

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Sharon da Silva Martins**

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESVELANDO CENÁRIOS**

Santa Maria, RS  
2021



**Sharon da Silva Martins**

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESVELANDO  
CENÁRIOS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS  
2021

Martins, Sharon da Silva  
Planejamento das ações em Saúde da Família: desvelando cenários / Sharon da Silva Martins.- 2021.  
159\* p.; 30 cm

Orientador: Teresinha Heck Weiller  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2021

1. Planejamento em saúde 2. Atenção básica à saúde 3. Sistema Único de Saúde 4. Estratégia de Saúde da Família 5. Enfermagem I. Heck Weiller, Teresinha II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, SHARON DA SILVA MARTINS, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Sharon da Silva Martins**

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESVELANDO  
CENÁRIOS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 19 de maio de 2021:**

---

**Teresinha Heck Weiller (UFSM)  
Presidente/ Orientadora**

---

**Vânia Maria Figueira Olivo (UFSM)  
Examinador/ Membro efetivo**

---

**Adalvane Nobres Damaceno (UNISINOS)  
Examinador/ Membro efetivo**

---

**Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterio (USP)  
Examinador/ Membro suplente**

Santa Maria, RS  
2021



## DEDICATÓRIA

*Para Eshley, Kauan e Renato, meus filhos, meus amores, minha força.*

*Para lembrá-los que sempre é tempo de sonhar, aprender e realizar.*





## AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus, pela oportunidade de aperfeiçoamento através da existência, e aos bons amigos, pelo amparo em todos os momentos.

Aos meus filhos, por compreenderem o tempo que lhes deixei de dedicar, para crescer como pessoa e como profissional.

Ao meu esposo, Ezaquiel, pelo apoio e parceria de sempre, sobretudo nesta jornada.

À minha mãe, Noeli, pelo apoio, exemplo de superação e por sempre acreditar em mim.

Aos meus irmãos, que mesmo de longe me apoiam e fortalecem.

Aos amigos, colegas, residentes, estagiários e parceiros de luta que sempre torceram por mim.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho da S.E. Sol da Esperança, em especial à Marilene Elizeche, por estarem lá sempre que precisei, por me ajudarem a crescer.

À equipe ESF Maringá, minha equipe com muito orgulho, por se reorganizar para suprir minhas ausências, perdoar meu cansaço e apoiar meus sonhos.

À minha orientadora, prof. Tere, por todo conhecimento compartilhado, pelo exemplo de profissional que nos inspira; pela paciência com essas mestrandas que trabalham em tempo integral, e tem família, e problemas, enfim, vida fora da universidade, no meio de uma pandemia... Por respeitar nossas trajetórias, ofertar suporte, empatia e extrair o melhor de nós.

Aos colegas do Grupo GEPESC, pelos encontros ricos de aprendizado. A mescla de núcleos profissionais, de locais de atuação e de gerações torna este grupo tão diversificado e potente. Agradecimento especial à ELISA RUCKS MEGIER, por sua competência e generosidade, sempre disponível para ajudar e contribuir com todos. Essa menina superpoderosa salva o dia, especialmente das “jovens pesquisadoras” que não são pesquisadoras jovens.

À banca, pela disponibilidade em contribuir com esta construção.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pela seriedade e empenho com que são conduzidos os processos de formação nesta instituição pública, gratuita, de qualidade.

Aos mestres de toda a vida, que contribuíram na minha formação profissional, em especial àqueles que me inspiram até hoje.

À gestão municipal, por respeitar meu direito ao aperfeiçoamento e conceder liberação para meus estudos.

Aos trabalhadores, sanitaristas e comunidade que construíram e conquistaram o SUS, e àqueles que ousam lutar por ele todos os dias, por inspirarem este trabalho e todos os outros que ainda virão.

*“Se cada um de nós lançar uma centelha de luz a cada dia, (...) podemos nos iluminar e iluminar o mundo”*

(Jorge Brandão, 2015)



## RESUMO

### PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESVELANDO CENÁRIOS

AUTORA: Sharon da Silva Martins  
ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

O planejamento em saúde ainda é uma prática incipiente nos serviços de saúde no Brasil, embora diversos estudos comprovem a sua relevância para a reorientação do modelo assistencial de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. O presente estudo objetivou analisar o processo de planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município de Santa Maria - RS. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cuja população constou de membros de diferentes setores ligados à gestão da Secretaria de Município da Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e trabalhadores das equipes de Saúde da Família, totalizando trinta e cinco sujeitos. A coleta de dados ocorreu em julho e agosto de 2020. Foi feita através de análise documental dos instrumentos de planejamento do SUS municipais e entrevista semiestruturada, com roteiros adaptados às diferentes funções - assistência, gestão e controle social. A exploração dos dados foi alicerçada a partir da análise de conteúdo de Bardin. Resultados: O processo de planejamento apresenta fragilidades, como a pouca participação da comunidade, distância entre quem planeja e quem executa as ações, falta de referencial teórico e metodológico, fragmentação da RAS, escassez de recursos humanos e materiais. Existem potencialidades, como a tentativa de aproximação da gestão com as eSF, emissão de relatórios para monitoramento das ações, trabalhadores com qualificação técnica e comprometidos em melhorar a saúde da comunidade atendida; experiências de apoio matricial pelo NASF-AB e institucional pelo NEPeS e instituições de ensino. Ainda são necessários estudos e avanços nas práticas, mas os sujeitos entrevistados acreditam que é possível melhorar o que está instituído.

**Palavras-chave:** Atenção Básica à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Planejamento em Saúde. Sistema Único de Saúde. Enfermagem



## **ABSTRACT**

### **PLANNING OF ACTIONS IN FAMILY HEALTH: DESVELANDO SCENARIOS.**

AUTHOR: Sharon da Silva Martins  
ADVISOR: Teresinha Heck Weiller.

Health planning is still an incipient practice in health services in Brazil, although several studies prove its relevance to the reorientation of the health care model according to the principles of the Unified Health System. This study aimed to analyze the planning process of the actions developed by the Family Health teams in Santa Maria – RS. This is a qualitative, descriptive and exploratory study, whose population consisted of members from different sectors related to the management of the Municipal Health Department, the Municipal Health Council and workers of the Family Health teams, totaling 35 subjects. Data collection occurred in July and August 2020. It was done through documental analysis of the municipal SUS planning instruments and semi-structured interview, with scripts adapted to the different functions - assistance, management and social control. The data exploration was based on Bardin's content analysis. Results: The planning process presents weaknesses, such as the low participation of the community, the distance between those who plan and who performs the actions, lack of theoretical and methodological framework, fragmentation of the RAS, scarcity of human and material resources. There are potentials, such as the attempt to approach management with the eSF, reporting to monitor actions, workers with technical qualification and committed to improving the health of the community assisted; experiences of matrix support by NASF-AB and institutional by NEPeS and educational institutions. Studies and advances in practices are still needed, but the interviewed subjects believe that it is possible to improve what is instituted.

Keywords: Primary Care. Family Health Strategy. Health Planning. Unified Health System. Nursing.





## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da SMS .....	70
-------------------------------------	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Linhas de interpretação da APS .....	31
Quadro 2 – Ferramentas úteis aos momentos do PES .....	50
Quadro 3 – Riscos e medidas para prevenção de danos .....	77
Quadro 4 – Pessoas que se envolveram na elaboração dos Planos Municipais de Saúde .....	80
Quadro 5 – Ferramentas usadas para o planejamento/ Diagnóstico Situacional de acordo com os Planos Municipais de Saúde .....	81
Quadro 6 – Ferramentas usadas para o planejamento/ Avaliação e Monitoramento de acordo com os Planos Municipais de Saúde .....	82
Quadro 7 – Eixos Estruturantes das Programações Anuais de Saúde 2016-2020.....	83
Quadro 8 – Participantes da pesquisa de acordo com sexo e faixa etária .....	86
Quadro 9 – Núcleos profissionais dos trabalhadores da pesquisa.....	86
Quadro 10 – Maior grau de escolaridade dos sujeitos da pesquisa .....	87
Quadro 11 – Tempo dos trabalhadores de eSF na atual função e unidade .....	88
Quadro 12 – Tempo de lotação dos trabalhadores da gestão nos cargos.....	89
Quadro 13 – Reuniões sistemáticas dos integrantes da gestão .....	91
Quadro 14 – Tipos de apoio referidos pelos trabalhadores ao planejamento das eSF .....	93
Quadro 15 – Condições essenciais para um planejamento ideal em saúde na percepção dos trabalhadores das eSF .....	111



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CENDES	Centro de Estudos de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica Para a América Latina e Caribe
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública na Saúde
CPPS	Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
eAP	equipe de Atenção Primária
ESP	Escola de Saúde Pública
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Sigla em inglês do Vírus da Imunodeficiência Humana
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUMESC	Núcleo Municipal de Saúde Coletiva
NURESC	Núcleo Regional de Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Planificação ou Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Portaria Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização

PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAG	Relatório Anual de Gestão
RG	Relatório de Gestão
RT	Responsável Técnico (a)
SMSSM	Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPACTO	Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Confidencialidade
TCLS	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
ZOOP	<i>Ziel Orientierte Projekt Planung</i> - Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	23
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>2.2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	27
<b>2.2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	27
<b>2.2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	28
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	29
3.1	A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	29
3.2	PLANEJAMENTO EM SAÚDE: MÉTODOS E VERTENTES EPISTEMÓLOGICAS .....	40
<b>3.2.1</b>	<b>Correntes teóricas internacionais do Planejamento em Saúde</b> .....	41
3.2.1.1	<i>Método CENDES/ OPAS e o Planejamento Normativo</i> .....	41
3.2.1.2	<i>Enfoque Estratégico de Programação em Saúde</i> .....	43
3.2.1.3	<i>O Pensamento Estratégico de Mario Testa</i> .....	44
3.2.1.4	<i>O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus</i> .....	46
<b>3.2.2</b>	<b>Tendências e correntes de pensamento sobre Planejamento em Saúde no Brasil</b> .....	51
3.2.2.1	<i>Gestão estratégica do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP</i> .....	52
3.2.2.2	<i>Planejamento Estratégico Comunicativo</i> .....	53
3.2.2.3	<i>Corrente da Vigilância em Saúde</i> .....	53
3.2.2.4	<i>Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)</i> .....	55
3.2.2.5	<i>PES Modificado ou ZOOP Enriquecido pelo PES</i> .....	56
3.2.2.6	<i>O Planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos</i> .....	56
3.2.2.7	<i>Integralidade como diretriz para o planejamento e organização dos serviços de saúde</i> .....	57
<b>3.2.3</b>	<b>Gestão em saúde como dimensão prática do planejamento</b> .....	58
3.3	O PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS .....	65
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	69
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	69
4.2	CAMPO DE ESTUDO .....	69
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	71
<b>4.3.1</b>	<b>Trabalhadores da gestão</b> .....	72
<b>4.3.2</b>	<b>Trabalhadores das eSF</b> .....	73
<b>4.3.3</b>	<b>Conselheiros de Saúde</b> .....	73
4.4	MÉTODOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	74
4.5	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS .....	76
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	79
5.1	ANÁLISE DOCUMENTAL .....	79
<b>5.1.1</b>	<b>Os Planos Municipais de Saúde</b> .....	79
<b>5.1.2</b>	<b>As Programações Anuais de Saúde</b> .....	82
<b>5.1.3</b>	<b>Os Relatórios de Gestão Municipais de Saúde</b> .....	84
5.2	RESULTADOS DAS ENTREVISTAS .....	84
<b>5.2.1</b>	<b>Caracterização dos participantes do estudo</b> .....	85
<b>5.2.2</b>	<b>Categorias emergentes das entrevistas</b> .....	89
5.2.2.1	<i>O planejamento como processo</i> .....	89
5.2.2.2	<i>Bases do planejamento das ações em ESF</i> .....	94

5.2.2.3	<i>Diagnóstico situacional: potencialidades e fragilidades do processo de planejamento.....</i>	96
5.2.2.4	<i>Possíveis caminhos... Caminhos possíveis? O cenário ideal projetado pelos sujeitos da pesquisa.....</i>	107
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>113</b>
6.1	OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS .....	113
<b>6.1.1</b>	<b>Atores envolvidos no processo de planejamento .....</b>	<b>113</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Tendências teóricas e correntes de pensamento que embasam o processo de planejamento .....</b>	<b>116</b>
<b>6.1.3</b>	<b>Ferramentas/ instrumentos/ estratégias utilizadas no planejamento .....</b>	<b>116</b>
6.2	A FALA DOS ATORES .....	117
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>123</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>127</b>
	<b>APÊNDICE A – ARTIGO RESULTANTE DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....</b>	<b>145</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO COM OS MEMBROS DA GESTÃO.....</b>	<b>149</b>
	<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO COM OS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF.....</b>	<b>151</b>
	<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO COM OS PROFISSIONAIS DO NASF.....</b>	<b>153</b>
	<b>APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE.....</b>	<b>155</b>
	<b>ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>157</b>
	<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .</b>	<b>159</b>
	<b>ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....</b>	<b>161</b>



## **1 APRESENTAÇÃO**

O presente estudo consta de pesquisa realizada para construção de dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

O interesse pelo estudo em torno do planejamento no cotidiano dos serviços de saúde decorre de minha experiência profissional iniciada na graduação, quando as vivências dos estágios finais (2002) foram realizadas no campo da gestão, junto à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul e à Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS. Na oportunidade, buscava compreender a implementação das políticas públicas, culminando com o trabalho de conclusão de curso (TCC), cujo tema foi a utilização do Relatório de Gestão como instrumento de planejamento.

A necessidade de aprofundar a temática tornou-se mais eminente através do exercício profissional como enfermeira de unidade básica de saúde e de Saúde da Família, tanto nas atividades assistenciais, de controle social e vinculadas à gestão – tutoria interna da Planificação da Atenção Primária, formação da coordenação de enfermagem do município, grupos de discussão de protocolos e comissão de elaboração do Plano Municipal de Saúde. O envolvimento na formação de profissionais de saúde, através da supervisão de estágios de graduação, preceptoria em programas de residência e participação em projetos de integração ensino-serviço, também instiga o aperfeiçoamento profissional e institucional.

A participação no Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, contribuiu de forma significativa para o amadurecimento desta proposta de trabalho, tendo em vista a produção de diversos estudos e reflexões sobre o SUS e os processos de trabalho e gestão em saúde nos diferentes cenários da rede, com ênfase à avaliação dos serviços.

Espera-se que o presente estudo contribua para o fortalecimento da rede de atenção básica municipal e do SUS, de forma geral, considerando o compromisso da divulgação dos resultados por consistir em uma pesquisa de pós-graduação. A reflexão sobre o processo de planejamento das ações, pelos diferentes atores, pode suscitar novos conceitos, novas práticas e, quiçá, novos protagonistas.



## 2 INTRODUÇÃO

Planejar significa, no olhar de diversos autores, a capacidade de pensar sobre determinadas situações, construir propostas (planos) de modo a intervir na realidade e criar condições mais favoráveis, seja sanando necessidades já conhecidas ou antevendo possíveis problemas. Envolve impreterivelmente: intencionalidade, pois parte de objetivos ou metas a serem alcançados; racionalidade, através da utilização de instrumentos, técnicas e saberes que constituirão seu método; ação, ou seja, as atividades que serão desenvolvidas para atingir os objetivos. Sendo assim, constitui a alternativa à mera reprodução de tarefas destituídas de reflexão e à improvisação diante de situações inesperadas e/ ou emergenciais (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010; MATUS, 1991; MERHY, FEUERWERKER, 2016; PAIM, 2012; PARENTE, 2011; RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA, 2010).

Os autores acima referidos são unânimes ao enfatizar o caráter racional e sistemático do planejamento para que haja maior possibilidade de alcance dos resultados esperados. Parente (2011) salienta que o ato de antecipar determinados fenômenos é uma das categorias que diferencia o ser humano das demais espécies da natureza, passando do reino animal para o simbólico. Paim (2012) corrobora essa percepção ao afirmar que o planejamento é uma prática social, política, técnica, econômica e ideológica, portanto, inerente à condição humana.

Campos, Faria e Santos (2010) referem que, nas instituições governamentais, geralmente há mais necessidades do que recursos disponíveis. Além disso, a complexidade e dinamicidade das situações enfrentadas torna imperativo a implementação de um processo de planejamento que contemple essas variáveis. Paim (2012) afirma que as instituições de saúde, especificamente, não podem correr o risco do imprevisto, tendo em vista que as ações (ou a falta delas) podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.

O planejamento em saúde vem sendo discutido e reformulado desde o início do século XX, envolvendo teorizações e debates sobre os modelos de atenção à saúde e seu impacto nos processos de trabalho. No modelo tradicional de saúde a preocupação maior centrava-se na relação custo-benefício da assistência, focalizada em ações individualizadas e curativistas. Entretanto, o advento da reforma sanitária no Brasil e no mundo impeliu a necessidade de reorganização/ qualificação das ações de saúde e, conseqüentemente, do planejamento e gestão do cuidado. A Atenção Primária em Saúde (APS) emergiu como proposta para reorientar os sistemas de saúde no contexto mundial em busca de maior resolutividade e sustentabilidade nas ações e dos sistemas nacionais de saúde. Nesta perspectiva, o planejamento em atenção primária constitui um desafio nos âmbitos da assistência, da gestão e da formação profissional,

considerando a pluralidade dos aspectos relacionados à saúde das populações e indivíduos, ao longo do tempo (CAMPOS, 2003; CECÍLIO, 2011; MELLO, MATTOS, 2018; PAIM, 2012; RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA, 2010).

Diversos autores examinaram o modelo de atenção no Brasil e elaboraram referenciais teóricos e metodológicos para concretizar a mudança nas práticas de saúde, através de ferramentas e dispositivos de atenção e de gestão. Muitos destes, como Campos (2003) e Merhy et al. (2002), foram utilizados na composição de políticas públicas, portarias, normativas e manuais institucionais que visavam a reorientação do modelo assistencial. São exemplos a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006; 2011; 2017), Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013a), bem como a implantação de Equipes de Saúde da Família, consultório de rua, Núcleos Ampliados de Saúde da Família etc.

