação e embasamento a essas reflexões, Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) referem que o planejamento não é tarefa dos “planejadores”; pois deve ser feito pelos agentes partícipes na ação.

A ideia mais simples de planejamento é a de não improvisação. Uma ação planejada é uma ação não improvisada e, neste sentido, fazer planos é algo conhecido do ser humano desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir (GIOVANELLA, 1991).

Há o reconhecimento de que todos os atores sociais planejam, ainda que não escrevam planos, isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução dos seus objetivos. Esse ponto de vista, que implica reconhecimento do outro, é um locus de partida essencial, na medida em que estabelece um patamar de relacionamento entre as instituições dos diversos setores, fundado no respeito às diferenças de concepções, de capacidades gerenciais e operativas e até de interesse no desenvolvimento do planejamento conjunto (TEIXEIRA, 2010).

Uma tipologia de planejamento local apropriado à Saúde da Família, que compreende essa concepção da influência de todos os envolvidos, é denominado de Planejamento Estratégico Situacional (PES), em que Matus (1993) contextualiza, crítica e reflexivamente ao desenvolvê-lo. Tanto que assegura ser o planejamento um processo social, no qual todos os atores em situação de governo possuem capacidade própria para conduzir a mudança.

O PES representa uma tentativa de se instituir outra abordagem no contexto da planificação; Possibilita a identificação precisa dos problemas desde a

interação dos atores sociais, enfrentando a sua realidade, diagnosticando as situações-problema e estabelecendo cálculos interativos com vistas à descoberta dos espaços reais de possibilidade de ação criativa no lugar onde atua (JESUS; ASSIS, 2011).

Por conseguinte, nas falas dos participantes, identificamos uma tendência em trabalhar o formato do PES nas unidades e advindos da gestão da Secretaria de Saúde, embora não haja ainda a formalização e garantia desse espaço específico para as equipes. Podemos perceber a essência na transformação da realidade na fala de P5, ao expressar que *"É importante conhecer o meu povo, e saber onde precisa melhorar, é sentar junto com a equipe e encontrar meios para melhorar as situações".* O Gestor 1 (G1) reforça a necessidade de "*Construir a política sanitária do território e apoiar a implementação desta. É potencializar os recursos, para agir nas causas que afligem as áreas sanitárias".*

Nesse sentido, torna-se fundamental acrescentar a noção de que o princípio da vigilância à saúde, que predomina no sistema de saúde de Curitiba, fundamenta-se na intersetorialidade e na utilização do planejamento estratégico nos espaços em que os problemas aparecem, ou seja, o espaço singular proposto por Mendes (1994) pode chegar ao âmbito local no município, ao distrito sanitário ou a uma área de abrangência de uma unidade de saúde, sendo necessário prever para o microespaço todos os pressupostos que embasam a descentralização, a intersetorialidade e o controle social, para que haja conciliação à ideia de espaços de governabilidade.

Institucionalizar o planejamento situacional, mudar a prática e a cultura organizacional, pressupõe e implica enfrentar o desafio de constituir sujeitos competentes tecnicamente, comprometidos politicamente e sensibilizados com os valores que animam o debate sobre o direito à saúde, a defesa da vida, a luta pela justiça social e a ressignificação dos ideais de participação política e solidariedade social no contexto contemporâneo (TEIXEIRA, 2004).

O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas, mas em uma ação estratégica da gestão pública, que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de modo 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 (BRASIL, 2015).

Observamos a importância de sujeitos proativos e protagonistas nas práticas cotidianas. Nesse caso, para Merhy (2004), podem ser interessados, implicados, militantes, políticos, pedagógicos, técnicos e epistêmicos, revelando-se desde a ação, mediante os desafios que se constituem no âmbito protagonístico em que atuam.

Com relação à aplicabilidade dos instrumentos para o planejamento das ações, preponderaram a apropriação do Relatório de Gestão e o Plano Municipal de Saúde por parte dos gestores. Os profissionais de saúde reportam-se ao desconhecimento de um instrumento específico e também da não acessibilidade dos dados provenientes dos instrumentos de gestão, para inserir na programação das ações na unidade de saúde.

> Geralmente como instrumento para planejamento das ações, utilizamos a ata da reunião para comprovar. Não há um documento específico. Tem um modelo que vem da secretaria para programação das ações (campanhas), mas não há instrumento específico. Geralmente a Enfermeira, está acompanhando, avaliando, monitorando, na minha equipe não há instrumento específico. (P2).

> Nunca trabalhei num local com riqueza de dados tão grande como aqui tem, nós temos uma riqueza de dados, e a partir daí extraímos informações preciosas, que nós não conseguimos ainda extrair ações de consertação, ações de implementação no próprio sistema. Somos acumuladores de dados. (G1).

Neste sentido, fundamental é enfatizar a ideia de que há uma preciosidade de informações obtidas por meio dos instrumentos de planejamento, em específico, o Relatório de Gestão. Há necessidade, entretanto, de maior investimento para o fortalecimento dos gestores e profissionais, na melhor utilização das possibilidades oferecidas por meio dos dados e intervenção na realidade adscrita.

Evangelista (1994) menciona a necessidade do desenvolvimento de metodologias que possam articular os vários atores envolvidos direta ou indiretamente nas questões da saúde, porém acentua que não existem modelos de instrumentos de planejamento acabados, perfeitos ou suficientemente experimentados, ao ponto de serem aplicados sem restrições ou adequações. Tal fato evidenciado na fala do G1: *“Instrumento específico de acompanhamento da secretaria eu não vejo. Seria utilizar o momento da avaliação das ações do PMAQ, que poderia aproveitar para fazer o planejamento da unidade”.*

O Relatório de Gestão (RG) é o instrumento que expressa os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), apurados com base no conjunto das diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, orientando eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. A utilização das informações fornecidas pelo RG possibilita melhoria oportuna na tomada de decisão pelos gestores e profissionais, aperfeiçoamento contínuo das ações e qualificação do monitoramento (BRASIL, 2015).

Citado como o mais utilizado pelos gestores, entretanto, os dados não são compartilhados junto às equipes de Saúde da Família e NASF, responsáveis diretamente pela execução das ações. Assim, inviabiliza a avaliação e o monitoramento das ações executadas. De acordo com Brasil (2015), para que as ações de planejamento possam contribuir para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, os entes federados devem se comprometer a realizar o monitoramento e a avaliação, visando a examinar os resultados e as estratégias empregadas para obtê-los. O monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos. No âmbito do planejamento no SUS, o monitoramento e a avaliação devem ser executados individual e conjuntamente.

Por meio das falas, anuncia-se que os dados são expressos quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde e ao Poder Legislativo. Assim, cabe refletir na ideia de que as informações geradas pelo RG não estão exploradas potencialmente pelos gestores e profissionais de saúde, tendo em vista a verificação da baixa apropriação deste instrumento da gestão, havendo a necessidade de maior investimento no fortalecimento das habilidades e competências dos gestores, técnicos e profissionais em saúde, para o uso das possibilidades ofertadas, sendo fundamental para otimizar o Sistema de Saúde analisado.

O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho (BRASIL, 2013). Com efeito, se permite que haja integração e análise do que a equipe se propôs realizar, e como esta prática se desenvolve no cotidiano desde os influxos no território. A fala do G2 traz uma reflexão neste sentido: “*Temos que tentar fazer com que o que se planeja seja executado, avaliando o que se fez, tentando vislumbrar um melhor indicador, então vai sempre comparando e tentando melhorar”.* Embasando essa visão, Cecílio

(2011) reforça o entendimento de que quem faz gestão intenta, quase sempre, que os trabalhadores produzam o que está planejado para ser produzido.

Neste sentido, planejar é tarefa das esferas de governo e tem papel importante na organização desse sistema e na oferta dos serviços à população. Como consequência, os gestores do SUS estão sentindo cada vez mais a necessidade de organizar, internamente, nas secretarias de saúde, as rotinas e os processos de trabalho, a descentralização de tarefas, bem como a formação de equipes para as questões de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2015).

A formulação de um planejamento local exige compromisso entre as pessoas envolvidas e um conjunto de habilidades ao gestor, proposto por Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), criatividade, flexibilidade, visão, liderança, autoridade, conhecimentos específicos de administração, destemor em correr riscos e ousadia de inovar.

5.3 PRÁTICA DO PLANEJAMENTO LOCAL E AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS NO COTIDIANO

Com esta temática, demandamos reconhecer como acontece o planejamento das ações na Atenção Primária em Saúde. Emergiu das falas dos participantes o entendimento de que a prática do planejamento ainda é considerada incipiente, não incorporada efetivamente ao cotidiano nos processos de trabalho, identificada como flexível e informal.