Com o intuito de auxiliar a refletir e elucidar as questões mais voltadas à gestão, considerando as relações entre as necessidades de saúde e as respostas organizadas (ou não) dos serviços, surgiu o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde - PlanejaSUS (BRASIL, 2009). A proposta foi ofertar subsídios teóricos e metodológicos, além das referências legais para a institucionalização e operacionalização de um planejamento efetivo e participativo, que produza sentido ao envolver usuários, trabalhadores e gestores, como sujeitos atuantes e não meros receptores, executores ou ordenadores de práticas. Isto implica, necessariamente, em internalizar, nos diferentes meios (gestão, atenção, formação) a necessidade de planejar, de forma sistemática e organizada, as políticas e intervenções, que se tornam cada vez mais complexas.

A descentralização da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) para Estados e Municípios representou um avanço na construção de uma gestão compartilhada, contudo, evidenciou a necessidade de definição de parâmetros que balizassem o planejamento nas três esferas de governo. Foram instituídos os instrumentos de Planejamento no SUS: Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão, os quais devem interligar-se “sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS” (BRASIL, 2016, p. 102).

Embora vários estudos comprovem a importância do planejamento, ainda é perceptível a necessidade de avanços: superar a cultura institucional voltada ao imediatismo nas intervenções orientadas pela queixa-conduta e não pela avaliação das necessidades de saúde da população, expressas através de indicadores; descentralizar o planejamento, através do processo de cogestão ou gestão compartilhada, de modo que as ações não sejam baseadas apenas em decisões verticalizadas da gestão para os trabalhadores, mas que sejam uma construção coletiva

com base em diagnósticos situacionais (CAMPOS, 2012; PAIM, 20012; MERHY, FEUERWERKER, 2016; TEIXEIRA, 2010).

A participação dos trabalhadores das equipes no processo de planejamento e não apenas a centralização deste nos órgãos/ setores de gestão também se justifica pela maior proximidade dos trabalhadores com as comunidades em seus territórios, possibilitando o conhecimento mais detalhado das demandas e peculiaridades locais (ANUNCIACÃO, SOUZA, 2011; BECKER, LOCK, REIS, 2018; CUBAS, 2005; FERREIRA et al., 2018; SARTI et al., 2012; SANTOS et al., 2018). Ainda, existe uma tendência de que os profissionais nas equipes permaneçam por mais tempo em seus locais de trabalho, ao contrário dos ocupantes de cargos de gestão que, em sua maioria, não pertencem ao quadro de funcionários dos municípios e apresentam grande rotatividade nas funções (OLIVEIRA, 2016).

A busca por estudos relacionados ao tema revelou que, em geral o planejamento é visto como atividade distante da prática assistencial e essencialmente burocrática. Um número significativo de trabalhos tem apenas os gestores como sujeitos de investigação; além disso, os estudos que envolvem trabalhadores e usuários dos serviços demonstram a insuficiência da sua participação no planejar, tornando pertinente uma investigação deste teor, especialmente se considerarmos que a rotatividade de trabalhadores é, na maioria das vezes, muito menor que a dos cargos de gestão.

Nesta perspectiva, o presente estudo propôs como problema de pesquisa: *“Como são planejadas as ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município de Santa Maria/RS?”*. A metodologia incluiu análise documental dos instrumentos municipais de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatórios de Gestão) e entrevistas semiestruturadas com dois membros do Conselho Municipal de Saúde, catorze trabalhadores ocupantes de cargos de gestão e dezenove trabalhadores de sete equipes de eSF. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin (2016) e revelaram fragilidades e potencialidades do processo de planejamento, além de perspectivas de melhorias na visão dos sujeitos da pesquisa.

## 2.2 OBJETIVOS

### 2.2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no município de Santa Maria - RS.

### 2.2.2 Objetivos específicos

- Identificar e caracterizar os atores envolvidos no processo de planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no município.
- Analisar as tendências de pensamento/ correntes teóricas que embasam o planejamento das ações das equipes de ESF no município.
- Descrever e analisar as ferramentas/ instrumentos/ estratégias utilizadas para operacionalizar o planejamento das ações nas equipes de Saúde da Família do município.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para subsidiar o presente estudo, optou-se por fazer duas revisões de literatura, sendo uma narrativa (BRUM et al., 2018) e uma integrativa (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2018). A revisão narrativa da literatura incluiu pesquisa bibliográfica, busca no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na Biblioteca Virtual em Saúde, de modo a propiciar a compreensão mais aprofundada dos aspectos históricos, metodológicos, jurídicos e institucionais que embasam a temática.

A revisão integrativa de literatura objetivou reunir e sintetizar evidências sobre o planejamento de ações desenvolvidas por equipes de Saúde da Família, tendo como produto o estado atual do conhecimento sobre o tema, bem como a identificação de lacunas no conhecimento produzido (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2018). Os resultados desta revisão foram publicados na forma de artigo, em apêndice neste trabalho (APÊNDICE A).

#### 3.1 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O primeiro delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado, baseado em assistência primária, secundária e terciária e integrado em rede, foi proposto pelo Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra. Posteriormente, em 1961, estudo de White demonstrou que, nos Estados Unidos e Reino Unido, eram realizados muito menos atendimentos em hospitais do que na “atenção médica primária” (MELLO et al., 2009). A partir de uma ideia anterior da China e aproveitando o momento político, os soviéticos propuseram na 23ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde, em 1970, uma conferência sobre serviços de saúde, de modo a ampliar e aprofundar o debate teórico sobre atenção primária (MELLO et al., 2009).

Em 1971, formou-se um grupo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para realizar o estudo “Methods of Promoting of Development of Basic Health” sobre promoção de Serviços Básicos de Saúde, no intuito de avaliar futuras políticas públicas. A proposta de serviços básicos consistia na oferta de ações assistenciais e programáticas, sem ênfase em ações comunitárias e intersetoriais; foi considerada falha quando foram confrontadas as ações propostas e as expectativas das comunidades. Em 1975, a expressão “Primary Health Care” apareceu pela primeira vez em documentos oficiais da OMS – o relatório “The Promotion of National Health Services” defendia a APS como o caminho para serviços de saúde mais efetivos. No mesmo ano, outras duas publicações descreviam projetos com experiências que já vinham sendo desenvolvidas em diferentes cenários do globo, associando definitivamente a identidade da

APS como projeto de desenvolvimento social com base comunitária: “Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Development Countries”, estudo conjunto da OMS com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância – United Nations Children’s Fund”), e “Health by the People”, editado por Kenneth Newell (MELLO et al., 2009).

Experiências locais na Indonésia, Índia e Guatemala e experiências de âmbito nacional na Tanzânia, China e Cuba balizaram as discussões antes de Alma Ata. Era necessária uma base conceitual clara que diferenciasse a proposta da APS de Serviços Básicos de Saúde. Em 1937, houve uma primeira tentativa na Indonésia, de aliar serviços básicos de saúde com a inserção comunitária e a intersetorialidade, que acabou não avançando. Era preciso muito tempo e esforço para dar conteúdo à expressão APS (MELLO et al., 2009).

A meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, a ser conquistada através de atenção primária à saúde forte e abrangente, foi apresentada pelo então diretor da OMS Halfdan Mahler em 1976, o qual tinha forte senso de justiça social e experiência em serviços de saúde pública. A postura de Mahler à frente da OMS associada ao contexto mundial favorável, com experiências exitosas sendo divulgadas e a predominância de governos social-democratas na maioria dos países europeus fortaleceu o movimento que culminou com a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, na Rússia, em 1978. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A partir das discussões que deram origem à Declaração de Alma Ata, a proposta de serviços básicos de saúde foi deixada de lado e a expressão Atenção Primária à Saúde, de origem inglesa, substituiu a “atenção médica primária” enunciada por White et al. (MELLO et al., 2009).

A Conferência de Alma Ata (1978), trouxe a proposição de uma assistência à saúde integral, baseada em um conceito ampliado de saúde (com destaque para seus determinantes e condicionantes), em um sistema articulado de saúde e com promoção da participação social, atrelando a ideia de investimento em saúde com o desenvolvimento econômico e social. Corroborou os questionamentos feitos aos programas verticais propostos pela OMS voltados ao combate de endemias e ao modelo hegemônico médico centrado, com ênfase à especialização e ao intervencionismo. Contudo, na prática, a APS recebeu uma conceituação mais genérica. Questões relacionadas ao papel do Estado, desigualdades sociais e atendimento universal em contextos totalmente distintos levaram os países a construir suas práticas e processos de forma independente, de acordo com concepções e prioridades locais (MELLO et al., 2009; MENDONÇA et al., 2018).

Giovanella e Mendonça (2012) identificam quatro linhas principais de interpretação para a expressão Atenção Primária à Saúde, esquematizadas no Quadro 1, a seguir.



Quadro 1 – Linhas de interpretação da APS

<b>LINHA DE INTERPRETAÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<i>Selective primary care (atenção primária seletiva)</i>	refere-se a oferta de uma cesta básica de serviços, focalizada e seletiva, direcionada a populações muito pobres.
<i>Primary care</i>	nível de atenção de primeiro contato no sistema de saúde, com serviços ambulatoriais médicos não especializados, podendo incluir ações de saúde pública e serviços clínicos direcionados a toda a população.
<i>Comprehensive Primary Health Care</i>	concepção proposta em Alma Ata, com sistema de saúde organizado para ofertar atenção integral, em que a sociedade promova a saúde e sejam enfrentadas necessidades individuais e coletivas.
Abordagem de saúde e de direitos humanos	Entendida como uma filosofia orientadora de processos emancipatórios pelo direito universal à saúde, com abordagem dos determinantes sociais, políticas e financeiros relacionados à saúde e a atenção.

Fonte: Adaptado de Giovanella e Mendonça (2012).

Agências internacionais criticaram a Declaração de Alma Ata (1978), argumentando ser muito abrangente e pouco propositiva. A partir daí, acirrou-se o embate entre a concepção de atenção primária à saúde integral e abrangente e a concepção seletiva de APS, a qual acabou prevalecendo, em um contexto internacional de baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores. Em alguns países em desenvolvimento, optou-se por esta abordagem seletiva, através de intervenções restritas – ações consideradas custo-efetivas (porém, com baixa resolutividade), voltadas às ações de atenção à saúde materno-infantil e doenças infecciosas para populações em extrema pobreza. Já os países que optaram por sistemas universais de saúde (maioria europeus) buscaram implementar a APS com vistas a resolver a maior parte dos problemas de uma população. Neste modelo, deve ser o primeiro nível de atenção, estar articulado a um sistema de saúde integrado e com financiamento solidário (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; MENDONÇA et al., 2018).

Apesar da predominância do modelo de APS seletiva, o debate sobre saúde como direito humano e determinada por fatores condicionantes se ampliou. A Primeira Assembleia de Saúde dos Povos, realizada em Bangladesh, no ano 2000, conclamou o movimento dos cidadãos para a realização do ideário de Alma Ata. A partir de então, foi possível observar uma revitalização da proposta de APS nos moldes de Alma Ata, impulsionada pela OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 2002, a médica e pesquisadora Bárbara Starfield propôs avaliar a APS a partir de atributos considerados essenciais da atenção primária, os quais devem permear a organização das ações e a forma de avaliar seus resultados (STARFIELD, 2002):

a) A atenção no primeiro contato – significa não apenas o usuário ter acesso ao serviço de saúde, como reconhecê-lo como tal, procuro-o a cada novo problema ou episódio de um problema.

b) Longitudinalidade – é necessário que haja vínculo e corresponsabilização entre equipe e usuário, de modo que este tenha acesso ao cuidado sempre que necessário, preferencialmente em sua unidade de referência, mas sendo encaminhado a outros serviços de diferentes complexidades quando a situação assim exigir.

c) Integralidade – refere-se à variedade de serviços oferecidos pela unidade de atenção primária, de modo a contemplar questões de prevenção, promoção, reabilitação e cura, e reconhecer problemas, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Implica no compromisso de buscar soluções a todos os problemas apresentados, sejam eles resolvidos na própria unidade ou através de outros serviços.

d) Coordenação do cuidado – implica na continuidade do cuidado ao usuário e no reconhecimento de suas necessidades, priorizando o vínculo com profissionais e uma atenção processual, que considere o que já foi feito e não parta de uma avaliação pontual e simplista a cada novo atendimento.

Para atingir a qualidade exclusiva e fundamental da APS, Starfield (2002) apresenta aspectos que também devem ser ponderados, os quais denomina como derivativos (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; MENDONÇA et al., 2018):

a) centralização na família - quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e seu impacto na saúde e na doença dos usuários;

b) competência cultural – envolve o reconhecimento de necessidades relacionadas a características étnicas, raciais ou culturais específicas, de modo a prestar assistência integral.

c) orientação para a comunidade – significa identificar as necessidades de saúde a partir das características de uma comunidade e dos seus recursos disponíveis. Requer envolvimento dos profissionais com a comunidade e da própria comunidade com seu contexto.

Posteriormente, resoluções e documentos emitidos pela OMS e OPAS preconizaram o fortalecimento da APS como forma de alcançar os objetivos do milênio acordados na Organização das Nações Unidas (ONU), tais como: resolução com recomendações para fortalecer a APS em 2003; documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em

Saúde nas Américas” em 2005; Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, intitulado “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, por um longo período a atuação governamental no setor saúde estava restrita a medidas higienistas e campanhistas, complementadas posteriormente por atendimento individual e curativo, inacessível a uma grande parcela da população. A falta de resolutividade das ações, aliada às discussões e iniciativas internacionais sobre reorientação dos serviços de saúde, instigaram a mobilização de diversos setores da sociedade em prol de mudanças significativas nas políticas públicas. A articulação de diversos coletivos com propostas transformadoras que passaram a compartilhar uma visão e uma linha de atuação deu origem ao “movimento sanitário brasileiro” (SCOREL, 2012).

O movimento sanitário foi originalmente constituído por três vertentes principais: a primeira, constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), os quais difundiam a teoria da medicina social; a segunda, integrada pelos Movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, a qual exercia uma atuação política nas questões concretas relacionadas ao mundo do trabalho; a terceira vertente era composta pelos profissionais da academia, ou seja, envolvidos com as áreas da docência e da pesquisa, onde foi construído o marco teórico e ideológico do movimento. A academia deu origem ao movimento sanitário e, através do suporte teórico às propostas transformadoras, foi fundamental na sua consolidação (SCOREL, 2012).

De acordo com Fleury (2018) e Paim (2018), a transformação pretendida pelos defensores do movimento sanitário implicava em uma mudança que atingisse as estruturas da sociedade, baseada na justiça e na universalização, como dever do Estado, dos direitos sociais. Os autores consideram que a reforma não atingiu a magnitude desejada e necessária, se restringindo a uma reforma parcial e setorial, mas que culminou com a implantação do SUS. Com a democratização do país e formulação da nova Constituição Federal de 1988, após muitos embates políticos e ideológicos, a saúde passou a ser considerada como parte da seguridade social, direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Cabe salientar que o conceito de saúde que embasou a elaboração do texto constitucional e, posteriormente, das Leis Orgânicas da Saúde foi concebido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerando saúde como resultado de fatores determinantes e condicionantes, individuais e coletivos, econômicos, sociais e políticos (SCOREL, 2012).

Segundo Souza e Bahia (2014), a ideia de organizar os serviços de saúde em um sistema surgiu pela primeira vez no Brasil em 1972, na publicação de Mário Chaves, dando base à Lei 6.229 de 1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde. Todavia, a proposta de um sistema de

saúde único e integrado, com comando único em cada esfera de governo, se fortaleceu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). São considerados elementos constituintes das redes ou sistemas de saúde: a população, infraestrutura, organização dos serviços de saúde, modelo de atenção à saúde, financiamento e gestão (MENDES, 2015; SOUZA, BAHIA, 2014).

A Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 196 a 200, cria um sistema público e único de saúde, regionalizado e hierarquizado, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Define que o Poder Público passa a ser responsável pela regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, sendo sua execução realizada diretamente ou por terceiros. O setor privado passa a ter caráter complementar aos serviços públicos e fica vedado o repasse de recursos públicos a instituições privadas com fins lucrativos. São atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outras: o controle e fiscalização de produtos de interesse para a saúde, alimentos, bebidas, água para consumo humano, substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; participar na formulação e execução das políticas e ações de saneamento básico e proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Obviamente, essa configuração não garantiu a unidade do sistema pela simples implantação, especialmente ao considerar as questões restritivas concernentes ao período: o pouco investimento em saúde demandado pela profunda crise econômica e pelo programa neoliberal de governo de Fernando Collor de Mello e dos setores contrarreforma, os quais preconizavam a redução da intervenção do Estado na economia e a ênfase na privatização dos serviços de saúde (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; SOUZA, BAHIA, 2014).

Para efetivar a promessa constitucional de 1988, era necessário promulgar a lei que regulamentaria o SUS, o que aconteceu em 1990 – leis 8.080, de setembro de 1990 e 8.142, de dezembro de 1990 (SCOREL, 2012). O sistema de saúde, antes excludente, centralizado e restrito, deve se configurar a partir de princípios e diretrizes que vão ao encontro do ideário da APS preconizado em Alma Ata: universalidade do acesso, igualdade na assistência à saúde, integralidade da assistência, participação da comunidade e descentralização político administrativa. Além destes, outros dispositivos legais regulamentam o funcionamento do SUS, definindo responsabilidades, financiamento e a forma de participação social nas políticas de saúde (NORONHA et al., 2012).

Todavia, cumprir a legislação e garantir acesso universal à atenção integral e contemplando o princípio da equidade não seria uma tarefa simples. Uma das estratégias do

Ministério da Saúde (MS) foi adotar mecanismos indutores da descentralização da gestão, transferindo a responsabilidade pela atenção à saúde para o governo municipal. Esse processo levou a reorganização e expansão da “assistência básica”, como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Assim, a APS emergiu como proposta para reorientar os sistemas de saúde em busca de maior resolutividade e sustentabilidade nas ações. A racionalidade no uso dos recursos e a efetividade da atenção primária foram comprovados através de estudos que demonstraram seu impacto positivo nos indicadores de saúde e acesso a serviços essenciais (AQUINO et al., 2014; ANDRADE, BUENO, BEZERRA, 2006).

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) implantado em 1991 trouxe bons resultados no combate e controle da epidemia de cólera e outras doenças diarreicas no Nordeste, além de constituir acesso a alguma forma de atenção em áreas rurais e periféricas. Apesar disso, ficou clara a necessidade articular a ação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com outros profissionais e serviços de saúde, melhorando sua própria atuação e ampliando a oferta de assistência. Em 1993, a Portaria Ministerial 692 instituiu o Programa de Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Mesmo com a criação de novas modalidades de atenção e serviços de saúde, a APS se fortaleceu enquanto política nacional a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 96 (NOB 96), a qual estabeleceu transferências de recursos per capita e específicos para a atenção básica. Com isso, foi possível expandir a cobertura de atenção primária, especialmente através da implantação de equipes dos programas de Saúde da Família e de ACS, e uma reorientação do modelo assistencial, antes centrado na assistência e na atenção a quadros agudos. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada uma política estratégica, capaz de atuar sobre as desigualdades em saúde e incorporar elementos fundamentais como a centralidade na família e o direcionamento para a comunidade (AQUINO et al., 2014; MENDONÇA et al., 2018).

Para viabilizar a oferta de serviços de acordo com os princípios do SUS foi proposta a regionalização da saúde, trazida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, como macroestratégia para o aprimoramento da descentralização, através de um planejamento integrado com vistas à equidade na alocação de recursos e do acesso aos serviços de saúde. Em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde, que estabeleceu diretrizes, conceitos e mecanismos para fortalecer o processo de gestão pactuada e compartilhada entre as esferas de governo, promovendo uma regionalização “solidária e cooperativa” (LIMA et al., 2012).

Através da Portaria GM/ 648 de 28 de março de 2006 foi aprovada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006, p. 10), que define atenção básica como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Neste documento, a ESF era preconizada como modelo substitutivo de reorganização da atenção à saúde, devendo estar articulada a uma rede de serviços para garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2006). Os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a colocavam em consonância com o processo de renovação da APS nas Américas proposto pela OPAS - acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos; porta preferencial do sistema de saúde; integralidade da assistência; vínculo e responsabilização entre equipes e comunidade; valorização dos profissionais por meio de formação e capacitação; avaliação e monitoramento de resultados e estímulo à participação popular e controle social. Visando aumentar a resolutividade das equipes de Saúde da Família foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais realizam apoio matricial às equipes das unidades nos territórios através de um processo de cuidado e gestão compartilhadas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 2011, a portaria 2.488 estabelece a segunda versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, equipes de ESF e PACS (BRASIL, 2011a). Fontenelle (2012) considera que este novo texto manteve a essência da PNAB de 2006, incorporando alguns elementos que surgiram ao longo dos cinco anos, como os NASFs, equipes de Saúde da Família ribeirinhas, unidades de saúde fluviais, consultórios de rua, o Programa Saúde na Escola e a agregação de profissionais de saúde bucal às equipes de ESF e PACS. A portaria mantém a ESF como estratégia prioritária para a APS no país, devendo estar articulada a uma rede de atenção à saúde, e define o limite de 4.000 (quatro mil) pessoas por equipe de ESF, podendo ser de 2.000 (duas mil) pessoas em caso de comunidades vulneráveis. Fontenelle (2012) questiona a implementação prática deste limite, já que a própria PNAB flexibiliza a carga horária dos médicos, tendo como base a

justificativa da dificuldade de fixação destes profissionais nas equipes de APS, sobretudo em locais mais afastados. Essa flexibilização também implica em comprometimento do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, já que uma equipe pode ter mais de um profissional médico com cargas horárias de 20, 30 ou 40 horas (BRASIL, 2011a; FONTENELLE, 2012).

O Ministério da Saúde editou a última versão da PNAB através da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) a qual é geradora de questionamentos e controvérsias. Uma primeira questão diz respeito à equiparação dos conceitos de atenção básica e atenção primária, embora o uso da expressão atenção básica tenha sido priorizado nos documentos ministeriais desde os primórdios do SUS (FONTENELLE, 2012; MELLO et al., 2009). Para Cecílio, Reis (2018), Giovanella (2018) e Mendonça et al. (2018), optou-se tradicionalmente no Brasil, pelo uso da expressão ‘Atenção Básica’ no intuito de romper com a concepção reducionista apresentada pelo termo ‘Atenção Primária’ (proposta no modelo de APS seletiva), objetivando construir um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada. Em contrapartida, Mello (2009) refere que, embora haja o entendimento, por muitos autores, de que básico significa algo fundamental, primeiro, principal, outros tantos interpretam primário como simples, elementar ou rudimentar. Paim (2006) argumenta que a expressão ‘básico’ pode remeter aos gestores a ideia de atenção simplificada, primitiva, empírica, sem planejamento.

Cabe salientar que a PNAB 2017 preconiza a atenção à saúde com base em diagnóstico situacional e epidemiológico, porém, dá ao gestor o poder de definir as prioridades de atenção (BRASIL, 2017). Mello et al. (2018) chamam atenção para a retirada da palavra “democrática” do texto da portaria no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão, além da supressão da palavra “humanização” dos princípios enunciados. Este pode ser um fator significativo, pois contraria a legislação e, sobretudo, os princípios do SUS. Considerando-se diversos estudos os quais demonstraram que, apesar da expansão e de muitas experiências exitosas em diversas partes do país, as diferenças nos resultados obtidos com a ESF estão fortemente associadas ao seu contexto local (CECÍLIO, REIS, 2017; ESCOREL et al., 2007; FERTONIANI et al., 2015; GARCIA et al., 2014; SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013; SOUSA et al., 2014; VIEGAS, PENNA, 2013).

São considerados retrocessos ou, minimamente, pontos controversos na PNAB 2017:

- equipes de Saúde da Família (eSF) com apenas um Agente Comunitário de Saúde (ACS), ameaçando a cobertura populacional, vínculo com o território e divergindo com a regulamentação vigente da categoria; além disso, a unificação dos territórios de atuação dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemias, comprometendo a qualidade do

trabalho realizado na prevenção de doenças transmissíveis em um país com sucessivas epidemias e surtos (MENDONÇA et al., 2018);

- a habilitação de equipes de Atenção Primária (eAP) sem ACS, afetando significativamente o componente comunitário e de promoção de saúde da ESF, bem como o reconhecimento da determinação social do processo saúde doença (GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIDA, 2020);

- a ESF deixa de ser modelo prioritário, na prática, à medida que se prevê repasse de verbas federais para unidades de atenção básica tradicional e outros arranjos institucionais que não atendem às necessidades da população - a definição de padrões essencial e ampliado de atenção básica, remetem à APS seletiva, através da criação de uma cesta de serviços, com contratação de serviços privados para “garantir” a cobertura universal. As eAPs, por exemplo, possuem profissionais com carga horária reduzida, o que pode levar a uma assistência curativa e voltada ao controle de riscos individuais (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MENDONÇA et al., 2018);

- o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) passou a ser denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e passou a estar vinculado também a outras equipes de atenção básica, além das eSF (BRASIL, 2017).

De acordo com Andrade, Bueno, Bezerra (2006) e Fausto (2018), os pressupostos da atenção primária compõem a base do sistema de planejamento em saúde no Brasil: garantia de acesso, assistência integral, universal e resolutiva; cuidado sistemático, longitudinal, através de redes de atenção articuladas a partir de territórios definidos, incluindo outros setores, além da saúde; gestão compartilhada com participação da comunidade; reconhecimento e intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde. Teoricamente, a PNAB 2017 contempla muitos destes pressupostos, quando propõe a integração entre vigilância em saúde e atenção básica como condição essencial para planejar uma atenção integral, através de organização de processos de trabalho que considerem os fatores determinantes e condicionantes da saúde, riscos e danos à saúde, numa perspectiva intra e intersetorial. As concepções de planejamento e resolutividade dos serviços estão ligadas à incorporação das tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas à articulação com a rede de saúde e ao uso de ferramentas de gestão da clínica como autorregulação, apoio matricial, educação permanente, uso de fluxos e protocolos, acolhimento e encaminhamento responsável do usuário para outros serviços se necessário (BRASIL, 2017).

Contudo, a operacionalização de uma atenção primária ou básica nestes moldes se torna quase inviável, tendo em vista as significativas mudanças na PNAB 2017 mencionadas.



Mendonça et al. (2018) ainda acrescentam como obstáculos à consolidação da APS abrangente a agudização do subfinanciamento crônico do sistema de saúde pela Emenda Constitucional (EC) 95, a infraestrutura precária das unidades de APS, escassez e inadequada formação e recursos humanos para trabalhar na área e uma cultura avaliativa insuficiente, voltada para a qualidade do acesso e do cuidado em saúde.

Em 12 de novembro de 2019 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.979, a qual instituiu o Programa Previne Brasil, estabelecendo novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde no âmbito do SUS. A partir de então, não existe mais o Piso de Atenção Básica, que garantia recursos por habitante/ano (PAB fixo) e de acordo com adesão a ações específicas (PAB variável), além da suspensão do financiamento do NASF-AB. O custeio das unidades básicas é feito com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo seria aumentar o acesso das pessoas aos serviços e responsabilizar profissionais e gestores pelos usuários, qualificando a assistência (BRASIL, 2019a).

Contudo, na prática, o incentivo ao atendimento individual e voltado a grupos específicos da população por equipes restritas pode comprometer a integralidade e a universalidade do cuidado. Além disso, a garantia de recursos por habitante possibilitava a implementação de ações adequadas ao perfil epidemiológico local e não apenas ações padronizadas pelo Ministério da Saúde. A previsão é que haja perdas significativas para muitos municípios brasileiros, e a precarização ainda maior dos serviços de atenção básica (GIOVANELLA et al., 2020).

Cecílio e Reis (2018) referem que a centralização e homogeneização na formulação, gestão e avaliação das políticas para a atenção básica à saúde é inadequada em virtude da extensão territorial e a heterogeneidade econômica, social e cultural presentes em nosso país. Os autores defendem o fortalecimento e a defesa da expansão da atenção básica com foco na integralidade do cuidado, compostas de múltiplas e diferenciadas redes básicas, congruentes com as especificidades loco regionais. Apontam ainda, como desafio à consolidação da APS, a disjunção ou descompasso entre a formulação da política no nível central, a qual tornou-se cada vez mais complexa, e sua implementação nos espaços reais dos serviços de saúde, nas condições concretas em que estão operando. Finalmente, a fragmentação da rede de atenção, com isolamento da atenção básica à saúde dos demais serviços, surge como fator que compromete a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

Apesar de todas essas dificuldades e problemas, existe consenso acerca da necessidade de luta pela manutenção de um sistema público de saúde, universal e inclusivo, com assistência

integral e de qualidade. Caso contrário, corre-se o risco de retrocessos de várias ordens, em detrimento dos interesses coletivos e favorecendo os interesses particulares e financeiros (FLEURY, 2018; MENDONÇA et al., 2018; NORONHA et al., 2012; PAIM, 2018). Certamente, a defesa do SUS depende da garantia de políticas públicas que assegurem a saúde, em sua concepção multidimensional, como direito de cidadania; contudo, a qualificação da atenção com melhoria das condições de vida e saúde da população também constituem argumentos consistentes para manutenção de um sistema universal com atendimento integral.

### 3.2 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: MÉTODOS E VERTENTES EPISTEMOLÓGICAS

De acordo com Parente (2011), Rivera e Artmann (2012) o planejamento é atividade cotidiana da humanidade desde os primórdios, considerando que nossos ancestrais utilizavam o cálculo racional e a previsão para garantir sua sobrevivência quando organizavam caçadas em grupo e acumulavam alimentos para as estações inverniais severas, por exemplo. Com relação às práticas de saúde, Gil et al. (2001) referem que na Grécia antiga Platão já utilizava conceitos como comparação e padrões de excelência na arte médica, ensaiando as primeiras formas de avaliação. Contudo, como conjunto sistematizado de métodos e instrumentos, o planejamento tem sua origem remota na ação militar, posteriormente difundindo-se aos demais setores da sociedade (FELICIELLO, 2021).

Enquanto ação social, o planejamento foi identificado na Rússia, em 1917, no intuito de buscar outra forma de alocação de recursos, produzir bens e serviços com fins igualitários, através da substituição do mercado pelo Estado (FIGUEIREDO, 2016; PAIM, 2012). Cada república da União Soviética passou a ter um ministro da saúde e planos locais consoantes a um plano nacional geral. Essa organização foi interpretada inicialmente como cerceadora e burocratizada sendo que, somente após a crise de 1929 em Nova Iorque os capitalistas reconheceram a necessidade de certa intervenção do Estado na economia, para manter a ordem social e reconstruir economias nacionais no pós-guerra (FIGUEIREDO, 2016; RIVERA, ARTMANN, 2012).

Para Rivera e Artmann (2012), neste contexto, o planejamento pode ser analisado de acordo com o seu lugar dentro de um sistema social: nas sociedades socialistas tinha caráter imperativo, sendo substituto do mercado e regulador das relações globais da economia, sendo que sua crise se deu pela contradição de propor descentralizar mas manter a centralização das decisões; nas sociedades capitalistas, o Estado indica rumos através de políticas econômicas, e

a fragilidade reside no risco do plano ser superado pela lógica de mercado, atendendo mais a interesses particulares do que da sociedade de modo geral.

### **3.2.1 Correntes teóricas internacionais do Planejamento em Saúde**

Tradicionalmente, questões relacionadas ao planejamento e administração em saúde estavam associadas aos hospitais, eleitos pelo Relatório Flexner (1910) como locais privilegiados de evolução das clínicas e para estudar doenças. Elementos do referido relatório bem como das teorias administrativas influenciaram a conformação dos serviços de saúde e, conseqüentemente, o modelo assistencial vigente. A formação compartimentada em disciplinas e especialidades preconizada no Relatório encontrou ressonância no taylorismo, que simplificou e racionalizou as tarefas, levando a especialização e fragmentação do processo de trabalho. O desenvolvimento e incorporação de tecnologias também exacerbou essa especialização e divisão das ações, além de atender aos interesses da indústria farmacêutica em franca expansão (FELICIELLO, 2021).

O taylorismo trouxe ainda a figura do gerente dos serviços, responsável por planejar, treinar e controlar os funcionários, evidenciando a separação entre quem planeja e quem executa as ações. Posteriormente, as teorias de Henry Fayol e Max Weber superaram a ênfase nas tarefas, propondo o enfoque organizacional, voltado à estrutura das instituições e seus processos de trabalho, com predomínio até a década de 1930. Fazendo o contraponto a este modelo, a escola das relações humanas enfatizava a democratização e humanização das organizações. Essa corrente teve como expoentes Elton Mayo e Kurt Kart Lewin e priorizava aspectos psicológicos e sociológicos. Apesar disso, considerava o homem como um instrumento da organização e não abordava a existência de diferentes interesses por parte de patrões e empregados. Essa visão estrutural e determinística do planejamento está associada ao planejamento normativo, enquanto o enfoque centrado na ação pessoal se relaciona ao modelo do Planejamento Estratégico Situacional (FELICIELLO, 2021).

#### *3.2.1.1 Método CENDES/ OPAS e o Planejamento Normativo*

Na década de 60, na América Latina, o método de planejamento conhecido como CENDES/OPAS (BRASIL, 2016; FIGUEREDO, 2016; PAIM, 2012; TEIXEIRA, 2010) propunha uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior eficiência, seguindo os princípios da Comissão Econômica Para a América

Latina e Caribe (CEPAL). O método foi elaborado no Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela com apoio da OPAS (oficina regional de Washington), e divulgado através do documento intitulado “Programação em saúde, problemas conceituais e metodológicos”. Publicado em 1965 pela OPAS através da Publicação Científica nº 111, foi um importante marco para este modelo de planejamento, que contava com apoio e incentivos de instituições internacionais, como o Banco Mundial (FELICIELLO, 2021; PERUHYPE, 2015).

A Programação de Recursos em Saúde baseava-se no pressuposto de que dois terços da população mundial viviam em países subdesenvolvidos, com condições precárias de saúde, habitação, educação e alimentação. Para proporcionar melhor qualidade de vida a essas pessoas, era necessário aumentar os fundos nacionais (em países cujos recursos eram escassos), utilizando os recursos da forma mais adequada possível (FELICIELLO, 2021). De acordo com Rivera, Artmann (2012), a proposta objetivava aumentar a capacidade potencial produtiva da comunidade ou prevenir o maior número de mortes pelo menor custo. Salvar mulheres em idade fértil, crianças e jovens significava garantir mão de obra para as sociedades subdesenvolvidas.

Uma das contribuições do modelo CENDES/OPAS foi a utilização de uma abordagem sistêmica, ao buscar identificar a situação de saúde a partir de variáveis demográficas, sociais e epidemiológicas, bem como as causas que desencadeiam esses processos. O levantamento de recursos disponíveis, o enfoque à prevenção de danos (definindo prioridades através dos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade) e a formulação de um sistema de avaliação de custo/ benefício também foram considerados aspectos positivos do método (FELICIELLO, 2021; PERUYHPE, 2015). Os processos de vacinação, reforçados neste período, são um exemplo de ações de baixo custo e alta eficiência no combate a doenças erradicáveis (FELICIELLO, 2021).

Em contrapartida, as críticas a este modelo eram referentes: à sua desvinculação em relação à produção de políticas na sociedade (financiamento, papel regulador do Estado, falta de coordenação dos serviços) e com a historicidade dos atores envolvidos; seu caráter prescritivo e normatizador (FIGUEIREDO, 2016); perspectiva de um único caminho a ser seguido no planejamento, definido pelo dimensionamento dos danos à saúde (FELICIELLO, 2021) e excessiva tecnocracia (PERUHYPE, 2015).

Ainda em 1965, é criado o Centro Pan-Americano de Planejamento de Saúde (CPPS), o qual dispõe-se a relacionar o planejamento com a formulação de políticas públicas; não abandona totalmente o método CENDES/OPAS, mas propõe uma revisão conceitual com

ênfase nos aspectos sistêmicos e políticos (FIGUEIREDO, 2016; RIVERA, ARTMANN, 2012).

Apesar dos questionamentos e críticas ao modelo de planejamento vigente, ele predominou por muito tempo e, ainda hoje é possível observar práticas baseadas em seus pressupostos, especialmente quando se trata da racionalização de recursos escassos (TEIXEIRA, 2010). Esse modelo, chamado de “Planejamento Normativo” se caracteriza pela priorização dos aspectos econômicos e da racionalidade técnica, ignorando as questões políticas e sociais e dando origem a uma única imagem objetivo, com uma única trajetória possível para atingi-la. O futuro é planejado na perspectiva que os eventos passados irão se repetir, com poucas variações, produzindo um plano estático e passivo. O planejamento é centralizado em um único ator, que definirá a norma a ser seguida, havendo separação entre quem elabora o plano e quem o executa, tornando-o inexecutável em algumas ocasiões. (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010; INSTITUTO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE CURITIBA, 2008; FIGUEIREDO, 2016; MARÇAL, 2018; MATUS, 1991; RIVERA, ARTMANN, 2012; SÁ, PEPE, 2000).