No estudo em questão, ratificamos a ideia de que a prática no cotidiano dos serviços de saúde está relacionada ao fazer, ao desenrolar da ação com aplicação de conhecimentos prévios ou adquiridos. De acordo com o Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa (2001), define-se “prática” como

> Ato ou efeito de praticar. O que se opõe ao teórico. Realização do que se planejou, tudo o que se consegue realizar, executar, fazer.

Como leciona Teixeira (2010), a prática do planejamento tornou-se necessidade reconhecida amplamente, ensejando o interesse de organismos internacionais de cooperação técnica, a exemplo da Organização Mundial de Saúde

(OMS), em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a Administração Pública dos serviços e sistemas de saúde.

Neste estudo, os profissionais de saúde consideraram a prática do planejamento essencial ao serviço, sendo centralizada em agendas de trabalho e demandas prioritárias dos programas estratégicos. Seguem algumas falas:

> O planejamento dos atendimentos ocorre através das agendas dos profissionais, cada um na sua categoria, atendimento de demandas de programa, questão educativa, escolas, o principal foco da atenção básica [...]. (P1).

> O planejamento das ações é feito de várias formas. A gente tem hoje 01 profissional que é a gerente da AVISA, que é o nosso elo maior entre a secretaria e a UBASF, que traz algumas demandas, alguns dados epidemiológicos para fazer busca ativa (sintomáticos, etc) [...]. (P2).

> O nosso planejamento é feito por meio da agenda, temos a demanda espontânea, se tiver com dor, edema, atende no mesmo dia, e também a demanda agendada na semana, tem os programas HAS-DM, Criança, etc. (P3).

Percebemos que o principal meio de programar as ações realizadas no território é pelas agendas de trabalho, instituídas pelo profissional de cada categoria, porém não há garantia de espaços para reuniões de toda a equipe, a fim de reavaliar coletivamente as agendas de trabalho e prioridades. Evidencia-se, também, o fato de que as demandas a serem trabalhadas, na maioria das vezes, advêm de solicitações da Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere à demanda espontânea, a tendência, pelas falas dos participantes, é a resolubilidade dos problemas de modo improvisado, sem que haja um planejamento prévio nem incorporação efetiva na dinâmica do processo de trabalho. É possível ainda, apresentar a complementação de Cecílio (1997b), em que faz referência às agendas lotadas de problemas emergenciais que "não podem ser deixados para depois", de modo que não sobra tempo para planejar, reafirmando assim, os achados identificados no cotidiano estudado.

Do ponto de vista da produção do cuidado, abre-se uma agenda para olhar os modos como se organizam os serviços e os encontros que precisam ser produzidos entre trabalhadores e usuários. Esse é o primeiro ponto para construir uma cadeia de cuidados, onde quer que se dê a entrada do usuário no sistema, dependendo de seu problema e de suas possibilidades (CECÍLIO, 1997a).

Esse mesmo autor retoma a gestão do cuidado nas múltiplas dimensões, fazendo referência, nesse caso, à dimensão organizacional, que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela lógica da divisão técnica e social do trabalho e, como atores ou protagonistas, a equipe de saúde e o gerente. Nesse caso, o cuidado depende da ação cooperativa dos vários agentes, por meio da adoção de dispositivos compartilhados, dentre eles o planejamento (CECÍLIO, 2011).

Segundo Machado *et al.* (2010), um dos fatores que promovem a efetivação da programação de saúde, conforme a realidade de uma determinada comunidade, é a gestão local do cuidado e dos serviços. É necessário criar mecanismos de articulação entre as atividades da equipe de saúde e os demais setores envolvidos, para que haja a garantia do cuidado aos usuários. Cabe planejar as ações estratégicas, de acordo com os princípios estabelecidos.

De acordo com Vieira (2009), sem a realização de planejamento, os serviços de saúde funcionam desarticuladamente, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde, na medida de tantas quantas visões e, consequentemente, modos de operação existam. Se não há visão clara de onde se tenciona chegar, cada pessoa conduzirá e realizará atividades a sua maneira. Sugere-se então, que as ações aconteçam articulada e integradamente, com um plano de ação estabelecido entre os ativadores do processo de acordo com as necessidades coletivas.

O Ministério da Saúde retoma a ideia de que estabelecer agenda de trabalho não pode ocorrer sob a pauta das intenções e medo das pessoas de adoecerem, mas pela necessidade da população e conforme os resultados possíveis de alcance. Ela deve possuir as reais necessidades coletivas, podendo se tornar arriscado comprometer a equidade (BRASIL, 2011).

De tal maneira, podemos considerar a agenda de trabalho como meio essencial para reorganização das demandas da população e fortalecimento do vínculo da equipe, devendo ser monitorada sistematicamente e pactuada com a gestão e o Conselho Local de Saúde, o que não está elucidado por meio das falas dos participantes. O participante P1 relata que, no planejamento das ações “*A comunidade é passiva, não são convidados, não são incluídos”.*

Percebemos que o planejamento local está fragmentado, não havendo um turno específico para sua realização. Relatam reunião com enfermeiros e ACS, semanalmente, mas isso não cabe a toda a equipe, promovendo assim um distanciamento entre os membros, dificultando o diálogo e a elaboração coletiva. As falas seguintes ratificam os achados:

> As reuniões acontecem mais com a Enfermeira e ACS, a meu ver acho que a dentista, recepção, etc, deveríamos participar, a gente nunca participa. Se é reunião de equipe, acredito que todos da unidade deveriam participar. (P7).
>
> A médica participa 01 vez por mês, já pactuamos no cronograma. Mas concordo que tem que ser feito com toda a equipe. Na verdade, a recepção se mete na reunião, ela chega com a agenda para alguma informação, mas não fica. (P2).
>
> Vejo a minha equipe um pouco distante da odonto, às vezes não enxergo que é mais um parceiro que posso contar, de está procurando um sintomático respiratório, de está atento a um sintomático dermatológico, é mais encaminhar para o atendimento. (P2).

A fala do representante da gestão (G1) traz reflexões pertinentes na análise da prática efetiva de planejar. Considera que

> [...] essa prática, essa cultura de planejar ainda é muito incipiente, porque vejo o seguinte: nós continuamos ainda a mercê dos resultados, quer dizer, as nossas intervenções ainda estão centradas nos resultados, sejam eles negativos, a gente passa a intervir na questão dos resultados, é preocupante. Quem planeja erra menos, quem planeja economiza, nós vivemos nesses dias difíceis de recurso financeiro. [...].

A participação dos integrantes da equipe e do NASF em todos os momentos do planejamento é importante, embora nem sempre possível. Desta maneira, é fundamental a criação de espaços para a discussão dos problemas priorizados entre a equipe NASF e as equipes das unidades de saúde. Esta atitude permitirá a apropriação da situação e dos problemas, com base no diagnóstico situacional do território adscrito, possibilitando a elaboração do planejamento específico, na lógica do planejamento ascendente (COLUSSI; BOTELHO; LACERDA, 2012). Efetivamente, Teixeira (2010) recobra a importância estratégica desse processo do planejamento em saúde, pois a atribuição de responsabilidades, neste caso, não é eminentemente técnica, de delegação de funções e competências, mas um processo político, no qual se prova, também, o grau de comprometimento das diversas instituições e atores com o processo.

Reforçando esses dados, Bazzo-Romagnolli *et al.* (2014), acentuam que a não garantia de espaços de debate dos trabalhos colabora para que o planejamento dos atos de saúde ocorra individualizadamente, com cada trabalhador definindo e programando suas atividades, fazendo com que a equipe perca seu potencial de articulação entre os campos disciplinares.

No concernente à apropriação dos indicadores epidemiológicos de saúde, os profissionais relataram considerarem a utilização destes no processo de trabalho. A articulação entre APS e Vigilância em Saúde deve ser intrínseca e indissociável para a programação das ações nas unidades básicas de saúde. O participante P4 enfatiza que "*Trabalhamos com vários indicadores de prioridade, e os que o município mais enfatiza (HAS-DM, Crianças <2 anos, gestantes, sintomáticos)*"; o P2 relata que

> [...] os indicadores de prevenção, consultas de pré-natal, sintomáticos respiratórios, dermatológicos, adolescentes, dengue, busca ativa de vetores, influenciam bastante. Na verdade, eu tenho isso como um espelho de como está minha equipe. Por exemplo: número de sintomáticos respiratórios, é um indicador baixo na minha equipe, a partir daí fazemos a busca ativa na comunidade, tendo atenção mais nesses casos. [...].