Na segunda metade da década de 70, com o surgimento de metodologias mais elaboradas de análise dos processos, a avaliação começa ir além da verificação da eficiência e passa a ponderar também a eficácia das ações. Mais adiante, considerando o objeto de trabalho dos serviços de saúde, passou-se a pensar também na efetividade. A inclusão das ciências sociais, políticas e econômicas no processo de planejamento, bem como o aprimoramento desses saberes, provocou o deslocamento do racionalismo científico para o campo da macropolítica econômica e social. Passaram a ganhar destaque as abordagens de Planejamento Estratégico - com contribuições significativas de Carlos Matus e Mario Testa e de Programação em Saúde (BRASIL, 2016; LANA, GOMES, 1996; MOREIRA, 2018; TEIXEIRA et al., 2014). Rivera e Artmann (2012) apontam ainda o enfoque estratégico de “Saúde para Todos – SPT 2000” de Barrenechea, Trujillo e Chorny.

### *3.2.1.2 Enfoque Estratégico de Programação em Saúde*

O Enfoque Estratégico de Programação em Saúde foi formulado pela Escola de Saúde Pública de Medellín, e apoiado pelo documento “Formulação de Políticas de Saúde” publicado em 1975 pelo CPPS, o qual reafirma o papel do Estado na regulação do planejamento, porém, considerando a necessidade de envolver os diversos atores e níveis de organização sanitária – político, administrativo e operacional. O documento elenca como etapas para o processo de

planejamento o diagnóstico, a formulação de proposições preliminares e a definição de estratégia, sendo que as proposições deveriam ser exploradas quanto à coerência, factibilidade e viabilidade, antes de serem formalizadas e implementadas (FIGUEIREDO, 2016; LANA, GOMES, 1996; PERUHYPE, 2015; RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA, 2010). De acordo com Giovanella (1991) a OPAS proibiu a distribuição do referido documento, em virtude de sua ênfase ao seu caráter político, ao condicionar o planejamento a forças sociais, conflitos, acordos e estratégias (PERUHYPE, 2015).

Ao final dos anos 70, a Estratégia Saúde Para Todos – SPT 2000 desencadeou ações e estudos que aproximavam o conceito das necessidades de saúde através das condições de vida, reconhecendo a existência das desigualdades de condições entre grupos humanos. A definição de pequenos espaços geográficos de modo a contemplar grupos homogêneos deveria nortear a avaliação das condições de vida. O caráter estratégico desse enfoque estaria representado pela análise prospectiva na identificação de prioridades e pela abordagem sistêmica e intersetorial (RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA, 2010).

Embora tenha sido baseado em estudos anteriores de Matus, recebeu críticas pela rigidez e linearidade do processo; centralidade do poder de definição da imagem-objetivo na autoridade política; dificuldade em identificar espaços geográficos suficientemente pequenos para sediar uma população homogênea bem como o uso do poder de consumo como forma de expressar a situação de vida, desconsiderando a inserção dessas pessoas nas relações de produção (FIGUEIREDO, 2016; LANA, GOMES, 1996; RIVERA, ARTMANN, 2012, TEIXEIRA, 2010).

Teixeira (2010) ressalta que apesar das limitações, esse enfoque trouxe contribuições ao relacionar problemas de saúde às necessidades sociais, análise de risco e definição de grupos prioritários. Lana, Gomes (1996) destacam a importância desta proposta pelo contraponto ao planejamento normativo, e do resgate do caráter dinâmico e flexível do plano.

### *3.2.1.3 O Pensamento Estratégico de Mario Testa*

O Pensamento Estratégico do sanitarista argentino Mario Testa se baseou na própria autocrítica ao modelo de programação e planejamento de bases econômicas e normativas, do qual foi um dos autores. Destacou a necessidade de um enfoque de planejamento que não represente um excesso de formalização política, acentuando traços democráticos das instituições e a comunicação, com base na teoria do agir comunicativo de Habermas

(ALMEIDA et al., 2001; FIGUEIREDO, 2016; LANA, GOMES, 1996; RIVERA, ARTMANN, 2012; TESTA, 2020).

De acordo com Feliciello (2021), Lana e Gomes (1996) e Rivera e Artmann (2012), Testa preconizava que a única imagem objetivo possível de ser atingida era a de acumulação/desacumulação de poder, sendo considerados três tipos de poder: técnico, administrativo e político, sendo o último predominante sobre os demais. Para alcançar a imagem objetivo, deveriam ser utilizados três modalidades de diagnóstico:

Diagnóstico Administrativo: envolvia a análise do estado de saúde da população (indicadores); da situação epidemiológica (causas dos agravos e riscos, expressos em taxas e porcentagens); da capacidade de resposta dos serviços de saúde aos problemas da sociedade, a qual era medida por padrões de eficácia, eficiência e cobertura, sendo os serviços classificados com referência no modelo de história natural da doença em primários, secundários e terciários; também eram analisadas as formas de organização e relações interinstitucionais presentes no sistema de saúde.

Diagnóstico Estratégico: Analisava as relações de poder associadas ao processo de mudança, considerando tais relações no âmbito de todas as categorias do diagnóstico administrativo – estado de saúde da população, situação epidemiológica, serviços de saúde e setor saúde.

Diagnóstico Ideológico: buscava identificar aspectos que legitimavam o poder como propósito, identificando grupos sociais que impunham ideias dominantes em relação ao processo saúde doença e a forma como eram analisados os dois primeiros diagnósticos, de modo a formular propostas de ação. Em relação ao diagnóstico ideológico, Feliciello (2021) explicita os três tipos de consciência sanitária reconhecidas por Testa: consciência biológica, voltada a assistência médica individual; consciência ecológica, que envolve as vigilâncias epidemiológica e sanitária, abrangendo a interação do indivíduo com o meio; e a consciência social, com ênfase aos problemas coletivos de saúde.

Testa concebeu um diagrama chamado de Postulado de Coerência (1987) como forma de representar e analisar as relações entre poder e as estratégias de ação em saúde, considerando-se Propósitos (propostas políticas que denotam as intenções do governo), Métodos de planejamento utilizados para alcançar esses objetivos e a Organização das instituições governamentais quanto à estrutura e a conformação dos processos de trabalho. Esse conjunto pode ser favorável ou desfavorável à formulação e implementação de uma determinada política. O autor propõe a compreensão dos problemas de saúde considerando a situação de saúde indissolúvel da totalidade social, e a formação de sujeitos sociais para o

desenvolvimento das ações políticas em saúde, através da valorização/ ênfase dos comportamentos dos atores sociais e das relações de poder (FIGUEIREDO, 2016; RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA, 2010; TESTA, 2020).

Rivera e Artmann (2012) apresentam como outra importante contribuição de Mario Testa a lógica da programação, a qual deve considerar e combinar tempos técnicos e políticos que se condicionam mutuamente. Deve incluir programas de abertura, de avanço e de consolidação, propiciando a criação de novas formas organizativas criativas e democráticas, e a mudança nas relações de poder com vistas à igualdade, através da formação de uma consciência sanitária social e de classe.

Lana e Gomes (1996) trazem como críticas ao Pensamento Estratégico de Testa a análise das categorias de forma mecanicista e não dialética, a falta de variáveis sociais no diagnóstico administrativo e de indicadores que permitissem refletir sobre a estrutura de poder. Já Rivera e Artmann (2012) e Figueiredo (2016) consideram que a proposta de Testa consiste em um planejamento com base em práticas dialógicas em busca de estabelecer consensos e acordos sobre compromissos. Marçal (2018) e Rivera e Artmann (2012) apontam como lacuna do Planejamento Estratégico o fato de apresentar uma perspectiva própria e bem elaborada, mas não explicitar uma metodologia bem estruturada. Feliciello (2021) refere que Testa defendia o uso do termo “pensamento estratégico” ao invés de planejamento, sendo mais importante definir pontos de partida e processos do que estabelecer pontos de chegada.

#### *3.2.1.4 O Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus*

Para Matus (1991), planejar significa intervir de forma racional sobre a realidade de modo a modificá-la, não ficando apenas à mercê dos acontecimentos. Refere que o governante real, como condutor de situações, situa-se entre os fatores sobre os quais tem controle e pode antever objetivos e resultados a serem alcançados, e as circunstâncias que não controla, sendo que o equilíbrio entre essas variáveis determina sua governabilidade sobre o plano. Considerando o conhecimento da realidade por quem planeja e mesmo pelas ciências restrito, e reconhecendo que é possível fazer alguma previsão, mas não ter a certeza dos resultados, o autor se refere ao plano como uma aposta.

Ainda segundo Matus (1991), no campo político, os compromissos assumidos exigem o anúncio de resultados, implicando em algum fundamento de cálculo para embasar o plano para atingi-los. As apostas de um governo são mais palpáveis e sólidas na medida em que há mais variáveis sob controle do que situações sobre as quais não se tem domínio. Nesta



perspectiva, o planejamento normativo ou “planificação tradicional” é considerado ineficaz, por estar atrelado ao determinismo e economicismo tecnocrático, onde um único agente é o detentor do controle absoluto.

A proposta da “Planificação Estratégica Situacional (PES)” se baseia na teoria de um jogo semicontrolado a serviço da prática racional da ação humana. Esse jogo social é constituído de diversos atores, com interesses, concepções e papéis diferentes, que podem cooperar ou entrar em conflito; situações que podem ser previstas com alta margem de segurança em relação às probabilidades; e aspectos que estão condicionados à ocorrência de determinadas circunstâncias e onde a incerteza é inexorável. Dentro de um jogo há diversos “subjogos”. O suporte essencial para a tomada de decisão é o julgamento do apostador fundamentado em cálculos parciais bem estruturados e preferências explícitas quanto aos aspectos não bem estruturados. Esse julgamento pode ser refinado, à medida que o apostador explora a eficácia das ações em diferentes possibilidades de futuro e cenários das ações. Por fim, o autor assume que o jogo social é desigual, pois há atores com mais poder do que outros (MATUS, 1991).

Almeida et al. (2001) apresentam a classificação de Matus para os tipos de poder:

- Poder Político: conferido por um cargo executivo, de chefia ou de representatividade junto à sociedade civil organizada.
- Poder Econômico: exercido pelos detentores dos recursos econômico-financeiros.
- Poder Administrativo: atores que estão na coordenação dos recursos administrativos; gestores de entes federados ou instituições.
- Poder Técnico: representado pelos atores que detém conhecimentos e práticas específicos sobre determinado tema ou área.

Nesta perspectiva, ser estratégico consiste em identificar esses poderes e seus respectivos atores, classificando-os como favoráveis, contrários e indiferentes, no intuito de articular os poderes/ atores favoráveis, buscar a adesão dos indiferentes e superar os contrários, de modo a implementar as mudanças pretendidas (ALMEIDA et al., 2001; CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Tendo em vista essa gama de incertezas, é necessário aprender a jogar, o que pressupõe duas condições - jogar bem na prática, ou seja, dominar a tensão que o jogo produz numa situação concreta; e domínio intelectual da complexidade do jogo, o que inclui saber: explicar a realidade do jogo, delinear propostas de ação sob forte incerteza, pensar estratégias para lidar

com outros jogadores e circunstâncias para calcular bem o que se pode fazer para alcançar os objetivos e, ainda, fazer no momento oportuno, com eficácia, repactuando e completando o plano. O conhecimento e o acréscimo de informações potencializam a criatividade dos jogadores (MATUS, 1991).

A PES pressupõe a existência de um plano dual, composto pelo plano do governante, que assumiu a responsabilidade de resolver o problema, e o plano que emerge das demandas e denúncias dos outros atores. Neste caso, a qualidade do plano e da eficácia da gestão são as variáveis controladas. As relações de condicionamento que um plano deve explicitar são sintetizadas no Triângulo de Governo, formado por três variáveis interdependentes: CAPACIDADE DE GOVERNO (potência dos métodos e das práticas e perícia da equipe de gestão), GOVERNABILIDADE (equilíbrio entre as variáveis que controla e as que não controla) e PROJETO DE GOVERNO (intenções e objetivos) (MATUS, 1991).

O cálculo determinístico deve ser substituído pelo cálculo interativo e apostas fundamentadas em cadeias de argumentos, cálculos parciais e pressupostos. A incerteza do percurso dos fatos leva a adoção de recursos para tornar o plano mais viável, como direção estratégica, planos de contingência para as situações de “surpresa” (inesperadas ou pouco prováveis), análise de vulnerabilidade e confiabilidade do plano, avaliação pré e pós operações. Todas essas considerações tornam o delineamento do plano um processo muito mais complexo, mas também mais realista, inclusive quando se assume que não é possível abordar todas as possibilidades de futuro, sendo priorizadas algumas. Essa escolha proporciona viabilidade prática ao plano, porém, pressupõe abertura e flexibilidade para realizar ajustes em caso de situações não previstas (MATUS, 1991).

Para operacionalizar a dinâmica da Planificação Estratégica Situacional, são propostos 04 (quatro) momentos (ALMEIDA et al., 2001; CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010; CARDOSO, 2013a; FELICIELLO, 2021; MATUS, 1991; TEIXEIRA, 2010):

1º - MOMENTO EXPLICATIVO: a partir do conhecimento da realidade, são selecionados problemas sobre os quais é necessário intervir. A análise situacional é construída a partir das possíveis causas dos problemas, do envolvimento e do olhar dos diferentes atores em sua resolução e dos critérios de monitoramento dos resultados do plano. Quanto mais informações disponíveis para formular a explicação da realidade, mais claro e objetivo será o problema definido e mais coerente a escolha das prioridades.

2º - MOMENTO NORMATIVO ou PRESCRITIVO: refere-se a tomada de decisão e seleção de estratégias e ações para atingir os objetivos. Implica em um cálculo aproximado dos resultados, considerando as variáveis de incerteza e possíveis surpresas. São elencados os nós

críticos da situação e, a partir destes, as atividades a serem desenvolvidas, os recursos necessários e os responsáveis, bem como a viabilidade do plano. A resolução dos nós críticos é significativa para o alcance dos objetivos ou melhoria da situação atual; porém, precisa estar ao alcance da governabilidade do grupo que planeja.

3º - MOMENTO ESTRATÉGICO: quando se busca dar viabilidade ao plano através da ação estratégica de mobilização dos diferentes atores e poderes. Compreende-se que a viabilidade pode não estar dada, mas pode ser construída, através da captação de recursos e construção de relações de apoio, por exemplo. Embora a análise estratégica deva se desenvolver no decorrer de todo o plano, este é o momento privilegiado para uma avaliação mais profunda acerca da viabilidade política (forças políticas contra e a favor), econômica e técnica.

4º - MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL: colocar as atividades em prática, na perspectiva do PES, faz parte do plano e não é sua etapa final, como no planejamento normativo. Durante a operacionalização são retomados os momentos explicativo, normativo e estratégico, na medida em que são necessárias adequações às circunstâncias do momento. Matus (1991) coloca a necessidade de um sistema de direção estratégica que chame atenção para o que é realmente importante, de modo que o plano não se perca em função do aparecimento de urgências. Neste momento se verifica a predominância do plano sobre a improvisação ou da improvisação sobre o plano.

Matus (1991) ainda alerta para o fato de que o PES possibilita uma visão mais “curta” das situações, ou seja, com menos amplitude e menor prazo. Em se tratando de planejamento, é preciso pensar no impacto das ações a longo prazo e com base em uma perspectiva mais ampliada. É preciso vencer o comodismo e pensar no futuro, encontrar nosso próprio caminho e não apenas seguir ideias, posturas e condutas prontas.

Almeida et al. (2001) referem que a escolha de momentos e não etapas se justifica conceitual e operacionalmente: momentos não tem uma sequência obrigatória, estão em uma cadeia contínua, sem começo e sem final e não são excludentes, embora um seja dominante; etapas tem uma sequência linear, com começo e fim definidos e excludentes entre si. O planejamento deve ser um processo permanente, de modo a permitir ajustes e enfrentar imprevistos para poder alcançar os objetivos traçados. Porém, mesmo o plano nunca estando acabado, “tem que estar sempre pronto, para orientar a equipe que planeja” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 19).

Cardoso (2013a; 2013b), baseado no modelo de Matus, ressalta a importância da participação de diversos atores no planejamento e da definição da missão institucional. Segundo o autor, a definição da missão institucional (propósitos, clientela e ações que desenvolve) serve

como um norteador para as pessoas que integram a organização, direcionando ações e recursos para atingir objetivos comuns. Além disso, diferentes olhares podem contribuir na compreensão de problemas complexos, incluindo nesta perspectiva os atores de diversas funções e segmentos. A atuação do especialista ou planejador segue sendo necessária, mas é no papel de um facilitador; nesse sentido, além de saber técnicas e métodos de planejamento, deve conhecer o contexto institucional e do público-alvo das intervenções. A comunicação é considerada a variável chave para essa construção coletiva, que deve ocorrer em momentos específicos para este fim, com utilização de oficinas, dinâmicas e apresentações que provoquem o diálogo.

Ainda em consonância com Matus, Cardoso (2013a; 2013b) relaciona ferramentas que podem auxiliar na elaboração do plano, nos diferentes momentos do PES, conforme o Quadro 2, a seguir. Tendo em vista que os momentos do planejamento são flexíveis e interrelacionados, infere-se que o uso das ferramentas citadas pode ser mais adequado a um ou outro, porém, não está restrito a ele.

Quadro 2 – Ferramentas úteis aos momentos do PES

(continua)

<b>MOMENTO/ FERRAMENTAS</b>	
<b>EXPLICATIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapas;</li> <li>- Indicadores epidemiológicos;</li> <li>- Informações sobre determinantes demográficos e socioambientais;</li> <li>- Uso de quadros e matrizes para:               <ul style="list-style-type: none"> <li># Análise INSTITUCIONAL - matriz SWOT – considerando as forças e fraquezas do ambiente interno da instituição e oportunidades e ameaças do ambiente externo;</li> <li># Análise de ATORES RELEVANTES;</li> <li># Matriz de PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS – avaliando transcendência, urgência, capacidade de enfrentamento, magnitude e vulnerabilidade;</li> <li># Árvore de problemas; matriz da espinha de peixe, para sistematizar as causas de um problema antes de adiantar soluções.</li> </ul> </li> </ul>
<b>NORMATIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise INSTITUCIONAL - matriz SWOT – para definir diretrizes estratégicas e a visão de futuro, ou seja, ajudar a definir a situação objetivo.               <ul style="list-style-type: none"> <li># Matriz de PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES, PRODUTOS E RESULTADOS/ PROBLEMA - definição de responsáveis, recursos necessários, prazo, resultados esperados.</li> <li># Estratégia SMART para avaliação das METAS – devem ser <u>E</u>specíficas, <u>M</u>ensuráveis, <u>A</u>propriadas, <u>R</u>ealistas e ter <u>T</u>emporalidade (prazo definido). Definição de metas de produto, resultado ou impacto.</li> </ul> </li> </ul>

Quadro 2 – Ferramentas úteis aos momentos do PES

(conclusão)

<b>ESTRATÉGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matriz de AÇÕES ESTRATÉGICAS – permite analisar a coerência do plano, verificando direcionalidade das ações por problemas e nós críticos, pertinência e suficiência das ações.</li> <li>- MODELO LÓGICO – possibilita verificar a consistência do plano, o qual deve prever um fluxo lógico no uso de recursos para ações que geram produtos e resultados de acordo com a situação objetivo, fundamentado técnica e cientificamente.</li> <li>- Matriz de ANÁLISE DE VIABILIDADE – propicia averiguar as capacidades de tomar decisões (viabilidade política), de operacionalizar as ações (econômica e organizacionalmente) e de mantê-las em operação.</li> </ul>
<b>TÁTICO OPERACIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matriz de PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES POR AÇÃO – especifica a ação, meta, responsáveis, recursos necessários, produtos esperados e prazo de execução.</li> <li>- Relatórios para avaliação do alcance de metas, dificuldades encontradas e ajustes a ser feitos no plano</li> <li>- Análise a curto prazo (metas de produto), médio e longo prazo (metas de resultado e impacto)</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Cardoso (2013a; 2013b).

Feliciello (2021) reconhece elementos do Planejamento Situacional de Matus no cerne do Sistema Único de Saúde, como o planejamento ascendente, descentralizado e o envolvimento da comunidade através das instâncias de controle social.

### 3.2.2 Tendências e correntes de pensamento sobre Planejamento em Saúde no Brasil

No Brasil, sobretudo após a Segunda Guerra, a avaliação estava relacionada à racionalidade econômica e, por isso, os primeiros processos de avaliação tinham caráter essencialmente quantitativo (BRASIL, 2016; PAIM, 2012; TEIXEIRA, 2010). Criado em 1948 e aprovado em 1950, o Plano Salte exemplificou o uso da relação custo-benefício como parâmetro para escolha das prioridades - surgiu como proposta nacional para abordar saúde, alimentação, transporte e energia, porém, o financiamento tinha 57% dos recursos direcionados ao setor de transporte, enquanto restaria entre 13 e 16% para os demais setores (SCOREL, TEIXEIRA, 2012; FIGUEIREDO, 2016). O subfinanciamento da saúde e a alocação de recursos em áreas de interesse econômico parece constituir um ciclo recorrente ao longo da história do país.

Posteriormente, foram criados diversos planos, porém, o Plano de Metas de Juscelino Kubistchek (1956-1961) foi a primeira experiência de planejamento governamental efetivamente colocada em prática. Por sua vez, o Plano Estratégico de Desenvolvimento do governo de Costa e Silva (1968-1970), embora enfatizasse a aceleração do crescimento e o controle da inflação, inclui a questão do planejamento social, ao propor a ampliação da oferta de empregos (TEIXEIRA, 2010).

Feliciello (2021) refere que nem o método CENDES/OPAS e nem o de Formulação de Políticas de Saúde foram aplicados no Brasil, pois “até meados da década de 70 não havia nem preocupação nem cultura de planejamento em saúde nos órgãos governamentais” (FELICIELLO, 2021, p. 15). Segundo o autor, a partir das crises econômica e do modelo previdenciário na década de 80, emergiram três alternativas para o modelo assistencial, sendo as duas primeiras favoráveis ao setor privado assistir parte da população, com financiamento público para hospitais. Já a terceira alternativa, defendia a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, com recuperação da rede pública de saúde, subordinação do setor privado ao setor público, revisão das bases financeiras e controle social. Essa terceira vertente desenvolveu um pensamento estratégico em saúde inspirado em Mario Testa.

Campos (2012), Moreira (2018), Rivera, Artmann (2012), Teixeira (2015), Teixeira et al. (2014) mencionam outros enfoques e aspectos acrescentados às discussões sobre planejamento no Brasil, dando origem a novas correntes de pensamento.

### *3.2.2.1 Gestão estratégica do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP*

Essa corrente defende o planejamento como subsídio para a gestão democrática e para as mudanças. Preconiza um modelo de gestão colegiada e democrática para a construção de um novo modelo assistencial, tendo como referenciais o Pensamento Estratégico de Testa, o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, a abordagem de alguns elementos da análise institucional e da qualidade total. Preconiza espaços de gestão compartilhada, com comunicação horizontal e não vertical, autonomia, liberdade e criatividade dos sujeitos, ênfase na avaliação e reflexão sobre o trabalho como formas de responsabilização. Incorpora ainda os conceitos e pressupostos do acolhimento e vínculo da Política Nacional de Humanização, de clínica ampliada proposto por Campos (2003) e da preocupação com os microprocessos do trabalho assistencial discutidos por Merhy et al. (2002), como a importância do uso de tecnologias leves, uso de fluxogramas analisadores e análise da micropolítica do trabalho vivo no cotidiano dos serviços. Seus principais expoentes são Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner

de Sousa Campos e Rosana Onocko Campos. (CAMPOS, 2012; MOREIRA, 2018; RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA et al., 2014)

### *3.2.2.2 Planejamento Estratégico Comunicativo*

Corrente representada por núcleos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/ FIOCRUZ). Francisco Javier Uribe Rivera, Elizabeth Artmann e Edmundo Gallo fazem uma crítica ao Planejamento Estratégico Situacional a partir da teoria do agir comunicativo de Habermas. A proposta resgata elementos do PES, como a sistematização em momentos, porém, inclui e enfatiza a importância dos componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, as práticas de negociação e argumentação, considerando o contexto cultural dos envolvidos. Também há influências da escola da organização que aprende e da aplicação da filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional (CAMPOS, 2012; MOREIRA, 2018; RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA et al., 2014).

O chamado paradigma comunicativo ou intersubjetivo permite abarcar aspectos da micropolítica, mas também questões relacionadas aos sistemas econômicos, administrativos e políticos. As racionalidades instrumental, estratégica, subjetiva, técnica, política e valorativa articulam-se, através da linguagem, na busca de consensos necessários para a decisão e a ação. A racionalidade comunicativa não preconiza negar os conflitos gerados pelas diferenças, mas, tematizá-los, explorá-los de modo a construir contextos argumentativos que permitam condições para o diálogo (CAMPOS, 2012; MOREIRA, 2018; RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA et al., 2014).

Em relação aos serviços e redes de saúde, o referencial comunicativo demonstra afinidade com concepções de outros autores, como a clínica do sujeito, equipes multiprofissionais integradas, acolhimento, humanização etc. Traz a comunicação como potente instrumento para uma ação coordenada e interdependente tanto nos serviços da rede assistencial quanto na relação entre os entes federados – municípios, estados e união (CAMPOS, 2012; MOREIRA, 2018; RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA et al., 2014).

### *3.2.2.3 Corrente da Vigilância em Saúde*

Identificada principalmente com o grupo de docentes e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com autores como Jairnilson da

Silva Paim e Carmen Fontes Teixeira (LEAL, TEIXEIRA, 2017; PAIM, 2003, RIVERA, ARTMANN, 2012; TEIXEIRA, JESUS, 2010; TEIXEIRA et al., 2014).

Paim (2012) refere que os três pilares disciplinares da Saúde Coletiva são o Planejamento, a Epidemiologia e as Ciências Sociais, sendo o planejamento um imperativo ético, político, institucional e social aos serviços de saúde os quais, pela natureza de sua atividade, não podem agir com base no improviso. O método de planejamento defendido pelos autores para implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) é o Planejamento Estratégico Situacional, por considerar que este método supera a fragmentação reducionista disciplinar na abordagem do objeto de planejamento, pela flexibilidade operacional proporcionada pela organização em momentos estruturados mas sem uma sequência rígida, pela modularização do plano que pode facilitar a participação de distintos atores sociais e por estar imbuído de uma teoria de governo que abre espaço às mudanças políticas e práticas institucionais (TEIXEIRA; JESUS, 2010).

Teixeira e Jesus (2010) referem que, embora essa corrente de pensamento dialogue e assimile conceitos de outras correntes (como análise de viabilidade e mapeamento de atores, por exemplo), não deixa de enfatizar a importância do enfoque epidemiológico. A epidemiologia, enquanto disciplina e reflexão epistemológica, deve contribuir para a análise e compreensão da situação de saúde das comunidades, auxiliando desde a definição de objeto do planejamento, formulação de políticas, planos e intervenções até a avaliação do impacto destes sobre as condições de vida e saúde da população. As ações de vigilância em saúde com base na epidemiologia, cujo enfoque prioritário é a promoção e proteção da saúde constituem importante alternativa ao viés essencialmente economicista predominante no planejamento em saúde. Para operacionalizar esse modelo, é proposta a organização de microssistemas regionais cujos serviços trabalhem em redes de cooperação, na lógica de corresponsabilização e ação solidárias, com ênfase à capacidade de comunicação e articulação dos sujeitos entre si e com as instituições (LEAL, TEIXEIRA, 2017; PAIM, 2003; TEIXEIRA, JESUS, 2010)

Rivera, Artmann (2012) consideram Eugênio Vilaça Mendes como simpatizante dessa corrente, na medida em que propõe a estruturação de um sistema de saúde a partir de redes integradas de atenção. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) deverão responder de forma deliberadamente organizada às necessidades, demandas e preferências de saúde de uma população em um dado território - identificadas a partir da análise de situação de saúde (MENDES, 2011).



#### 3.2.2.4 Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Partilham desse ideário autores como Lilia Blima Schraiber, Maria Inês Batistella Nemes, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (já falecido), Marina Peduzzi, José Ricardo de C. M. Ayres, Ricardo Rodrigues Teixeira, dentre outros. Em síntese, a ação programática em saúde consiste em uma forma de organizar o trabalho em saúde, o qual é coletivo, e deve utilizar tecnologias de base epidemiológica (AYRES, 2011; BEDRIKOW, CAMPOS, 2015; NEMES, 2000; RIVERA, ARTMANN, 2012; SCHRAIBER, NEMES, MENDES-GONÇALVES, 2000).

Para os autores, o arcabouço conceitual e tecnológico do planejamento refere-se à dinâmica do poder político na escolha de prioridades, métodos e alocação de recursos para o sistema de saúde, ficando um pouco distante da dimensão mais operativa do trabalho. Neste sentido, propõem a Programação em Saúde como tecnologia para organização dos serviços e processos de trabalho (NEMES, 2000).

A compreensão das práticas de saúde na dimensão do trabalho subentende as ações como processos de intervenção técnica e social na realidade em saúde, já que todo o trabalho tem a finalidade de atender às necessidades humanas. O trabalho é organizado a partir de tecnologias que se originam da articulação entre os processos de trabalho e a dinâmica da reprodução social, ou seja, como os grupos vivem e se produzem. Os programas podem ser orientados por patologias específicas, como tuberculose e hanseníase, por exemplo, ou considerando os riscos de adoecimento de grupos específicos, como crianças, gestantes, adolescentes etc. A epidemiologia deve ser utilizada para organizar a assistência individual e a orientação para questões de saúde-doença em escala social, sendo que a definição do objeto de trabalho na programação em saúde é feita com base em diagnósticos coletivos (NEMES, 2000).

Ayres (2011) aprofunda as reflexões do trabalho de Nemes (2000), sinalizando a necessidade das análises epidemiológicas não se restringirem à perspectiva formal, técnica e metodológica, mas considerarem também os aspectos históricos e sociais, políticos e filosóficos, de modo a produzirem possibilidades efetivas de transformações, a partir de debates plurais e democráticos envolvendo os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

A Programação em Saúde recomenda ainda a atuação interdisciplinar, não como a soma de intervenções de diversas origens, mas como a articulação de diversos saberes para refletir e elaborar novos conceitos acerca dos objetos de trabalho, bem como instrumentos que os

potencializem no interior técnico do trabalho. A avaliação constante é uma premissa básica desse modelo. A proposta é de favorecer o desenvolvimento de sujeitos por meio do trabalho, de modo que os trabalhadores não sejam reduzidos apenas à competência técnica e os usuários a passivos objetos de intervenção. Essa mudança de relação entre sujeito-serviço e sujeito-usuário, assim como a articulação entre os diferentes serviços do sistema só pode se dar a partir de um processo comunicativo eficaz, conforme vertente do agir comunicativo de Habermas (NEMES, 2000; RIVERA, ARTMANN, 2012).

### *3.2.2.5 PES Modificado ou ZOOP Enriquecido pelo PES*

Luiz Carlos Oliveira Cecílio propôs um método de planejamento estratégico que mistura as tecnologias do Planejamento Estratégico de Testa, Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus e o Planejamento Orientado por Objetivos (ZOPP), o qual foi chamado algumas vezes de “PES modificado” ou de “ZOPP enriquecido pelo PES”. Esse modelo era direcionado a equipes de governo e objetivava simplificar o processo de planejamento sem perder o rigor metodológico, seguindo os seguintes passos: definição clara do ator que planeja e da missão da organização à qual está vinculado o referido ator; formulação e descrição detalhadas do problema a ser resolvido; identificação da gênese do problema; desenho de operações para enfrentar os nós críticos; analisar ou criar viabilidade para o plano; elaboração e gestão do plano operativo (CAMPOS, 2012; CECÍLIO, 2002).

Campos (2012) ressalta o esforço de Cecílio em construir uma metodologia sistemática para o planejamento, porém critica alguns aspectos, como a substituição do momento explicativo do PES pela árvore explicativa do ZOPP, pois entende que se perde a oportunidade de uma compreensão crítica do mundo para além da linearidade do senso comum. A autora refere ainda que a proposta de enfatizar a descrição dos problemas e não seus desdobramentos é um vício do planejamento normativo, teoricamente contestável. A simplificação do momento estratégico, apenas com análise de controle dos recursos e interesse dos atores, além da concepção de que ator é apenas a autoridade que institui os grupos de governo, faz com que a instrumentalidade esmague os sujeitos (CAMPOS, 2012; CECÍLIO, 2002).

### *3.2.2.6 O Planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos*

Campos (2012) apresenta as ideias de Adolfo Chorny, da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, expressas no texto “Planificación em Salud: viejas ideas em nuevos

ropajes”, o qual traz uma série de reflexões a partir de seus mais de 30 anos de experiência com o planejamento em saúde (CAMPOS, 2012; CHORNY, 1998). O autor refere que planejar consiste em identificar problemas e prioridades de intervenção para resolver situações inadequadas presentes ou evitar que haja deterioração de uma situação atualmente considerada adequada. Reforça que o objetivo final do planejamento em saúde é a saúde e, por isso, também deve ser o ponto de partida do planejamento (CHORNY, 1998).

Embora utilize elementos do planejamento tradicional e estratégico, critica o fato de que existem poucas novas ideias, mas muitas novas versões para as ideias antigas, tornando a inovação com um fim em si mesma, e não como uma forma de resolver novos problemas. O propósito do planejamento deveria ser empregar recursos da melhor maneira possível de modo a reduzir as desigualdades sociais e produzir saúde, e não apenas reduzir ao máximo os custos da assistência (CHORNY, 1998).

Chorny (1998) afirma que o caminho para mudar a realidade passa pelo seu conhecimento profundo e compreensão, tendo em vista a sua complexidade, considerando as dimensões econômica, política, social e cultural. A análise do “planejador em saúde” deve contemplar a dimensão saúde com seus determinantes e condicionantes, dentro de um contexto complexo; uma definição metodológica cujos métodos devem ser coerentes com as atividades e os objetivos que se procura alcançar, e a ação, posto que só se verifica que o plano é bom ou não na prática. Deve haver reflexão crítica, de modo que não seja adotado um dogma dissimulado de enunciado científico, restrito a uma avaliação essencialmente quantitativa ou qualitativa. A complexidade do mundo impõe a necessidade de usar mais de um tipo de abordagem.

### *3.2.2.7 Integralidade como diretriz para o planejamento e organização dos serviços de saúde*

Rivera e Artmann (2012) mencionam a contribuição das produções do Laboratório de Integralidade em Saúde (Lappis) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), as quais relacionam a integralidade com a gestão das redes e sistemas de saúde. De acordo com Favoreto (2013), a proposta de mudança no modelo assistencial e nas práticas no Sistema Único de Saúde tem suscitado a discussão de novos temas, como a integralidade, para a agenda do campo da saúde. A integralidade constitui uma perspectiva que amplia e baliza o olhar sobre a realidade, visto que integra princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania e suas prerrogativas. Quando a integralidade é voltada para as necessidades, expectativas e demandas do sujeito, pode impactar nos processos de planejamento, organização e estruturação dos

serviços de saúde. Isto porque implica necessariamente na discussão de questões como universalidade, equidade de acesso e atenção, efetividade, continuidade e terminalidade, além de dar destaque às relações entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar (FAVORETO, 2013; RIVERA, ARTMANN, 2012).

### **3.2.3 Gestão em saúde como dimensão prática do planejamento**

Para Teixeira et al. (2014), o planejamento em saúde se refere aos processos de formulação de políticas, organização das práticas e às formas de gestão de planos, programas e projetos de ação. Os autores observam que as publicações sobre planejamento tratam dos referenciais teóricos e metodológicos utilizados/ discutidos ao longo do tempo, enquanto as publicações com o enfoque de gestão em saúde apresentam um predomínio da dimensão operativa, com descrição e análise crítica de experiências concretas (TEIXEIRA, 2015; TEIXEIRA et al., 2014). Sendo assim, considera-se importante explorar referenciais sobre a gestão do cuidado, enquanto parte concreta do planejamento no cotidiano dos serviços de saúde.