Planejar nessa situação é estabelecer outro campo de necessidades, coletivamente expressas pela dinâmica de determinação estruturada do processo saúde-doença, objeto de modelos tecnologicamente ordenados em serviços de saúde, que subordinem as ações individuais e coletivas a um projeto programático (MERHY, 1995).

Colussi, Botelho e Lacerda (2012) referem que na área da saúde, há sempre a pressão da demanda, o cotidiano é absorvente e, assim, a tendência é darmos atenção apenas aos problemas atuais. Não nos podemos esquecer, no entanto, de que planejar é buscar aumentar nossa atuação transpondo o dia a dia, pois, do mesmo modo que a determinação do processo saúde-doença é múltipla e complexa, também os problemas são complicados. Portanto, devemos planejar para atuar em problemas terminais, visando a melhorar os nossos resultados – e não os nossos produtos. Maximizar os indicadores é mais importante do que ter maior número de consultas.

Na efetivação desse planejamento, Campos (2013) acrescenta que parte do reconhecimento das dinâmicas do território que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população. A análise e o dimensionamento das

necessidades de saúde devem privilegiar um conceito mais amplo de saúde, entendendo esta como condição que transcende a mera ausência de doença e se caracteriza pela garantia de bem-estar tanto físico e afetivo quanto social e econômico. Assim, a análise da situação de saúde envolve, primordialmente, o conhecimento adequado e detalhado das condições de vida e das tendências de curto, médio e longo prazo.

Com relação ao planejamento integrado gestão e equipes, percebemos nas falas dos entrevistados que acontece desde as demandas do nível central, por meio de documentação formalizada. Eles não evidenciaram encontros sistemáticos, o que fragiliza a avaliação das ações executadas *in loco*, impossibilitando momentos dialógicos e de compartilhamento de saberes, responsabilidades e apoio institucional. Seguem as falas que embasaram essa reflexão:

> As gerentes de programa encaminham por documentação às solicitações, mas normalmente não participam das reuniões. O nosso maior contato é com a gerente da AVISA, com quem fazemos as pactuações. Mas com os técnicos da gestão nem sempre. Seria maravilhoso, é diferente a gestão cobrando. (P2).
>
> Vejo algumas ações de planejamento com bons olhos, na secretaria de saúde, no nível central, na equipe que compõe a atenção básica, iniciativas boas. Uma fundamentação muito boa, uma condução, um pensamento apropriado, mas um distanciamento de quem executa. (G1).
>
> Sinto falta da aproximação da gestão com o trabalho da ponta, de está mais presente, verem o nosso dia-a-dia e pensar novas maneiras de trabalho. (P6).

Com relação a essa prática do planejamento, com base na democracia participativa dos gestores e da comunidade, Cecílio (1997b) assegura a garantia da flexibilização do processo de trabalho em saúde, permitindo a participação, não somente, da equipe, mas também da comunidade e de lideranças políticas, o que contribuirá com mudanças nas ações em saúde no território e no processo de tomada de decisões. Conforme acrescenta Miranda (2007), as relações harmoniosas entre trabalhadores de saúde e gerentes-gestores devem ser priorizadas, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço.

Jesus e Assis, (2011) trazem nas suas discussões o fato de que, recentemente, foram divulgados vários estudos como desdobramentos da reflexão acerca da micropolítica do trabalho em saúde, como, por exemplo, o trabalho de Ceccim e Merhy (2009), Franco, Bueno e Merhy (1999), que se dedicam à

humanização das relações entre trabalhadores e usuários de serviços de saúde, privilegiando, além dos aspectos macro-organizacionais e gerenciais, o desencadeamento de mudanças nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde. Estes estudos podem servir como referencial para a implementação de processos inovadores na cultura organizacional com a busca da autonomia criativa e superação das rotinas burocráticas que engessam o trabalho e limitam o alcance social. Nessa perspectiva, apontam possibilidades de transformações em processos e práticas de planejamento nas instituições do setor.

O Gestor 1 traz relevantes reflexões no sentido do planejamento integral, dessa interação e garantia dos momentos de compartilhamento de dados e resultados. Reforça a necessidade da retomada e análise do processo no todo, conforme vêm:

> [...] as informações nas unidades são muito setorizadas, o que se leva para as unidades são recortes, uma questão da mortalidade infantil, aí você desce para as unidades para falar desta temática. Não há uma política integral, vejo que quando a gente desce do nível de gestão para a ponta, vamos muito segmentados, não vamos falando em nome de uma política, pecamos por recortar muito a ESF. A gente elege, trabalhamos muito em cima do efeito, em cima daquilo que mais nos está incomodando. Do ponto de vista do planejamento, a aproximação entre gestão e ponta é pouco, é incipiente.

Neste sentido, identificamos a noção de que o movimento de descentralização e planejamento local ainda tem caminhos diversificados no Brasil. Nota-se no questionamento demonstrado em Rinaldi *et al.* (1997), que o planejamento, apesar das mudanças no setor saúde, é mantido na mesma sistemática: nível central, planejando, definindo critérios, metas e ações; nível regional, implementando e fiscalizando; e postos de saúde executando as ações de saúde.

Considerando as estratégias da gestão e meios para ressignificação no processo de planejamento e qualidade na melhoria das ações desenvolvidas, a fala dos entrevistados reflete a necessidade de apropriação e suporte para implementação de técnicas ativas no cotidiano da APS. Relatam que *“[...] é a roda de gestão, que pode ser semanal, mas o ideal ser quinzenal ou mensal, sentar o posto para discutir sobre o processo de trabalho é muito bom. Sinto falta também da aproximação dos NASF’s, somos 6”* (P6).

Na intelecção de Campos (1997), as rodas na organização e planejamento do território representam importante ferramenta de gestão. A garantia desse espaço visa a fomentar a participação de modo dialógico, reflexivo e construtivo para a organização do planejamento do processo de trabalho.

Considerando o envolvimento dos profissionais por meio das relações interpessoais e interprofissionais no planejamento das ações, percebemos, nas falas dos participantes, que se torna essencial e prioritário para a continuidade do cuidado prestado e execução das atividades. Conforme os relatos abaixo, todavia, identificamos, a existência de certo distanciamento e descontinuidade de vínculos por parte de algumas equipes.

> Em algumas unidades o planejamento ainda não acontece, não vemos o desejo de algumas equipes quererem que o NASF participe. Mas estamos melhorando no planejamento dos grupos, pela participação nas reuniões de equipe [...]. (P6).

> Não são todos os profissionais que estão dispostos a planejar, a executar, alguns profissionais são mais individuais, e isso acaba dificultando o processo de trabalho, porque eu não consigo fazer só, quando se fala em ESF. (P2).

Na formação da equipe de saúde, é necessário que haja uma interdisciplinaridade para que ela seja uma verdadeira unidade produtora de serviços, com uma atuação multiprofissional e multifuncional. As responsabilidades específicas de cada profissional devem estar voltadas para os objetivos comuns da equipe, e sua prática há que ser motivada pela eficácia, efetividade e eficiência do trabalho (MACHADO *et al.,* 2010).

Os autores ainda reforçam que a proposta de encontros entre os profissionais das equipes de Saúde da Família e NASF, orientados a partir da concepção do planejamento e da programação local, pode constituir espaços de interdisciplinaridade, para partilhar conhecimento e, consequentemente, integralizar a atenção em saúde. Vale salientar que o vínculo entre os profissionais envolvidos dificilmente ocorre quando o trabalho em saúde se processa na lógica de programas e ações definidos isoladamente e segundo a orientação da especificidade das profissões.

Neste sentindo, Vasconcelos (2002) reforça o argumento de que, pelo trabalho interdisciplinar, são delineadas as possibilidades de conquista de um espaço de cuidado que promova mudanças estruturais no processo de trabalho,

praticando reciprocidade, enriquecimento mútuo dos profissionais e horizontalização das relações de poder entre os diversos campos do saber.

Posto isto, entendemos que para o planejamento ser efetivo na unidade de saúde, deve ocorrer integradamente, em equipe, com a participação de todos os atores sociais, considerando a amplitude da saúde-doença. Matus (1993) reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma óptica policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando ao estabelecimento de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das opções de ação a desenvolver para alcançá-los.