De acordo com Souza e Viana (2014), gestão é sinônimo de administração. Nesta perspectiva, considerando a definição clássica de administração formulada por Henry Fayol, o planejamento seria uma das atividades da gestão, assim como organizar, dirigir e controlar. A partir do referencial do Planejamento Estratégico Situacional de Matus, entretanto, a gestão corresponde ao momento tático-operacional do planejamento, invertendo a concepção anterior (CARDOSO, 2013a; PORTELA, TEIXEIRA, 2017; SOUZA, VIANA, 2014). A Assembleia Mundial da Saúde de 1978 adotou um conceito mais amplo de gestão, o qual considera o conjunto de técnicas usadas para o funcionamento de uma organização (definição de políticas e programas, execução, vigilância e avaliação desses programas) e incluiu como objeto da gestão a tomada de decisão política (PORTELA, TEIXEIRA, 2017; SOUZA, VIANA, 2014).

Os autores explicam a gestão através da teoria do processo de trabalho por Mendes-Gonçalves e Marx, concebendo-a como um trabalho indireto, ou seja, um trabalho que se realiza sobre outros trabalhos (PORTELA, TEIXEIRA, 2017; SOUZA, VIANA, 2014). Nesta perspectiva, o objeto de trabalho do gestor seria o trabalho de outras pessoas as quais supervisiona ou comanda e as atitudes, conhecimentos e técnicas utilizadas para definir e controlar os processos de produção constituem seus instrumentos de trabalho.

Para Mello e Mattos (2018) a gestão do cuidado consiste em agenciar os recursos, saberes, sujeitos e processos necessários às práticas de cuidado e produção de saúde. Pires e

Göttems (2009) compreendem a gestão como a forma de organizar o cuidado a partir da interação entre sujeitos, podendo gerar intervenções emancipatórias ou restritivas.

Mello e Mattos (2018) referem que a atuação dos profissionais e a organização dos serviços de saúde se dá em função da concepção e da lógica em torno dos seguintes elementos:

Cuidado baseado na DOENÇA: o corpo doente é a principal fonte de saber e intervenção, bem como a base para a produção e a organização do conhecimento. É a chamada Clínica Tradicional ou Moderna (CAMPOS, 2003; BEDRIKOW, CAMPOS, 2015), cujo objeto de trabalho é a doença biológica e não o doente, desconsiderando aspectos subjetivos e sociais.

Cuidado baseado na noção de RISCO à saúde: A partir de medidas epidemiológicas, são identificados fatores individuais e/ou coletivos que constituam risco para adoecimento, incapacidades ou morte. Grande parte das práticas de prevenção e promoção de saúde são norteadas pela noção de risco, dando origem a intervenções relevantes. Contudo, essa abordagem apresenta como fragilidades a aplicação de medidas generalizadas, sem considerar a singularidade dos coletivos e dos sujeitos; a possível culpabilização dos indivíduos pelos problemas, desconsiderando os condicionantes do contexto, gerando ansiedade e obsessão por estilos de vida saudáveis, que tendem a normatizar e controlar o modo de viver das pessoas.

Cuidado centrado no SOFRIMENTO e ADOECIMENTO: Através da escuta e da produção de vínculo, busca-se compreender como o indivíduo experiencia as situações de vida, atendendo aquilo que o mobiliza e incomoda, de acordo com sua singularidade. Neste caso a fragilidade está no risco de desenvolver ou agravar problemas de saúde evitáveis ou adiáveis pelo fato de considerar somente aquilo que faz sentido para o usuário, a partir de sua subjetividade.

Cuidado baseado na POTÊNCIA DE VIDA: ao contrário da perspectiva centrada na doença e nas incapacidades, busca-se valorizar e reforçar a capacidade de viver e produzir novos sentidos para a vida individual e coletiva. Os problemas não são ignorados, mas não são reafirmados o tempo todo; o sujeito não é reduzido a eles. Implica em relações ético-políticas entre profissionais e usuários baseadas na capacidade de afetar e ser afetado, bem como no princípio de alteridade. Experiências em saúde mental, redução de danos e consultório de rua são exemplos de aplicação prática desse referencial.

Bedrikow e Campos, (2015), Campos (2003), Cunha (2005), Mello e Mattos (2018) e Paim (2012) referem que a forma como os campos da gestão e do cuidado se relacionam e influenciam-se mutuamente é determinada pelos pressupostos teóricos que os norteiam, mas também de forma significativa pela conjuntura social, política e econômica. São apresentados quatro modelos de interação entre gestão e cuidado:

A proposta de *managed care* (atenção gerenciada), originária dos Estados Unidos, consiste na intervenção e controle das decisões profissionais, por meio de mecanismos gerenciais. Foi concebida a partir da entrada do capital financeiro no setor saúde, com o objetivo de alcançar eficiência e lucratividade, em um cenário onde o complexo médico-industrial tornava o custo da assistência à saúde cada vez maior. Este modelo de gestão não se restringiu ao setor privado de saúde norte-americano, mas embasou a construção de modelos em diferentes países da Europa e América Latina. Nesse contexto, estabelecia-se uma relação de consumo entre clientes e prestadores de serviços (MELLO; MATTOS, 2018).

No final dos anos 90, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido dá visibilidade a abordagem conhecida como *governança clínica* ou *gestão da clínica*. Esse modelo se caracteriza pela busca da qualidade da assistência, enfatizando a necessidade de qualificação técnica do profissional, eficiência no uso dos recursos, cultura de segurança do paciente e satisfação do usuário. Contudo, ao se basear em teorias organizacionais adaptadas à saúde, como a gestão da qualidade total, acaba por utilizar mecanismos normatizadores e padronização de condutas, comprometendo a singularidade da assistência. As práticas passam por planejamento, intervenção e avaliação sistemáticos e devem se adequar a padrões previamente estabelecidos (MELLO; MATTOS, 2018).

A *coordenação do cuidado* apresentada por Starfield (2002) propõe que o serviço de atenção primária, como porta de entrada do sistema, seja responsável pela assistência dos usuários, mas acompanhe e articule sua trajetória dentro da rede de atenção quando encaminhados aos serviços especializados. Para isso, é necessária capacidade clínica da equipe de APS e vínculo desta com o usuário, além de retaguarda assistencial de serviços efetivamente articulados em rede (MELLO, MATTOS, 2018; STARFIELD, 2002).

O modelo de *gestão do cuidado* proposto por Cecílio (CECÍLIO, 2011; MELLO, MATTOS, 2018) visa o bem-estar, segurança e autonomia dos indivíduos, de modo que possam usufruir uma vida produtiva e feliz, através do emprego de tecnologias de saúde adequadas às suas necessidades. O autor apresenta seis dimensões da gestão do cuidado: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Gastão Wagner de Sousa Campos idealizou um modelo bastante discutido e replicado de gestão do cuidado no país, o Método Paideia, com a proposta da Clínica Ampliada (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2005; BEDRIKOW, CAMPOS, 2015; MELLO, MATTOS, 2018). Os conceitos e métodos propostos pelo autor estão explicitados de forma bastante clara em diversos documentos e legislações do Ministério da Saúde, incluindo as Políticas Nacionais de Atenção Básica e a Política Nacional de Humanização, dentre outros, embora a autoria não seja

referenciada (BEDRIKOW, CAMPOS, 2015; BRASIL, 2006, 2011, 2017; PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Campos refere que o questionamento de modelos e visões de mundo dominantes, na contemporaneidade, permitiu a abertura a culturas e saberes distintos, concluindo-se que “todo o fenômeno é complexo; todo o conceito, polissêmico, e todo o campo de saber interdisciplinar” (CAMPOS, 2003, p. 9). Contudo, o fato de não haver uma verdade absoluta ou teoria que consiga explicar e compreender o mundo real, não significa que não devam ser empregados esforços para se construir métodos de análise do mundo. Neste sentido, afirma que não há como separar a reforma do Sistema Único de Saúde (SUS) da reforma da ciência, e propõe um método dialético para orientar pesquisa, política, gestão, as práticas e a própria vida.

O chamado Método Paidéia parte da premissa que os achados científicos repercutem nos modos como se lida com a saúde e a doença e vice-versa, e que todo pensamento vinculado à prática política, clínica, sanitária ou profissional está obrigado a reconstruir depois de destruir. Reafirma a possibilidade de que o sistema de saúde pode contribuir para a constituição dos sujeitos (usuários e profissionais), produzindo dependência e impotência, ou autonomia e aumento da capacidade de análise e de cogestão, melhorando, neste último caso, a forma de lidar com as limitações pessoais e as impostas pelo contexto (CAMPOS, 2003).

Sendo assim, a Clínica Ampliada (CAMPOS, 2003; BEDRIKOW, CAMPOS, 2015) preconizada não nega a clínica tradicional, mas mescla a ela elementos que possam dar respostas mais adequadas às necessidades dos sujeitos, sob a ótica da integralidade. Apresenta potencial pedagógico e terapêutico. A missão é superar a clínica degradada: sistema de queixa conduta, resultante de uma política de saúde inadequada e do trabalho médico alienado e padronizado (como em pronto atendimentos). Além disso, Campos (2003) e Bedrikow, Campos (2015) sinalizam a necessidade de enfrentar e resolver os nós críticos da clínica tradicional, quais sejam:

- Sair da fragmentação e reducionismo decorrentes da especialização progressiva, sem cair num obscurantismo simplista. O sujeito é o centro da intervenção e não sua doença. O trabalho deve ser transdisciplinar, incluindo ações de núcleo, onde cada profissional e cada profissão contribui com sua especificidade, e ações de campo, ou seja, aquelas que agregam e articulam os diferentes saberes, em relações horizontais de trabalho e cogestão. Essa forma ampliada e democrática de cuidar pode ser operacionalizada através da instituição de equipes de referência e equipes de apoio especializado matricial, para construção de reflexões e intervenções conjuntas, como o projeto terapêutico singular (PTS), por exemplo;

- Superar a alienação, a fragmentação e o tecnicismo biologicista, através da construção de vínculo entre equipe de referência e clientela; construção de projetos terapêuticos amplos que contemplem biologia, socialidade e subjetividade, com objetivos e técnicas de ação profissional explícitos, e que reconheçam o papel ativo do Sujeito – ex-paciente – na luta e defesa da sua saúde.

O Método Paidéia propicia a definição de prioridades de forma mais fidedigna com aplicação de intervenções e recursos terapêuticos específicos. Ao estimular o autocuidado e utilizar a educação em saúde como ferramenta para aumentar a capacidade das pessoas serem terapeutas de si e de seus coletivos – familiares, comunidade -, pode ainda atenuar o impasse entre a demanda infinita e a finitude de recursos de todas as ordens.

Campos (2003) condiciona a consolidação do SUS à ampliação da clínica e à modificação das relações entre governo e entes federados, entre estes e os serviços, e entre os profissionais e os usuários, a partir de um sistema de cogestão que acolha as demandas de todos, e que institua diretrizes de ação a partir da negociação e pactuação. Menciona ainda a capacidade do sistema de produzir saúde e evitar danos, a eficiência pela racionalidade gerencial e definição clara de responsabilidades com abordagem singular dos problemas de saúde.

Dentro da proposta do método Paidéia, Onocko Campos (2003) aborda a importância dos arranjos de gestão, ou seja, formas de organização que possam ser institucionalizadas, como os colegiados de gestão, as unidades de produção, o apoio matricial e a definição de equipes de referência com população adscrita. Aponta ainda os dispositivos de gestão, os quais buscam subverter as linhas de poder instituídas, tais como oficinas de planejamento, cursos, treinamentos, momentos de formação, análise e supervisão institucional, assembleias, formação de contratos e convênios etc. A autora considera a gestão como um lócus privilegiado para mudanças, contudo, não há como quebrar o instituído usando as mesmas ferramentas. Alerta ainda que todo o processo de mudança gera crise, mas que esta pode ser apenas um lugar de passagem e não uma forma de sofrimento.

A partir dos referenciais de Campos (2003), o Ministério da Saúde passou a assumir, de forma gradual o papel de apoiador institucional para a implementação do SUS, ou seja, além de orientar e monitorar a organização dos serviços, passou a apoiar as esferas de gestão estadual e municipal nas questões mais técnicas e operacionais do sistema, preconizando que as secretarias de saúde assumam essa mesma postura com os serviços que as constituem. Não basta determinar o que fazer, mas auxiliar na definição do como fazer, em um caráter de parceria e apoio, não apenas punitivo e fiscalizatório. Pereira Júnior (2018) discute todo o movimento



feito acerca do apoio institucional, desde as suas primeiras versões nos documentos oficiais até a 3ª edição do Documento Base da Política Nacional de Humanização. Nele, o apoio institucional passa a ser considerado uma tecnologia estratégica de gestão, a qual deve fomentar e acompanhar processos de mudança organizacionais, articulando conceitos e métodos da análise institucional e da gestão (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Como já dito antes, as propostas de educação permanente, apoio matricial, equipes de referência com população adscrita, percepção do usuário como sujeito do cuidado, importância do acolhimento e vínculo, foram sendo introduzidas aos poucos nos manuais e portarias ministeriais. Bedrikow e Campos (2015) realizaram o estudo de alguns materiais institucionais para avaliar a presença dos princípios e das práticas da clínica ampliada. Observaram que, nos Cadernos de Atenção Básica, por exemplo, ainda existe a predominância do olhar sobre a doença e práticas prescritivas, médico centradas, à exceção do caderno sobre envelhecimento que aborda autonomia do sujeito, reuniões de equipe, PTS etc. Embora os Cadernos mencionem a integralidade do sujeito e das ações, na prática, as atividades previstas representam o modelo da clínica tradicional.

O mesmo problema foi verificado com o Programa de Acesso e Melhoria da Atenção Básica (PMAQ). Apesar de ser uma estratégia de reorientação de práticas com vistas à clínica ampliada, ainda é médico centrada e a avaliação é feita com base em indicadores quantitativos, que podem dar um panorama sobre o acesso aos serviços, mas não ao tipo de clínica praticado pelos profissionais; verifica-se o número de consultas em relação à população, mas não sua qualidade ou o impacto na situação de saúde dos usuários. Bezerra e Medeiros (2018) também consideram que, embora os instrumentos do PMAQ abordem questões concernentes à precarização do trabalho e à valorização do trabalhador, não conseguem explicitar as questões relativas às negociações nos processos de trabalho e a saúde do trabalhador. Ainda segundo Bedrikow e Campos (2015), as diretrizes propostas para o NASF e para o cuidado de pessoas com condições crônicas foram os desenhos mais coerentes com a clínica ampliada, não apenas nos princípios, mas também nas formas de implementação.

Mello e Mattos (2018), Bedrikow e Campos (2015), Campos (2003), Franco e Merhy (2003), Pereira Júnior (2018) referem que as mudanças no sistema e nas práticas de saúde são influenciadas por questões estruturais (estrutura física das unidades, recursos humanos e materiais disponíveis, tamanho da população adscrita) e questões assistenciais práticas (capacidade de escuta e vínculo, oferta de cuidado menos medicalizantes e mais promotoras de autonomia, abordagem dos problemas de acordo com a dimensão que requerem). Contudo, também são influenciadas pelas ações administrativas e gerenciais, sendo necessário

proporcionar condições para que as intenções de uma clínica ampliada não fiquem apenas no campo teórico.

É necessário adaptar as ferramentas de governo, geralmente pensadas para a administração de empresas, para as peculiaridades e demandas do sistema de saúde. Mello e Mattos (2018) sinalizam como importantes elementos da gestão do cuidado na atenção básica: trabalho em equipe multiprofissional, com reuniões de equipe regulares que proporcionem educação permanente e espaço de fala a todos os profissionais; protagonismo da equipe ao mesmo tempo que se garante e estimula a participação da comunidade; qualificação do cuidado através do apoio matricial e da articulação com a rede.

Cunha (2005) também reitera a Clínica Ampliada, com todos os seus arranjos e dispositivos, como caminho para mudanças efetivas nos sistemas de saúde, através da adoção de mecanismos concretos de gestão, implementados pelo gestor, mas consolidados na prática cotidiana dos serviços. O autor fala da implantação das práticas integrativas (neste caso, homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa) de modo a potencializar o cuidado nas unidades de atenção básica; e da utilização de uma ferramenta gerencial denominada de “antiprotocolo”. A crítica aos protocolos convencionais é a utilização de “cardápios básicos” que abordam as situações clínicas mais comuns sob a ótica da programação em saúde e da medicina baseada em evidências, os quais podem adotar uma perspectiva totalizante dos problemas, deixando de lado a singularidade dos sujeitos e tornando o trabalho alienado. O antiprotocolo se operacionaliza em três movimentos – diagnóstico, a partir da análise da situação de saúde; escolha dos recursos possíveis na construção de soluções e assimilação das diretrizes da clínica ampliada, em processos de cogestão e voltados à clínica do sujeito.

Mello e Mattos (2018) exemplificam a necessidade de adequar gestão e atenção através da experiência brasileira com a implantação da Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário de reorientação da atenção primária. Inicialmente concebida como espaço de promoção e prevenção, operando por meio de ações programáticas e com baixa permeabilidade à demanda espontânea pelo receio de regredir ao modelo de pronto atendimento, gerou barreiras de acesso que dificultaram sua legitimação como porta de entrada do sistema. A partir disso, evidenciou-se a necessidade de uma atenção básica que combine acolhimento e atenção à demanda espontânea, cuidado continuado e atuação sobre problemas em sua dimensão coletiva.

Diversos estudos e relatos de experiência demonstram que o planejamento e gestão são componentes importantes do cuidado, e apontam a Clínica Ampliada como caminho para a consolidação da reforma do sistema único de saúde tal como idealizada pelo movimento sanitário brasileiro. Contudo, os mesmos estudos ainda demonstram que as práticas de

planejamento e reformulação da clínica ainda são incipientes em grande parte das situações, com grande ênfase nas interações políticas e de cogestão como aspecto de fragilidade (BELLINI, PIO, CHIRELLI, 2016; BOSI, PONTES, VASCONCELOS, 2010; CRUZ et al., 2014; DITTERICH et al., 2015; ESPÍNDULA, 2012; GONÇALVES, 2013; LIMA, 2016; MACHADO et al., 2018; OLIVEIRA, 2016; PADILHA et al., 2018; PEREIRA, 2015; PERUHYPE et al., 2018; PONTE, OLIVEIRA, ÁVILA, 2016; ROCHA, 2013; VARGAS, MACERATA, 2018; VILLA et al., 2018).

### 3.3 O PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira suscitou e influenciou a reflexão e o debate sobre o planejamento não apenas como a implementação de programas verticais, mas como uma ferramenta de governo e uma tecnologia de gestão a favor das mudanças necessárias nos serviços de saúde (ROCHA, 2018; TEIXEIRA, 2015; TEIXEIRA et al., 2014). Muitas vezes o planejamento foi (e é) visto como um mero ritual burocrático, especialmente em virtude da concentração do poder de decisão na esfera federal.

A Constituição Federal de 1988 trouxe a descentralização como diretriz do Sistema Único de Saúde, possibilitando a Estados e Municípios participar de forma mais efetiva na gestão das políticas públicas e não apenas na sua execução. Posteriormente, as Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde, o Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública na Saúde (COAP) auxiliaram no detalhamento deste processo (BEDRIKOW, CAMPOS, 2015; FELICIELLO, 2021; TEIXEIRA, 2015).

A transferência de recursos e responsabilidades possibilitou ainda a identificação das demandas locais e regionais, e de especificidades que interferem de forma direta na efetividade das ações propostas pelas esferas superiores de governo ou que requerem intervenções diferenciadas. Por outro lado, o envolvimento de mais atores nas decisões enfraqueceu a capacidade de oferta de ações e serviços, de decisão e do próprio planejamento, em virtude da formação de diferentes interesses e lógicas de trabalho, as quais nem sempre se pautam pelos princípios da universalidade e equidade (BRASIL, 2016). O estudo de OLIVEIRA (2016) evidenciou a interferência direta de interesses particulares nas políticas e, conseqüentemente, nas ações de saúde de um município, embora o fórum de discussões fosse legítimo – Conselho Municipal de Saúde (CMS).

No intuito de orientar o planejamento em saúde de forma equânime e integrada, vários dispositivos teóricos e legais vêm sendo desenvolvidos para instrumentalizar gestores,

trabalhadores e a própria comunidade que participa na gestão do SUS através de fóruns colegiados. Em 2006, a Portaria ministerial 3.085 regulamentou o PlanejaSUS, projeto com a proposta de institucionalizar o planejamento nas três esferas de governo, sendo posteriormente revogada pela Portaria 2.135 de 25 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013), a qual estabeleceu as diretrizes para o planejamento no SUS.

Em 2009, uma publicação em parceria com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS (BRASIL, 2009) reuniu a série de Cadernos de Planejamento, que registram a trajetória de construção do PlanejaSUS, além da legislação e textos de apoio sobre o assunto. Em 2016, foi publicado o Manual de Planejamento no SUS, em cooperação com a Fundação Osvaldo Cruz, com o objetivo de revisar e aprimorar os instrumentos e processos de planejamento, tendo em vista a edição de novos aparatos jurídicos, como o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2016). Este manual institui sete princípios gerais para o planejamento no SUS: consiste em uma atividade contínua e obrigatória; deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral; deve respeitar o resultado das pactuações entre gestores nas Comissões Intergestores Regionais, Bipartite e Tripartite; deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão no SUS; deve ser ascendente e integrado; deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde; deve partir das necessidades de saúde da população.

Obviamente, delinear princípios e diretrizes auxilia na construção do planejamento, porém, não é suficiente para garantir integração e maior uniformidade. Assim, continuam sendo enfatizados os instrumentos para o planejamento no SUS – Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; CARDOSO, 2013a; FELICIELLO, 2021).

**PLANO DE SAÚDE:** instrumento que define a implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera de governo, por um período de quatro anos. Deve refletir, a partir da análise situacional, as necessidades da população, a estrutura do sistema de saúde e as ações propostas para atingir os objetivos, metas e indicadores. Cabe salientar que os Planos Municipais devem estar em conformidade com os planos regionais, estaduais e nacionais, havendo definição e compartilhamento de responsabilidades. Precisa ser aprovado pelos Conselhos de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE:** baseada nos Planos de Saúde e Plurianual, a programação anual expressa ações a serem desenvolvidas para atingir metas anuais e os recursos a serem alocados para este fim. Sendo assim, também devem ser consideradas a Lei

Orçamentária Anual (LOA) e a de Diretrizes Orçamentárias (LDO) relativas ao período em questão. Precisa da aprovação da Comissão Intergestores Regional (CIR) e CIB.

**RELATÓRIO DE GESTÃO:** Os relatórios de gestão quadrimestrais são instrumentos de monitoramento da implementação da Programação Anual, enquanto o relatório anual permite a avaliação do cumprimento das pactuações de metas, objetivos e indicadores, assim como a execução orçamentária. Depende de apreciação e aprovação do Conselho de Saúde.

Todos estes instrumentos estão descritos na legislação, com instruções específicas sobre sua formulação e requisitos mínimos para que possam ser apresentados e aprovados, condicionando inclusive o repasse de recursos financeiros a estes dispositivos (BRASIL, 2011; 2016).

Além destes, o Ministério da Saúde oferece em seu portal ferramentas para auxiliar no planejamento, com respectivas instruções de uso e importância para as políticas de saúde (BRASIL, 2016). Destacam-se:

- Mapa da Saúde - disponibiliza informações georreferenciadas sobre o SUS e características de populações e usuários;
- Sistema de Pactuação de Diretrizes, Metas e Indicadores (SISPACTO) – permite o registro das metas pactuadas pelos entes federados;
- TABNET - possibilita tabular informações do banco de dados do SUS para análise da situação sanitária);
- Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – onde é possível verificar os gastos e receitas de saúde dos entes federados.

A falta de sistematização é apontada como fragilidade do planejamento em vários estudos, como os de Cruz et al. (2014), Ferreira et al. (2018), Reuter et al. (2020), Sá et al. (2015) etc., comprometendo a governabilidade da gestão, a implementação e a consolidação de políticas públicas (VILASBOAS, PAIM, 2008). Os instrumentos de planejamento do SUS se apresentam como estratégias potentes para melhorar esse processo, embora Andraus et al. (2017), Cavalcanti et al. (2012), Reuter et al. (2020), Becker et al. (2018) e Voltolini et al. (2019) sinalizem a falta de acesso dos trabalhadores a relatórios e aos instrumentos de planejamento. A centralização do uso dessas ferramentas nos trabalhadores vinculados diretamente aos cargos de gestão corrobora a predominância do modelo normativo de planejamento.

Apesar da vasta literatura encontrada sobre a temática do planejamento em saúde, na prática, a impressão é de que o planejamento ainda não foi reconhecido como potencialidade

real para a melhoria dos serviços de saúde (PIRES et al., 2019). Teixeira et al. (2014) dizem que a valorização ou não do planejamento tem forte influência do contexto político e institucional, o que é corroborado por Oliveira (2016). A autora discute sobre a centralização das ações de planejamento e elaboração dos instrumentos por poucas pessoas, que em geral não pertencem ao quadro de funcionários do município; com a rotatividade destes gestores, ocorre descontinuidade de processos e o entendimento do Plano de Saúde, Programação Anual e Relatórios de Gestão como obrigações formais para garantir o repasse de recursos financeiros.

Para Paim (2012) o planejamento pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores; as possibilidades de superação do planejamento sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população inscrevem-se nos movimentos das forças sociais que lutam por um SUS democrático, orgânico ao projeto da Reforma Sanitária.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo constituiu uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória (GIL, 2019<sup>a</sup>, 2019b; MINAYO, 2010; SAMPIERI, COLLADO, BAPTISTA LUCIO, 2013). O método qualitativo se mostra apropriado aos objetivos desta pesquisa, por permitir a análise das relações entre indivíduos, instituições e grupos sociais, seus significados e intencionalidades, bem como os processos culturais, sociais e históricos que produzem e são produzidos por estas relações. A interpretação e reinterpretação das vivências cotidianas pelos sujeitos possibilita identificar sentidos e conceitos, bem como produzir novos, a partir de reflexões e discussões (MINAYO, 2010; SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2013).

Estudos exploratórios podem constituir a primeira etapa ou o todo de uma pesquisa. Em geral, tem a finalidade de proporcionar uma visão mais aproximada do fenômeno a ser estudado, tornando-o mais explícito e possibilitando a formulação de hipóteses ou conceitos mais precisos. Como primeira etapa do estudo, permitem maior familiaridade com os diversos aspectos referentes ao fato ou fenômeno de interesse, dando subsídios a uma investigação subsequente mais completa e sistematizada (GIL, 2019<sup>a</sup>, 2019b; MINAYO, 2010; SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2013).

Por sua vez, os estudos descritivos evidenciam, de forma detalhada, as características de uma determinada população ou fenômeno, podendo incluir questões sociodemográficas, opiniões, crenças, hábitos etc. São úteis também para verificar relações entre variáveis. Este tipo de pesquisa implica no uso de técnicas rigorosas e padronizadas de coleta de dados, sem que haja interferência do pesquisador na produção/ elaboração dos dados (COSTA, LOCKS, GIRONDI, 2018; GIL, 2019a, 2019b).

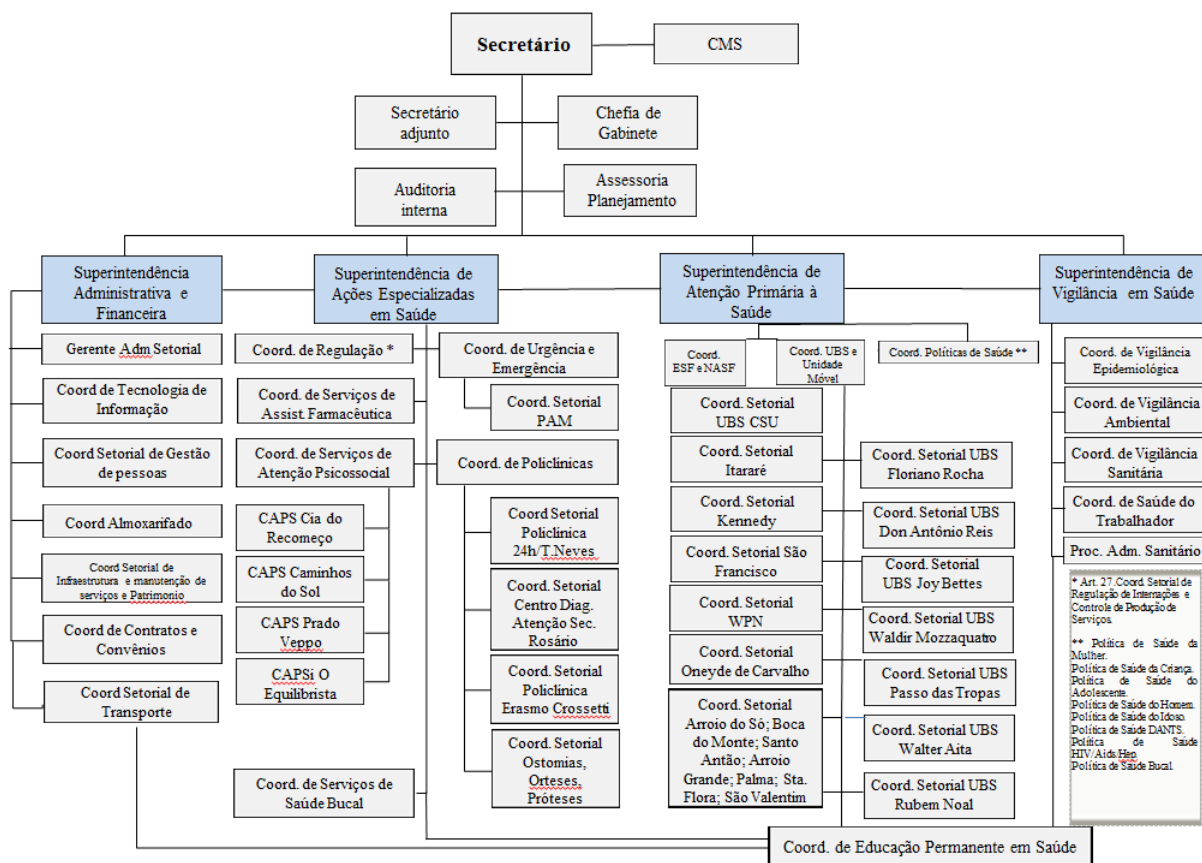
### **4.2 CAMPO DE ESTUDO**

O cenário para a realização da presente pesquisa foi a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS. A cidade situa-se geograficamente no centro do Estado e, de acordo com a resolução CIB 555/2012 (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2012), na 1<sup>a</sup> Região de Saúde, sob responsabilidade da 4<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde.

A Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (SMSSM) foi criada em 28 de novembro de 1990 pela Lei Municipal nº 3.266/90 e tem seu regulamento e estrutura

organizacional regulamentados pelo artigo 6º do Decreto Executivo nº 077 de 01/06/2009. Desde 2017 estão sendo realizadas discussões para elaboração de um novo organograma e fluxograma para a SMSSM, porém, ainda está vigente o modelo ilustrado a seguir (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2018).

Figura 1 – Organograma da SMS



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2018a).

Embora o município seja habilitado, pela NOB 91, na Gestão Plena da Atenção Básica, a cobertura de serviços neste nível de atenção ainda é insuficiente em relação à população. No Plano Municipal de Saúde referente ao quadriênio 2017-2021, consta que o município possuía 41 (quarenta e uma) equipes de atenção básica, sendo 21 (vinte e uma) equipes de unidade básica de saúde e 01 (uma) unidade móvel no modelo tradicional, 19 (dezenove) equipes de saúde da família e 01 (uma) equipe de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, para atender a uma população estimada em 274.838 habitantes no ano de 2014 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2018).



De acordo com Relatório Anual de Gestão referente ao ano de 2019, Santa Maria possuía, em dezembro daquele ano, uma cobertura de 46,11% (quarenta e seis vírgula onze por cento) da população por serviços de atenção primária à saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2020c). Já no Relatório de Gestão referente ao primeiro quadrimestre de 2020, consta a informação de que foram credenciadas 09 (nove) equipes de Atenção Primária (eAPs) e uma equipe de ESF, além da solicitação de credenciamento de outras 03 (três) ESFs e 16 eAPs. Contudo, apesar de explicitar a meta de 55% (cinquenta e cinco por cento) de cobertura por serviços de atenção primária, não está explícita a cobertura atual, ou seja, qual o impacto do credenciamento das novas equipes (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2020c).

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

De acordo com Gil (2019b) e Minayo (2010), a escolha da população ou amostragem para o estudo qualitativo não tem a ver com generalizações, mas com a capacidade de refletir a profundidade, abrangência e diversidade no processo de compreensão do fenômeno estudado, possibilitando responder à pergunta de pesquisa. A representatividade da amostra, nestes casos, não se dá pelo número de participantes envolvidos, mas pelas suas características e relação com o objeto de estudo.

Com base nestes referenciais, a população desta pesquisa foi composta de trabalhadores de Unidades de Saúde da Família do município de Santa Maria – RS, trabalhadores das instâncias de gestão da Secretaria de Município da Saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde.

Os critérios de inclusão estão relacionados à natureza da função que o sujeito ocupa e sua possível relação com o processo de planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município. Buscou-se construir uma amostra representativa, porém factível para a execução do estudo no tempo do mestrado.

Foram critérios de exclusão para participação na pesquisa:

- a) Trabalhadores em férias, licenças de saúde ou quaisquer tipos de afastamento durante o período de coleta de dados;
- b) Trabalhadores que estivessem há menos de 6 (seis) meses lotados na unidade/ cargo de origem, no período da coleta de dados.

### 4.3.1 Trabalhadores da gestão

Atualmente, o município conta com um secretário de município da saúde, uma secretária adjunta e quatro Superintendentes ligados à Secretaria de Município da Saúde: Superintendente de Administração e Finanças, Superintendente de Atenção Primária, Superintendente de Atenção Especializada e Superintendente de Vigilância em Saúde. No momento da coleta dos dados, estavam implantadas no município 10 (dez) políticas de atenção à saúde – Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde do Adolescente/ Programa Saúde na Escola, Saúde Bucal, Política de Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Política de Atenção às DANTs (Doenças e Agravos Não Transmissíveis), Política do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e outras ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) .

Existe uma equipe de NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) atuando no município desde 2014, implantada como NASF 1 e apoiando 06 (seis) eSF. De acordo com os entrevistados, foram verificados os indicadores epidemiológicos a partir do banco de dados do PMAQ para definir as regiões com maior necessidade de apoio, e realizadas visitas às unidades de saúde. O banco de dados do PMAQ foi utilizado porque havia escassez de dados epidemiológicos por área de abrangência das equipes, havendo disponibilidade de informações a nível de município e, alguns dados por região de saúde. O trabalho junto às equipes definidas iniciou em 2015.

Ainda segundo os participantes, o NASF-AB realiza duas funções essenciais: tecno-assistencial, quando atendem diretamente aos usuários, junto às suas equipes de referência, através de visitas domiciliares, consultas e grupos; e, função técnico-pedagógica ou função apoio. Integram o NASF-AB cinco profissionais do município e residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria, ênfases Atenção Básica/ Saúde da Família e Saúde Mental. Cada profissional é referência para uma USF (uma unidade possui equipe dupla), participando das reuniões de equipe, discutindo casos, articulando com outros pontos da rede de atenção, promovendo educação permanente e espaço de escuta para os profissionais das eSF, auxiliando na organização e realização de eventos.

Dependendo da atividade a ser realizada, podem participar das reuniões com as equipes um ou até todos os profissionais do NASF-AB: toda a equipe se envolve quando são discutidos PTS (projetos terapêuticos singulares), por exemplo. Segundo um trabalhador, o trabalho ocorre a partir de uma lógica ampliada e multidisciplinar. A equipe participa do planejamento das ações no âmbito da gestão e junto às eSF, além de realizar assistência direta a usuários. Nesta

perspectiva, as trabalhadoras vivenciam gestão e atenção simultaneamente, possibilitando distintos olhares sobre os processos.

A partir da fala de entrevistados da gestão e de trabalhadores de ESF, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) emergiu como um setor ligado à gestão e com participação bastante significativa nas ações de planejamento das eSF do município. Sendo assim, o coordenador do NEPeS foi incluído como sujeito, embora não estivesse previsto no projeto da pesquisa. Cabe salientar que, seguindo a metodologia da pesquisa qualitativa, a análise dos dados deve ocorrer, ao menos de forma parcial, concomitante ao processo de coleta, permitindo esse tipo de adendo à população do estudo (GIL, 2019b; Minayo, 2010).

#### **4.3.2 Trabalhadores das eSF**

Santa Maria está dividida em 8 (oito) regiões sanitárias, sendo que destas, 7 (sete) regiões possuem Unidades de Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2008, 2013a, 2018a). Foi selecionada uma equipe por região e convidados a participar do estudo três trabalhadores de cada equipe, de diferentes núcleos profissionais. Optou-se por unidades com características que permitissem a exploração de diferentes cenários – equipes simples, duplas e equipes lotadas em unidades mistas; equipes com e sem apoio do NASF e/ ou de Programas de Residência.