5.4 DIFICULDADES E FACILIDADES DO PLANEJAMENTO LOCAL NA APS

Com esta categoria, evidenciaremos, por meio das falas dos participantes, as dificuldades e facilidades vivenciadas no cotidiano da APS, em relação ao planejamento local em saúde. Os enunciados denotaram consensos relacionados à participação efetiva dos profissionais no planejamento, disponibilidade de material e equipamentos, infraestrutura, perfil dos gestores e profissionais, dentre outros pontos.

Leciona Teixeira (2010) que todos os movimentos no âmbito do planejamento, implicam construir a mudança e consolidar o compromisso dos sujeitos participantes, que planejam, articulam e integram a sociedade em busca da transformação do sistema de saúde, e se propõem orientar as ações da gestão nas formulações e execuções das políticas e práticas de saúde. Sendo assim, a prática do planejamento no campo da Saúde Coletiva assume um desafio importante, no cotidiano dos serviços de saúde, evidenciando a contribuição dos sujeitos-atores sociais, na busca de maior aproximação com a realidade.

Para efetivação deste processo, os participantes envolvidos experenciam diversas situações que interferem na sua efetivação. No tocantes às dificuldades, emergem das falas considerações relevantes:

> Há profissionais que trabalham de forma individual e não conseguimos alcançá-los, e da mesma forma tem profissionais conscientes do planejamento. (P2).

> A gerente disse que não precisa morrer se a equipe não quer se integrar com o NASF, mas a maioria participa. Há dificuldade de aproximação com os ACS, fizemos um grupo, mas acabou, pela falta de adesão. (P6).

> Percebo que o planejamento das ações, é feito de maneira fragmentada entre os técnicos e setores da SMS. (G4).

Percebemos, por meio destas reflexões, que ainda há resistência por parte de alguns profissionais no envolvimento e integração das ações desenvolvidas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. A proposta do planejamento integrado encontra-se fragmentada, relacionada ao fato da não incorporação efetiva e da resistência por parte dos profissionais em adesão ao processo.

Na perspectiva de Teixeira (2010), a proposta do planejamento integrado promove um amadurecimento na equipe dirigente, na medida em que possibilita exercitar a constituição de consensos e pactos em torno de compromissos, resultados esperados, ações estratégicas e metas correspondentes em cada setor da instituição, promovendo, assim, ampliação na implicação da responsabilização político-gerencial dos sujeitos envolvidos, e desencadeando também movimentos de aprendizagem institucional.

Uma questão preponderante na emissão das falas dos participantes está relacionada ao perfil de alguns profissionais e gestores de unidades básicas de saúde da família, o que fragiliza o entendimento e flexibilização para incorporar práticas de saúde imprescindíveis à qualificação do trabalho.

> Coordenador de UBASF não são emponderados das questões de saúde, deveriam ter um perfil melhor, há níveis de compreensão distorcidos. (G1).

> Considero a falta de um perfil capaz de acompanhar os programas nas unidades. Um planejamento para o próximo governo é deixar mais ou menos um perfil para os coordenadores das unidades de saúde, se conseguirmos vai nos facilitar muito. (G2).

No Município de Maracanaú, o cargo de Gerente de Avisa representa uma extensão mais próxima do nível central com as equipes de Saúde da Família e NASF, devendo ser, portanto, um trabalho compartilhado junto aos coordenadores das UBASF`s. Por meio dos relatos, percebemos uma fragmentação desse vínculo, no sentido da resolubilidade das ações nas unidades de saúde e que precisa ser fortalecido tendo em vista as inúmeras atribuições vivenciadas no cotidiano prático. A fala do G2 reforça esse pensamento:

> Imagina uma gerente acompanhar 5 ou 6 unidades, então para isso, precisa ter um coordenador participativo, resolutivo. Que seja realmente uma extensão da gestão na ponta.

Tomando por base os estudos realizados por André e Ciampone (2007), é possível concluir que o gestor despreparado para tal é hoje um dos nós críticos do serviço público, pois propicia discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudança e executar políticas de saúde, levando à manutenção de projetos que devem ser superados. Apoiando-se nessas considerações, o gerenciamento local de saúde deve ser desenvolvido por profissional competente, capaz de liderar e reunir valor, aumentando o potencial de sua equipe e conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, de modo a aumentar a resolubilidade do serviço na área de abrangência, em conformidade com o modelo assistencial pautado na epidemiologia social.

Esses autores acrescentam que tal fato acarreta planejamentos e direcionamentos diferentes, a serem implementados, ao mesmo tempo, pelos agentes da gerência com seus interlocutores, gerentes e agentes atuantes nos lócus das práticas e que enfrentam as agruras de não poderem planejar as ações, passando o tempo todo improvisando e “apagando incêndios”.

As dificuldades expressas pelos participantes para o processo de planejamento local das ações de saúde são prioritárias e também relevantes nos territórios adscritos, ainda dizem respeito ao processo de trabalho, em que esses fatores associados interferem, de maneira a prejudicar a efetivação do planejamento na unidade de saúde e no plano central.

Podemos inferir a ideia de que muitas das dificuldades apontadas para o planejamento local pelos participantes também representam importantes desafios na Estratégia Saúde da Família, a serem superados; como citado pelo G1, quando diz que, “*o profissional Enfermeiro é o que tem mais envolvimento”,* na maioria das vezes detém a autonomia sobre a execução das ações da equipe. Nesse sentido, sabemos que o desafio maior é o envolvimento de todos, de recobrar a relevante essência das práticas na atenção básica, muitas vezes, comprometida também, pelo grande contingente populacional adscrito à área de abrangência.

A fragilidade na comunicação entre Atenção Primária em Saúde e Atenção Secundária representou uma unanimidade nas falas dos participantes, em que consideraram ser este o grande desafio na continuidade do cuidado, interferindo diretamente no processo de trabalho. É notória e imprescindível a necessidade da realização de um planejamento conjunto, envolvendo atores representantes da APS

e hospital municipal, promovendo, assim, o fortalecimento do diálogo e das necessidades vivenciadas nos territórios adscritos, interferindo diretamente na responsabilização compartilhada dos envolvidos. Os discursos seguintes são representativos desta situação:

> A nossa maior dificuldade é a atenção secundária, é o acesso (P3).
>
> A falta de comunicação entre a APS e a Atenção Secundária, fragiliza o nosso trabalho. Além da escassez de consultas especializadas, e dificuldade na contrarreferência, que não existe. (P1).

Refletindo o cuidado ao usuário, este deve acontecer integral e continuamente, priorizando as ações planejadas a cada situação, sendo relevante também a inserção da Atenção Secundária na amplitude dessa rede de atenção. A essência da emissão do profissional 4 (P4) retrata a necessidade do envolvimento de todos, em que o usuário perpassa no cuidado, a fim de que não haja descontinuidades. Diz que

> O planejamento deveria ser em conjunto com o HMJEH. Pacientes fazem acompanhamento na ESF e encontram dificuldades no seguimento para a atenção secundária. Tendo como exemplo a minha área. Não sei porque trabalham de forma individual. Teria que ter uma atenção maior.

Machado *et al.* (2010) retomam a ideia de que é um processo que está sendo constituído e requer a formação de uma rede de apoio. Esse discurso enfatiza que através dessa rede, deve-se promover uma articulação de pessoas e instituições que, de maneira compartilhada, buscam soluções para a superação de problemas sociais.

De acordo com os estudos realizados na Paraíba por Protasio *et al.* (2014), a análise de alguns dados (equipes que não acompanham especificamente a evolução dos de maior risco encaminhados, os profissionais da AB não contatam os especialistas e vice-versa, inexistência de fluxo de comunicação institucionalizado, dentre outros) sugere que o encaminhamento dos usuários para serviços especializados não permite às equipes da AB desempenharem o papel de efetivas coordenadoras do cuidado. Ao realizar os encaminhamentos sem conseguir desenvolver um adequado acompanhamento dos desdobramentos ocasionados desde esse momento, as equipes deixam de compartilhar com os usuários e profissionais dos serviços secundários ou terciários as decisões a serem tomadas.

Assim, reduzem sua capacidade de intervenção, de modo a participar de um cuidado integral produzido em redes.

Esses dados tornam-se importantes, pois mostram a existência de problemas no fluxo, que podem ser atribuídos à falta de planejamento e organização, ensejando tempo médio de espera relativamente alto e insatisfação dos usuários.

Outra dificuldade no cotidiano dos serviços de saúde é a aplicabilidade dos dados emitidos pelos indicadores de saúde, na transformação de intervenções nos territórios. De conformidade com Reis, Oliveira e Sellera (2012), a utilização de dados e indicadores no SUS, apesar de frequente, estes pouco orientam a tomada de decisões e a qualificação dos serviços e ações, o que reafirma o fato de que apenas monitorar não garante os avanços necessários.

O quadro 5 representa os fatores dificultadores para o planejamento local nas unidades básicas de Saúde da Família, sintetizados por meio das falas emitidas pelos participantes, sendo relevante considerar o reconhecimento desse processo nas equipes e na gestão.

QUADRO 5 – Distribuição dos fatores dificultadores do planejamento local. Maracanaú-CE, 2016

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES	FATORES DIFICULTADORES
Profissionais da APS	▪ Comunicação APS- Atenção Secundária (escassez de consultas especializadas, referência-contra-referência); ▪ Falta de insumos e medicamentos (que podiam compor outro elenco mais baixo, para evitar possíveis internações); ▪ Pacientes que se recusam a abrir a porta para o ACS; ▪ Recepção não participa das reuniões de equipe; ▪ Entendimento do fluxo de atendimento na unidade de saúde pelo usuário; ▪ Falta de material e manutenção dos equipamentos; ▪ Transporte para atividades extra-muro e visita domiciliar; ▪ Descontinuidades na implementação intersetorial.
Gestores	▪ Trabalhar os profissionais na questão da essência da ESF. Práticas ambulatoriais, muitas vezes sem o trabalho de grupo; ▪ Questões administrativas; ▪ Falta de medicamentos (PPI do Estado); ▪ Alguns problemas de ordem central; ▪ Fornecimento de equipamentos e produtos; ▪ Subnotificação da produção, para análise de séries epidemiológicas.

Fonte: Elaboração própria, por meio das falas dos sujeitos.

Com relação às facilidades expressas pelos participantes do estudo, identificamos o fato da resolubilidade por parte dos profissionais e gestores, preponderando à relação comunicacional e o acesso entre unidades de saúde e técnicos do nível central.

> A secretaria, os técnicos, são pessoas acessíveis, que se comunicam, é difícil estarem presentes, mas quando busco auxílio sou atendida (P2).
>
> Passamos a situação para a equipe incluir na programação e conseguimos resolver as situações, tem dado certo. (P4).

Em um estudo desenvolvido por Bazzo-Romagnolli *et al.* (2014), um fator como facilitador para o desenvolvimento do trabalho e programação das ações é a colaboração entre os trabalhadores e entre estes e a gestão, o que possibilita o desenvolvimento de várias atividades atribuídas a ela, mas que seriam difíceis de realizar exclusivamente pela gerência, em virtude do excesso de atividades que recaem sobre ela. A relação de confiança e colaboração entre profissionais possibilita que estes assumam o desenvolvimento de determinadas funções, como o monitoramento e a coordenação de algumas ações e programas.

Com relação às falas dos participantes do estudo, está expressa a ideia de que a proatividade, dinâmica e trabalho em equipe, facilita a programação e execução das ações. O P4 diz que *"há facilidade de acesso às equipes e resolutividade por parte da eSF*". Acrescentando a fala do P1,este mostra a importância da interdisciplinaridade por meio da existência de uma equipe multiprofissional no território, promovendo ações mais qualificadas e diferenciais aos usuários*: "Considero uma facilidade trabalhar com uma equipe multiprofissional, é uma riqueza outros profissionais participando ativamente, compartilhando os casos, isso permite uma melhor organização no serviço e no planejamento das atividades".*

Com suporte nas falas, emite-se também o argumento de que o planejamento das ações influencia diretamente no cuidado ao usuário, identificando a saúde-doença e envolvendo os responsáveis neste processo condutor.

> O planejamento fortalece o vínculo, facilita a melhoria da qualidade de vida. Estamos lidando com pessoas, tem mais chance que dê certo. Melhora o vínculo com os usuários, quando consigo melhorar a vida do paciente, me sinto mais certa do que faço, mais segura, mais realizada. (P2).
>
> A partir do momento que se planeja, melhora a condição clínica do paciente, e também melhora os indicadores. Diminui o índice de internação por complicação (P1).

A atenção básica deveria dar conta, no território, do processo saúde-doença, tendo as equipes de lançar mão de recursos da clínica e da vigilância, do planejamento e da gestão, que permitam plasmar as variadas dimensões da realidade que possibilitam a decisão e a operação dos cursos de ação (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015). Essa reflexão chama-nos à atenção, para o planejamento das ações na produção da saúde no território e na gestão, devendo ser entendido como uma responsabilidade sanitária, de modo político e associado ao coletivo, direcionando principalmente a resolução dos problemas identificados.

É consenso para os profissionais de saúde o fato de considerar que a ampliação de encontros e momentos dos diálogos entre as equipes de saúde possibilita a articulação e trocas efetivas entre distintas áreas e núcleos de saberes. O matriciamento foi citado pelos profissionais da ESF e do NASF, como estratégia resolutiva no planejamento das ações e cuidado do usuário.

> Agora estou participando do matriciamento, que são reuniões feitas com o CAPS e acabo tendo suporte maior para minha equipe, me sinto bem mais amparada, isto tem um efeito muito grande. (P1).
>
> O matriciamento está fortalecendo, me fazendo ir a busca ativa desses casos, psiquiatra disponível, encontro no matriciamento outra forma para planejar as ações. (P2).

Conforme Onocko-Campoe Furtado (2006), o Apoio Matricial em saúde mental é compreendido como um arranjo institucional criado para promover a interlocução dos serviços de saúde mental, como os CAPS e a Estratégia Saúde da Família. Destina-se, principalmente, a contribuir com a implementação de uma clínica ampliada e singular; a promover saúde e diversidade de ofertas terapêuticas, a favorecer a corresponsabilização entre as equipes e a servir de apoio para as equipes de referência.

Esses serviços precisam estar articulados, para que seja facilitado o planejamento de ações na respectiva área distrital/regional de abrangência, principalmente no que diz respeito às intervenções clínicas na rede de suporte social e de inter-relações pessoais significativas do usuário dos serviços (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Os gestores reconhecem o envolvimento das equipes de Saúde da Família, parceria e união entre os membros e também no nível central, o que facilita

o entrosamento entre todos os envolvidos e garantia de melhor execução e qualificação das práticas em saúde no território.

O quadro a seguir representa os fatores facilitadores para o planejamento local nas unidades básicas de Saúde da Família, sintetizados por meio das falas emitidas pelos participantes, sendo relevante considerar o reconhecimento desse processo nas equipes e na gestão.

QUADRO 6 – Distribuição dos fatores facilitadores do planejamento local. Maracanaú-CE, 2016

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES	FATORES FACILITADORES
Profissionais da APS	▪ Presença da equipe multiprofissional; ▪ Resolutividade dos casos encaminhados para ESF; ▪ Acesso as equipes da unidade de saúde; ▪ Reunião de equipe; ▪ Comunicação entre os membros da equipe e NASF.
Gestores	▪ Disponibilidade de acesso aos sistemas de informação; ▪ Acesso aos setores do nível central; ▪ Comunicação no nível central e com as equipes da APS; ▪ União e dedicação do grupo de técnicos do nível central; ▪ Parceria fortalecida com as avisas; ▪ Presença da gerente da Avisa nas reuniões com as equipes, na unidade de saúde; ▪ Descentralização das ações.

Fonte: Elaborado própria, por meio das falas dos sujeitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, buscamos analisar as práticas de planejamento local na Atenção Primária em Saúde, possibilitando reflexões críticas dos gestores e profissionais com relação ao trabalho no cotidiano do serviço, potencialidades e fragilidades na incorporação desse processo.

No tocante aos questionamentos relacionados à apropriação do planejamento pelos atores envolvidos, percebemos que ainda está bastante incipiente, não denotando período sistemático para sua realização; no entanto, há experiências iniciadas para apropriação do Planejamento Estratégico Situacional. A agenda de trabalho expressa o meio mais utilizado para programação das ações desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde. Foi possível identificar, também, o fato de que os dados gerados pelos instrumentos de gestão, como o Relatório de Gestão, pouco são empregados para monitoramento e avaliação das ações, e proposição de estratégias de intervenção no território, fundamentados mediante as falas dos participantes.

Em relação às potencialidades identificadas no planejamento,reunimos a relação comunicacional entre as equipes e a gestão, resolubilidade e multiprofissionalidade para a realização das ações e discussão da programação. As fragilidades apontadas no estudo relacionam-se à falta de planejamento conjunto, inapropriação do perfil para condução dos processos, comunicação falha com o nível secundário.

Em síntese, os resultados apontam as asserções iniciais para consolidação do planejamento local, contribuindo para o aprimoramento e a melhor organização do processo de trabalho, trazendo como principal intervenção no território em estudo a incorporação da Planificação da Atenção Primária em Saúde em decurso de implantação.

Foi possível identificar o fato de que a temática em foco, ainda, se faz escassa na literatura, requerendo o investimento no campo científico e pesquisas aplicadas nas diversas realidades, havendo a necessidade de que mais estudos possam possibilitar subsídios para a efetividade desta prática no serviço de saúde.

Nesta pesquisa, ficou demonstrado que se faz necessário ampliar a discussão acerca da efetivação do planejamento local, na direcionalidade à consolidação na APS, para assim ser utilizado não somente como ferramenta para a

gestão, mas principalmente instrumento indutor do posicionamento necessário ao planejamento, sendo capaz de favorecer a aplicação da sua potencialidade.

Com efeito, o estudo concorreu para intensificar reflexões plausíveis nos gestores e profissionais envolvidos, na possibilidade de efetivação e reorientação das práticas do planejamento local e qualificação do processo de trabalho e na possibilidade de aplicar o PES por meio do empoderamento dos envolvidos, rompendo assim com a abordagem assistencial e privilegiando propostas fundamentadas com suporte no levantamento epidemiológico da população e informações locais.

6.1 RECOMENDAÇÕES PARA EFETIVAÇÃO DO PLANEJAMENTO LOCAL NA APS

Os dados coletados e os resultados do estudo serviram de subsídio para análise dos saberes e práticas do planejamento local na Atenção Primária em Saúde, reconhecendo, assim, como as equipes de Saúde da Família e os gestores estão emponderados e implicados nesse processo.

A partir dos enunciados dos participantes, e utilizando como base os princípios do planejamento governamental do SUS (QUADRO 1), identificamos sugestões para efetivação do planejamento nas unidades de saúde e o reconhecimento enquanto política de gestão para o município, sendo incorporado à prática profissional, norteando, assim, o processo de trabalho, possibilitando a padronização e garantia do planejamento enquanto ferramenta para a gestão, exercendo de fato o seu papel estratégico na APS.

- Participação ativa dos gestores e profissionais de saúde na perspectiva de planejamento integrado, com suas expertises e detentores do conhecimento dos territórios, aproximando-se cada vez mais das necessidades dos serviços de saúde e dos usuários.
- Aprimoramento da gestão compartilhada, possibilitando momentos de encontros periódicos entre gestores, profissionais de saúde e também usuários, garantindo reflexões sobre mudanças no processo de trabalho e tomada de decisão.
- Garantia na agenda de trabalho dos profissionais para o planejamento das ações na unidade de saúde, com participação de todos os profissionais.

- Monitoramento, avaliação e desenvolvimento de estratégias a serem incorporadas na qualificação das ações, permitindo, assim, a organização estratégica da Saúde da Família.
- Implantação da Câmara Técnica, com encontros periódicos, tendo representantes da APS e Atenção Secundária, para melhor discussão dos casos encaminhados e facilidade na comunicação.
- Efetivação das reuniões de equipe, mensalmente, com participação de todos os profissionais da eSF, NASF e demais trabalhadores da unidade de saúde, considerando as necessidades de saúde da população para planejamento das ações.
- A gestão mais próxima das unidades de saúde, para reconhecimento do cotidiano e seu processo de trabalho, para garantia de subsídios suficientes na tomada de decisões.
- Maior apropriação dos dados fornecidos pelos instrumentos de gestão, a fim de que sejam socializados com os executadores das ações nos territórios, qualificando a prática profissional e o desenvolvimento de estratégias adequadas para o alcance dos indicadores prioritários.
- Delimitar critérios para escolha dos coordenadores das unidades básicas de saúde, priorizando-se o perfil profissional, técnico, administrativo, que se espera desse profissional, promovendo qualificação no âmbito da execução da política da Estratégia Saúde da Família no Município. Por conseguinte, pode-se ter autonomia necessária para o exercício da atuação compartilhada com os profissionais e usuários.
- Incorporação efetiva da planificação da Atenção Primária em Saúde no Município, com posterior realização de sensibilização dos profissionais e trabalhadores de saúde na UBASF Elias Boutala Salomão, com participação de representantes da gestão, exprimindoexplicações gerais sobre o projeto QualificaAPSUS e sua execução no território.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. esp. p. 835-840, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977.

_____. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2010.

BAZZO-ROMAGNOLLI, A. P.; GIMENEZ-CARVALHO, B.; DE FATIMA, E.; DE ALMEIDA-NUNES, P. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Rev. Gerenc. Polít. Salud***,* v. 13, n. 27, p. 168-180, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

_____.Lei Federal No 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 20 set. 1990. p. 18055.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. **Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015a. 133 p.

_____.**Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 136 p. il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

_____.**Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS**): uma construção coletiva. Trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, F. C. C. Necessidades em saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, v. 3, n. 9, p. 44-53, out./dez. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. cap. 7. p. 229-266.

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 723-731, jul./set. 2000.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Manual das oficinas do projeto QualificaAPSUS-Ceará**, 2016.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Rev. Interface Comunicação Saúde-Educação**, São Paulo, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997a.

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A; SILVA, R. D. **Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. **Planejamento Estratégico como instrumento de gestão e assistência.** In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família. Brasília, 2001, p. 198-201.

COLUSSI, C.F.; BOTELHO. L.J; LACERDA, J.T.D.**Planejamento na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. p. 62.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas** - o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books, 1992.

CUBAS, R. M. **Planejamento local de unidades básicas de saúde de Curitiba -** Paraná: da teoria à prática aspectos facilitadores e limitantes. Rio de Janeiro, 2002, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Publica. Rio de Janeiro, 2012.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa In:MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

EVANGELISTA, O. P. Orientações básicas para o processo de planejamento em saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 20-25, 1994.

GASKELL G. **Entrevistas individuais e grupais**. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2005. p. 72-88.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. **As Origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina.** Cadernos de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, v. 7, p. 1, jan./mar. 1991.

GIORDANI, J. A. La planificación como proceso social: un esquema de análisis. **Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación: Teoría y Método de la Planificación**, v. 3, p. 147-177, 1979.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de línguaportuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JESUS, W. L. A; ASSIS, M.M.A. **Desafios do planejamento na construção do SUS.** Organizadores: Carmen Teixeira, Rosana Onocko Campos. Salvador: EDUFBA, 2011.

JESUS, W. L. A. **Planejamento em Saúde no SUS**: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 2007-2009. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

JUNGES, J. R; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. Planejamento estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface (Botucatu. Online),** v. 19, p. 265-274, 2015.

LACERDA, J. T. L; MAGAJEWSKI, F. R. L.; MACHADO, N. M. V. M. **Especialização em Saúde da Família -** Modalidade a Distância. Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2010.

LANZONI, G. M. D. M.; LINO, M. M.; LUZARDO, A. R.; MEIRELLES, B. H. S. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 430-435, jul/set. 2009.

MACHADO, V.C; BAPTISTA, T.W.F; LIMA,L.D. **O planejamento nacional da política de saúde no Brasil:** estratégias e instrumentos nos anos 2000. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

MANNHEIM, K. **Liberdade, poder e planificação democrática.** São Paulo: Mestre Jou, 1972, 414 p.

MARACANAÚ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**, 2014.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**: governantes governados. São Paulo: Editora Fundap, 1996.

_____. **Los 3 Cinturones del gobierno**: gestión, organización e reforma.Caracas: Fundación ALTADIR, 1997. 261p.

_____. **Política, planificação e governo.** 2 ed. Brasília: Editora IPEA, 1993. p 297-554.

_____. **Política, planificación y gobierno.** Caracas: Fundación Altadir, 1987.

MATUS, C.; RIVERA, U.; JAVIER, F. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

MENDES, E. V. **O planejamento local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1994.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 2011.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E. **Agir em saúde** – um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. *et al*. **Acolher chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Planejamento como tecnologia de gestão**: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil, Campinas, São Paulo, 1994b.

_____. **Razão e planejamento.** São Paulo: Hucitec, 1994a, p. 118.

MINAYO, M. C S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, S. M. R. C. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole; 2007. cap. 4. p. 81-110.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio. 2006.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; IPEA; Ministério da Saúde;

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007. p. 767-782. .

PNUD, IPEA, IBGE e Fundação João Pinheiro. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**: índice de desenvolvimento humano municipal. Brasília: PNUD-IPEA-IBGE- FJP, 2010. Disponível em: http//www.ipea.gov,br/Acesso em Setembro de 2015.

PROTASIO, A. P. L.; SILVA, P. B.; LIMA, E. C.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 209-220, out. 2014.

REIS, A.T; OLIVEIRA, P. T. R; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**(on-line), v. 6, n. 2, Sup., 2012.

RICHARDSON, R. J. PERES, J. A. S.; WANDERLEY, J. C. V.; CORREIA, L. M.; PERES, M. H. M. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

RINALDI, L. B.; DEGRANDI, M. L.; SPEROTTO, S. D. M.; CALLAI, R. L. R. **Qual a autonomia municipal na gestão da saúde?** Porto Alegre: Da Casa Editora, 1997.

RIVERA, F. J. U. ARTMANN, E. Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersetorialidade na busca de uma maior governabilidade. In: CZERESNIA, D. F; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. **Planejamento e gestão em saúde**: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

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

RIZZOTO, M. L. F. **Planejamento em saúde**: aspectos históricos e metodológicos. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2010. .

SAN MARTIN, H. **Salud y enfermedad.** 2. Ed. México: La prensa médica mexicana, 1968. p. 652-666.

SANTOS, S. R. **Administração aplicada à enfermagem.** 2.ed. João Pessoa: Ideia, 2002.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 20, p. 1487-1494, 2004.

SCHTWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2145-2154, 2010.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev Bras Enferm**, v. 62, p. 424-429, 2009.

SILVA, A. S., LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 1821-1828, 2005.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**., v. 63, p. 762-769, 2010.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998, v. 2. (Série Saúde & Cidadania).

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 37-46, jan./abr., 2004.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad Saude Publica**, v. 18, Supl., p.153-162, 2002.

_____. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, 2003.

_____.**Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). **Cuadernos Médico Sociales**, v. 39, p. 3-28, 1987.

_____. **Pensamento estratégico e lógica da programação**.Rio de Janeiro-São Paulo: HUCITEC, 1995, 306p.

_____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas- ABRASCO, 1992. 226p.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 20, Supl. 2, p. 190-198,2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sócias:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Rev. Estudos de Psicologia**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 2009.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-EPJV-PROFORMAR, 2004, 68p.

VILASBÔAS; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa que tem como título ***Planejamento local na Atenção Primária em Saúde*** e como Objetivo Geral Analisar saberes e práticas de planejamento, na perspectiva dos profissionais e gestores de saúde da Atenção Primária em Município da região metropolitana de Fortaleza.Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas e fechadas e a técnica de grupo focal. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto que poderá ser gravado se o (a) Sr. (Sra.) concordar. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que a sua participação é voluntária e o (a) Sr. (Sra.) poderá a qualquer momento deixar de participar desta. Os riscos envolvem a possibilidade de o participante sentir-se envergonhado ou constrangido ao longo de alguma etapa da pesquisa, e cansaço durante o processo. Para minimizar os riscos, utilizaremos um ambiente confortável, tranquilo, ventilado e iluminado, deixando sempre bem claro que as respostas obtidas não ocasionarão qualquer prejuízo aos participantes envolvidos na pesquisa e que poderemos interromper o processo sempre que o participante achar necessário. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. O benefício do estudo será suscitar a participação efetiva dos profissionais de saúde no planejamento das ações de saúde em pensar problematicamente o processo de Trabalho. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Este termo foi elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador. Contatos com a Mestranda Inês Dolores Teles Figueiredo – (085)99632151 e com a Orientadora Maria Irismar de Almeida-(085)86605615 e mail: irismaruece@gmail.com.O Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE) encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone: (085)31019890- Endereço Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 Campos do Itaperi – Fortaleza- Ceará e mail:cep@uece.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisadora compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/____

_____
Assinatura do participante

_____
Inês Dolores Teles Figueiredo

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Profissionais da Estratégia Saúde da Família e NASF (GRUPO FOCAL)

Dados sociodemográficos

Idade:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Estado Civil: ( ) Casado (a) ( ) Solteiro (a) ( ) Divorciado (a) ( ) União Estável ( ) Viúvo (a)

Escolaridade: ( ) Graduação ( ) Pós-Graduada Especifique: _____ ( ) Mestre Especifique: _____Residência: _____ ( ) Nível Médio

Tempo de atuação na equipe: _____ ano_____ meses

Roteiro do grupo focal

1. Como acontece o processo de planejamento das ações na Unidade Básica de Saúde?
2. Quais os indicadores que a equipe utiliza para planejar as ações?
3. Você considera que o planejamento das ações influencia no processo de trabalho e cuidado? Explique_____
4. Como ocorre a participação de gestores, profissionais da equipe e a comunidade?
5. Para você o que é planejamento em saúde?
6. Qual o objetivo de planejar?
7. Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas para programação das ações na unidade de saúde?

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Gestores

Dados sociodemográficos

Idade: ___

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Estado Civil:

( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a) ( ) União Estável ( ) Viúvo(a)

Escolaridade:( ) Graduação ( ) Pós-Graduada Especifique: _____

( ) Mestre Especifique: _____ Residência: _____ ( ) Nível Médio

Tempo de atuação na equipe: _____ ano_____ meses

Roteiro de entrevista semiestruturado

1. Como você realiza o planejamento das ações na APS?
2. Há algum instrumento para nortear a realização do planejamento nas unidades de saúde? Justifique.
3. Como são utilizadas as informações dos instrumentos de gestão (RG, Plano Municipal de Saúde) para o planejamento das ações?
4. Como a gestão envolve as equipes de Saúde da Família no planejamento das ações?
5. Como se dá a integração da Secretaria de Saúde com as esferas de gestão para o planejamento das ações?
6. Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas para programação das ações no nível central?
7. Como a gestão envolve-se no planejamento das ações nas unidades de saúde?

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado Sr. Francisco Torcápio Vieira da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Maracanaú

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **"PLANEJAMENTO LOCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIAEM SAÚDE"** a qual envolve a aplicação de questionários/entrevistas com os profissionais da Área de Vigilância à Saúde II. Esse estudo é essencial para promover a autonomia e o protagonismo das equipes de Saúde da Família e ampliar a corresponsabilização dos envolvidos no processo de produção da saúde.

Os participantes serão convidados por meio de contato telefônico. Somente participarão dos encontros, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no mês de Abril de 2016, sendo conduzida pela pesquisadora responsável.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho do gestor em saúde, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, ___/___/2016.

_____
Inês Dolores Teles Figueiredo
Mestranda em Saúde da Família

APÊNDICE D

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Francisco Torcápio Vieira da Silva, Secretário de Saúde de Maracanaú autorizo a realização da pesquisa **"***PLANEJAMENTO LOCAL NA ATENÇAO PRIMÁRIA EM SAÚDE***"** a ser realizada por Inês Dolores Teles Figueiredo no mês de Abril de 2016, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará- UECE.

Autorizo as pesquisadoras a utilizarem o espaço da Área de Vigilância à Saúde II para a realização de entrevistas com os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família. Afirmo que não haverá qualquer implicação negativa aos profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Maracanaú, __/__/2016.

_____

Francisco Torcápio Vieira da Silva

Secretário de Saúde de Maracanaú

APÊNDICE E

QUADRO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS REFERENTES ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA. MARACANAÚ-CE, 2016

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL		ESCOLARIDADE	GRAU ACADÊMICO		CAMPO DE ATUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO
P1	30 anos	F	Casada	P1	Nível Superior	Pós-Graduada	P1	ESF	2 anos e 4 meses
P2	26 anos	F	Casada	P2	Nível Superior	Pós-Graduada	P2	ESF	3 anos e 1 mês
P3	36 anos	F	Casada	P3	Nível Superior	Pós-Graduada	P3	ESF	3 anos e 10 meses
P4	38 anos	F	Casada	P4	Nível Médio	-	P4	ESF	5 anos e 8 meses
P5	33 anos	F	Solteira	P5	Nível Médio	-	P5	ESF	4 anos e 11 meses
P6	32 anos	M	Solteiro	P6	Nível Superior	Residência	P6	NASF	3 anos e 11 meses
P7	39 anos	F	Casada	P7	Nível Médio	-	P7	ESF	8 anos e 2 meses
G1	50 anos	M	Casado	G1	Nível Superior	Pós-Graduado	G1	Planejamento	03 anos e 4 meses
G2	64 anos	M	Casado	G2	Nível Superior	Mestre	G2	Secretário de Saúde	03 anos e 4 meses
G3	50 anos	F	Solteira	G3	Nível Superior	Pós-Graduada	G3	Atenção Básica	03 anos e 4 meses
G4	34 anos	F	Casada	P1	Nível Superior	Pós-Graduada	G4	Atenção Básica	4 meses

ANEXOS

ANEXO A

POSTULADO DA COERÊNCIA

Fonte: Testa, 1992.

FIGURA 1 – O Postulado da Coerência de Mário Testa

ANEXO B

TRIÂNGULO DE GOVERNO

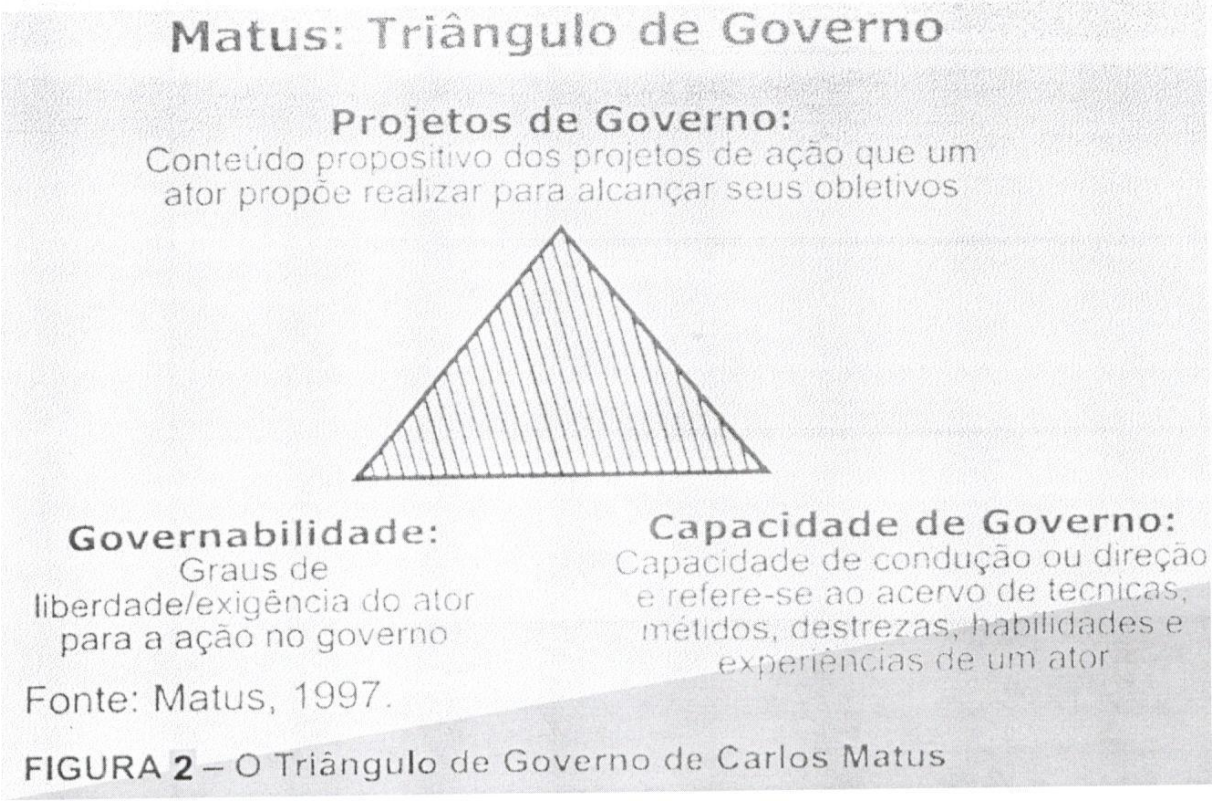


FIGURA 2 – O Triângulo de Governo de Carlos Matus

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO LOCAL EM SAÚDE SOB A ÓPTICA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: INES DOLORES TELES FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49145015.1.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.520.392

Apresentação do Projeto:

Apesar do planejamento em saúde ser um dos pressupostos do SUS, sabe-se que, na prática, não é comum que as ações sejam planejadas coletivamente e com a participação de usuários, trabalhadores e gestores. O objetivo dessa pesquisa será identificar como é realizado o planejamento local em saúde pela equipe multiprofissional na Atenção Primária em município da região metropolitana. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Participarão do estudo 20 profissionais da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Família Elias Boutala, no município de Maracanaú-Ceará. Os dados serão coletados por meio de um questionário sóciodemográfico contendo as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de atuação na equipe, informações profissionais e entrevista baseada em roteiro semiestruturado. Os dados coletados serão analisados e interpretados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar como é realizado o planejamento local em saúde pela equipe multiprofissional na Atenção Primária em município da região metropolitana.

Objetivo Secundário:

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:** cep@uece.br

Conhecer o entendimento dos profissionais na Estratégia Saúde da Família sobre o planejamento em saúde; Verificar fragilidades e potencialidades para o desenvolvimento do planejamento das ações nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todos os riscos e a maneira de contorná-los estão descritos. Os riscos descritos são possibilidade do participante sentir-se envergonhado em participar do estudo por ser conhecido ou subordinado do pesquisador responsável, podendo haver também sensação de tédio e cansaço por parte do participante. Para minimizar os riscos, será utilizado um ambiente confortável, tranqüilo, ventilado e iluminado, deixando sempre claro que as respostas obtidas não ocasionarão qualquer prejuízo aos participantes envolvidos na pesquisa e que o pesquisador poderá interromper o processo sempre que o participante achar necessário. Já o benefício do estudo é suscitar a participação efetiva dos profissionais de saúde no planejamento das ações de saúde, em pensar problematicamente no processo de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A realização do estudo possui relevância no sentido de possibilitar a participação efetiva dos profissionais de saúde no planejamento das ações de saúde, em pensar problematicamente o processo de trabalho, permitindo assim uma participação crítica, construtiva e de compromisso com a saúde da população, melhoria na qualidade das ações desenvolvidas e efetividade do trabalho. E a justificativa para realizar a pesquisa está evidente no projeto e no protocolo. A justificativa advém do fato das pesquisadoras sentirem a necessidade e o interesse em reconhecer e estimular os processos de planejamento local das equipes multiprofissionais na atenção primária em saúde, na identificação de sujeitos ativos no ato de planejar, produzindo ações mais qualificadas no trabalho das equipes, por meio da ampliação do diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a gestão, promovendo assim autonomia e o protagonismo das equipes de Saúde da Família e ampliando a corresponsabilização dos envolvidos no processo de produção da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto ao TCLE, está em forma de convite, apresenta o título e o objetivo da pesquisa, explicita adequadamente os riscos e os benefícios; constam o telefone, o endereço, e o e-mail do CEP; há telefone, email, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável.

Quanto a Folha de rosto, contém a assinatura do pesquisador responsável e contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição onde se realizará a pesquisa.

Quanto a Carta de Anuência, esta apresenta o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal, estando descrito o que será realizado na instituição e o período em que os dados serão coletados; apresenta o carimbo da instituição e assinatura do responsável.

Quanto ao cronograma do projeto, está descrito quando começará cada fase do estudo, indicando que a coleta de dados se iniciará após a aprovação do CEP.

Quanto ao orçamento, o financiamento é próprio; há descrição, no projeto, sobre o que será gasto, havendo coerência entre o método e o orçamento.

Recomendações:

Atualizar datas no cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

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_556590.pdf	14/03/2016 09:36:17		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	14/03/2016 09:27:25	INES DOLORES TELES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Termodeanuencia.pdf	14/03/2016 09:24:50	INES DOLORES TELES FIGUEIREDO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/03/2016 19:14:37	INES DOLORES TELES FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	12/03/2016 19:07:26	INES DOLORES TELES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	APENDICEC.doc	24/08/2015 10:58:28	INES DOLORES TELES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	APENDICEB.doc	24/08/2015 10:50:07	INES DOLORES TELES FIGUEIREDO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	24/08/2015 10:42:45	INES DOLORES TELES FIGUEIREDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	24/08/2015 10:38:28	INES DOLORES TELES FIGUEIREDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 28 de Abril de 2016

Assinado por:

ISAAC NETO GOES DA SILVA

(Coordenador)

Comitê de Ética
Parecer Aprovado
Data: 29/04/2016

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:** cep@uece.br