Também foi priorizada a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e não apenas de membros da equipe técnica. Isso se deu em virtude de os ACS serem parte da equipe, sem obrigatoriedade de formação técnica para exercer a função, mas com a premissa de residirem na região sanitária ou no território de abrangência das unidades. Neste sentido, sua percepção se torna diferenciada, mesclando elementos de trabalhadores e de moradores dos territórios atendidos pelas ESFs.

#### **4.3.3 Conselheiros de Saúde**

Considerando que os dois grupos acima mencionados são compostos por profissionais ou trabalhadores do setor saúde, priorizou-se que os conselheiros de saúde a compor a amostra fossem representantes do segmento usuários. Sendo o Conselho Municipal de Saúde um dos fóruns legalmente instituídos para o controle social no SUS (BRASIL, 1990b), a inclusão de conselheiros de saúde nesta pesquisa possibilitou conhecer a percepção de representantes da

comunidade e legitimar a importância de sua participação na construção de intervenções em defesa do SUS.

O Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria (CMS/SM) foi criado a partir da Lei Municipal nº 3355 de 19/09/1991, alterada pelas leis nº 3466/92, 3875/95 e, por último, lei nº 5875 de 30/05/2014. É uma instância colegiada de caráter permanente, com função propositiva, fiscalizadora e deliberativa acerca das políticas de saúde no município. Atualmente, está constituído por 28 (vinte e oito) entidades divididas em quatro segmentos: 15 (quinze) representantes dos Usuários, 06 (seis) dos Trabalhadores de Saúde, 04 (quatro) dos Prestadores de Serviço e 03 (três) representantes do Governo e Instituições Formadoras (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2021).

#### 4.4 MÉTODOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Buscando atingir os objetivos desta pesquisa, a coleta de dados foi feita através de pesquisa documental (GIL, 2019a) e entrevistas semiestruturadas (BONILHA, OLIVEIRA, 2018; GIL, 2019b; MINAYO, 2010).

A pesquisa documental ocorreu em agosto de 2020 e constou da exploração de documentos que pudessem fornecer informações úteis ao desenvolvimento do estudo e auxiliar a responder à questão de pesquisa (GIL, 2019a). A busca foi feita em ambiente eletrônico, na página oficial da Prefeitura Municipal de Santa Maria. Foram verificados os Relatórios de Gestão, Plano Municipal de Saúde e Programação Anual (instrumentos de planejamento do SUS), disponíveis *online*.

Nos meses de julho e agosto de 2020 foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com os participantes da pesquisa, totalizando 35 (trinta e cinco) entrevistas válidas. De acordo com Bonilha e Oliveira (2018), a entrevista é uma estratégia de coleta de dados frequentemente usada na área da saúde. Consta da interação entre pesquisador e sujeito(s) da pesquisa através de um diálogo formal, cuja intencionalidade é obter dados de acordo com os objetivos da pesquisa. No caso da pesquisa qualitativa, busca apreender o significado, a compreensão e a visão de mundo dos participantes acerca de um determinado objeto ou fenômeno.

Bonilha, Oliveira (2018) e Gil (2019b) salientam que a entrevista é uma técnica que permite obter dados em profundidade ao observar reações verbais e não verbais dos entrevistados. A partir dessas manifestações, é possível explorar melhor aspectos relevantes que não tenham sido muito detalhados ou compreendidos. A entrevista semiestruturada é feita

a partir de um roteiro com perguntas abertas e fechadas, pré-determinadas, que devem conduzir a conversa. No caso dessa pesquisa, se mostrou pertinente como instrumento de coleta de dados pela flexibilidade de aplicação, tanto no que se refere a local e horário mais adequados, quanto ao formato e ordem das perguntas, ainda com possibilidade de inclusão ou exclusão de questões.

Os roteiros das entrevistas foram direcionados de acordo com a função que os sujeitos exercem – cargos de gestão, trabalhadores das equipes, trabalhadores do NASF e conselheiros de saúde (APÊNDICES B, C, D, E). Foi realizado contato telefônico e/ ou pessoalmente com os participantes para apresentar o estudo e agendar a entrevista. Houve apenas uma recusa de participação.

Os entrevistados, ao aceitar participar do estudo, definiram data, local e horário das entrevistas, de acordo com suas possibilidades e da pesquisadora. A proposta era que ocorresse em local que garantisse a privacidade dos sujeitos e não comprometesse a confidencialidade dos dados, preferencialmente sem interrupções. As entrevistas foram feitas individualmente e áudio gravadas usando aplicativo de gravação em *smartphone*, para que pudessem ser transcritas de forma fidedigna e completa. Também foram tomados todos os cuidados relativos à prevenção de contágio pelo corona vírus (COVID 19) – uso de máscaras, distanciamento pessoal, local arejado e disponibilidade de álcool gel para higienização das mãos sempre que necessário.

Os dados coletados foram explorados segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016).

Este tipo de análise encontra-se operacionalmente dividida em três etapas:

- a) pré-análise - estabelece-se o esquema de trabalho, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Normalmente, envolve um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material;
- b) exploração do material: nesta fase, os dados são codificados, classificados e categorizados;
- c) tratamento dos resultados (inferência e interpretação): calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurará torná-los significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (BARDIN, 2016).

Posterior à análise de todos os dados e conclusão do trabalho de pesquisa, seu resultado será divulgado junto aos trabalhadores do município. A forma dessa devolutiva foi pactuada com os participantes, possibilitando a continuação das discussões entre trabalhadores e gestão, assim como construção de propostas de intervenção.

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

A presente pesquisa foi embasada nas determinações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos; na Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e na Resolução nº 580 de 22 de março de 2018, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS (BRASIL, 2012; 2016a; 2018).

O projeto foi enviado ao Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (NEPeS), setor responsável pela tramitação e articulação de todas as atividades envolvendo a integração entre instituições de ensino e os serviços de saúde do município. Após a anuência institucional da Secretaria de Município da Saúde (ANEXO A), o projeto foi remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Posterior à apreciação e aprovação do CEP, sob o Caae 29914120.9.0000.5346, foi iniciada a coleta dos dados.

Buscou-se respeitar os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Nesta perspectiva, os participantes da pesquisa foram informados, mediante apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) e Termo de Confidencialidade (ANEXO C), sobre:

- os objetivos e métodos do estudo, bem como os resultados e benefícios esperados a partir deste;
- o direito de escolha do sujeito sobre participar ou não do estudo, e cessar essa participação a qualquer momento. Mesmo com a anuência do gestor para a realização da pesquisa, a autonomia dos indivíduos é soberana em todas as etapas;
- a garantia de assistência integral, sem ônus para o participante, para sanar problemas ou danos comprovadamente decorrentes direta ou indiretamente da participação na pesquisa;
- a garantia de indenização aos participantes em caso de danos comprovadamente decorrentes direta ou indiretamente da participação na pesquisa;

- os riscos associados à participação na pesquisa e as respectivas medidas tomadas para minimizá-los, conforme explicitado no Quadro 3, a seguir.

- 

Quadro 3 – Riscos e medidas para prevenção de danos

<b>Tipo de risco</b>	<b>Possível Dano</b>	<b>Medidas tomadas para evitar ou minimizar o dano</b>
<b>Físico</b>	<b>Cansaço</b>	Ocupar somente o tempo necessário para a entrevista, respeitando a necessidade de o entrevistado interromper a conversa sempre que necessário, podendo inclusive marcar um outro momento para concluir. Priorizar ambiente confortável para a realização das entrevistas. Observar sinais de desconforto e informar a possibilidade de interromper ou reagendar a entrevista.
<b>Não físico</b>	<b>Econômico</b>	- Realizar as entrevistas em ambiente escolhido pelos participantes, sendo ofertada a coleta de dados em seus horários e locais de trabalho, de modo que não necessitem se deslocar para participar da pesquisa.
	<b>Moral Espiritual Psíquico Emocional</b>	Tratar os participantes com respeito, de modo que não se sintam pressionados, constrangidos ou assediados; Deixar claro a sua liberdade de participar ou não do estudo, assim como de desistir a qualquer momento; Ouvir com atenção suas respostas, sem emitir parecer, julgamento ou tentar induzir suas falas. Observar sinais de desconforto e interromper a entrevista pelo tempo que for necessário para que o participante se sinta em condições e concorde em seguir com a conversa.
	<b>Social Cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendar as entrevistas com antecedência, em local e horário de preferência dos participantes, de modo a não causar transtornos em suas rotinas de trabalho e nem prejudicar o atendimento à população.</li> <li>• Realizar as entrevistas individualmente, de modo que os participantes tenham privacidade para se expressar de forma livre.</li> <li>• Tomar as precauções para garantia de sigilo e confidencialidade com relação aos participantes e suas manifestações no tratamento, armazenamento e na publicação dos dados, tais como: guarda dos materiais e registros das entrevistas pela pesquisadora responsável pelo período de cinco anos e, após, descarte de forma sustentável para o meio ambiente; divulgação dos resultados da pesquisa de modo que os participantes não sejam identificados. Em caso de apresentação de falas literais no corpo do texto, deverá ser adotado uma letra e um número para caracterizar o sujeito – G1, G2, G3... para trabalhadores da gestão e T1, T2, T3... para trabalhadores das unidades de saúde.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após a conclusão do estudo, além da divulgação na defesa pública da dissertação e publicação dos resultados em periódicos científicos, será feita uma devolutiva dos resultados aos participantes. A forma desse *feedback* foi definida a partir das entrevistas, de acordo com a manifestação dos sujeitos.





## **5 RESULTADOS**

### **5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL**

A análise documental incluiu pesquisa nos Planos Municipais de Saúde de 2009-2012, 2013-2017 e 2018-2021; nas Programações Anuais de 2016 a 2020; nos Relatórios Anuais de Gestão de 2013 a 2019 e no Relatório Quadrimestral de Gestão do 1º quadrimestre de 2020, todos disponíveis na *homepage* da Prefeitura Municipal de Santa Maria (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2020a). As categorias de análise emergiram dos objetivos do estudo e da revisão de literatura: 1 - atores envolvidos no processo de planejamento; 2 - tendências de pensamento/ correntes teóricas que embasam o processo de planejamento; e 3 - ferramentas/ instrumentos utilizados para operacionalizar o planejamento.

#### **5.1.1 Os Planos Municipais de Saúde**

Os Planos Municipais de Saúde verificados seguem as orientações legais em sua estruturação (BRASIL 2013, 2016), contendo uma análise situacional (que deve refletir as necessidades da população), estrutura do sistema de saúde e ações propostas para atingir metas e indicadores. Mesmo o Plano do período 2009-2012 já foi estruturado de forma semelhante, fundamentado nos documentos legais disponíveis à época, como as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142/90 e a NOAS 01/2001 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2008).

Todos trazem características históricas, geográficas, sociais, econômicas e epidemiológicas do município. O PMS 2009-2012 utiliza as necessidades da comunidade expressas na VII Conferência Municipal de Saúde de forma objetiva na construção das metas a serem atingidas – há um quadro com as deliberações da referida Conferência e as respectivas metas pactuadas para contemplá-las. Já nos Planos de 2013-2017 e 2018- 2021 consta que foram consideradas as diretrizes das Conferências e dos Conselhos de Saúde, mas essa correlação com as metas e ações não está explícita.

O PMS 2018-2021 apresenta as questões ambientais, socioeconômicas e epidemiológicas na forma de determinantes e condicionantes da saúde, sob a denominação de necessidades da população. Tais dados são retirados de sistemas de informação oficiais, como IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e relatórios da CORSAN (Companhia Riograndense de Saneamento), não havendo menção das demandas levantadas pela

comunidade nos conselhos e conferências acerca destes temas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2008; 2013a; 2018a). Os relatórios das Conferências e reuniões do Conselho de Saúde não estão disponíveis online para consulta e comparação.

A elaboração dos Planos propriamente dita fica a cargo da gestão, porém, existe alusão à participação de outros atores, incluídos progressivamente ao longo do tempo, conforme demonstra o Quadro 4.

Quadro 4 – Pessoas que se envolveram na elaboração dos Planos Municipais de Saúde

<b>PLANO</b>	<b>2009-2012</b>	<b>2013-2017</b>	<b>2018-2021</b>
<b>PARTICIPANTES</b>	<p>Colaboradores</p> <p>04 coordenadoras das políticas de saúde (alimentação e nutrição, mulher, idoso e criança);</p> <p>03 conselheiras de saúde representantes do segmento usuário;</p> <p>02 trabalhadores da vigilância sanitária</p> <p>01 trabalhadora da vigilância epidemiológica.</p> <p>Observação: neste plano são chamadas de coordenadoras de políticas de saúde; nos planos subsequentes é usada a denominação Responsável Técnica (RT) pelas políticas de saúde</p>	<p>- Executores:</p> <p>05 RTs das políticas de saúde (idoso e ACS, alimentação e nutrição e ESF, saúde mental, mulher, criança e adolescente e PIM) e do núcleo de educação permanente;</p> <p>01 enfermeira;</p> <p>01 agente administrativa</p> <p>01 residente da UFSM</p> <p>05 conselheiras de saúde</p> <p>- Colaboradores:</p> <p>01 agente administrativo</p> <p>01 fiscal sanitário</p> <p>01 residente da UFSM</p> <p>01 fisioterapeuta</p> <p>01 enfermeira da vigilância epidemiológica</p> <p>01 superintendente da vigilância em saúde</p>	<p>- Executores:</p> <p>02 servidoras da Assessoria de Gestão, Projetos e Planejamento (uma é RT política de alimentação e nutrição);</p> <p>01 enfermeira da vigilância em saúde;</p> <p>01 veterinário da vigilância ambiental;</p> <p>01 enfermeira da atenção básica,</p> <p>01 Superintendente da Atenção Básica.</p> <p>- Colaboradores:</p> <p>70 colaboradores, sem especificação da função que ocupam.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Os Planos de 2013-2017 e 2018-2021 apresentam atores como executores e outros como colaboradores, contudo, não está explícito como se deram estes papéis na prática. O PMS 2018-2021 é o que teve mais pessoas envolvidas em sua confecção - setenta e seis, sendo setenta colaboradores. De acordo com o texto da introdução, trabalhadores dos serviços de saúde, representantes do CMS e de Instituições de Ensino Superior atuaram na sua formulação.

Não foram referenciadas, em nenhum dos planos, tendências de pensamento e/ou correntes teóricas acerca do processo de planejamento das ações. O PMS 2009-2012 apresenta

conceitos básicos utilizados na confecção do documento, como os de Plano Municipal de Saúde, Diretrizes, Qualificação da Rede de Atenção, dentre outros. O único conceito que apresentou embasamento teórico foi o de Indicadores; as demais referências bibliográficas constavam de legislação e documentos referentes ao controle social – planos, relatórios etc.

O PMS 2012-2017 incluiu outros conceitos (APS ou atenção básica, RAS, PMAQ etc.), mas não apresentou os referenciais teóricos acerca deles, nem sobre modelos de planejamento. A construção do PMS 2018-2021 teve como bases apenas a legislação e dados de sistemas de informação. Também não abordou teoricamente o processo de planejamento.

É possível identificar, nos três Planos analisados, o uso de ferramentas de planejamento, como ilustram os Quadros 5 e 6 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2008; 2013a; 2018a).

Quadro 5 – Ferramentas usadas para o planejamento/ Diagnóstico Situacional de acordo com os Planos Municipais de Saúde

<b>PLANO</b>	<b>2009-2012</b>	<b>2013-2016</b>	<b>2017-2021</b>
<b>FERRAMENTAS PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b>	- Deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde; - Relatórios do setor de Vigilância em Saúde; - Dados dos sistemas de informação – DATASUS, SIM, SINASC...	- Dados dos sistemas de informação – IBGE, DATASUS, SIM, SINASC...	- Dados dos sistemas de informação – IBGE, DATASUS, SIM, SINASC, relatório CORSAN...

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Cabe destacar que, nos três Planos, os indicadores de saúde apresentam dados gerais do município, extraídos de relatórios e sistemas de informação. Não há, porém, disponibilidade de indicadores por bairro ou por região administrativa.

Quadro 6 – Ferramentas usadas para o planejamento/ Avaliação e Monitoramento de acordo com os Planos Municipais de Saúde

PLANO	2009-2012	2013-2016	2017-2021
<b>FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deliberações do CMS;</li> <li>- Relatórios do setor de Vigilância em Saúde;</li> <li>- Dados do sistema de informação da SMSSM</li> <li>- Relatório Anual de Gestão (RAG)</li> <li>- Pesquisas e levantamento de dados sobre a realidade do município</li> <li>- Indicadores das Ações em Saúde pactuados entre gestores – Programação Pactuada e Integrada (PPI), SISPACTO, Plano Diretor de Regionalização (PDR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do PMS, RAG, PAS e dados dos Sistemas de Informação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do RAG, PAS.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

### 5.1.2 As Programações Anuais de Saúde

A Programação Anual de Saúde (PAS) é elaborada a partir das determinações da Portaria nº 2.135 de 25/09/2013 e constitui o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, anualizando as metas e prevendo a alocação dos recursos orçamentários (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2016a). É apresentada em eixos estruturantes, com respectivas diretrizes estratégicas, as quais devem estar baseadas no Plano Municipal de Saúde. No caso do município de Santa Maria, observa-se algumas mudanças na apresentação das Programações, com alteração nos eixos estruturantes, na organização do conteúdo e na responsabilização pelo alcance das metas.

As Programações trazem a identificação do prefeito municipal, secretário (a) de município da saúde e coordenação do Conselho Municipal de Saúde como equipe gestora. Até o ano de 2018 as programações foram finalizadas já no ano em que estariam vigentes (a de 2018 foi finalizada em junho); já as programações de 2019 e 2020 foram finalizadas e aprovadas antes do término do ano anterior. Cabe destacar que o Plano Municipal de Saúde do período

2017-2021 só foi finalizado em 2018, o que pode ter contribuído para o atraso nas Programações Anuais. Além da mudança nos Planos de Saúde, houve também a mudança de gestores – foram quatro secretários de saúde diferentes de 2016 até 2020. A seguir são ilustradas algumas diferenças verificadas entre os arranjos das programações.

O Quadro 7 expõe os eixos estruturantes das Programações Anuais de 2016 a 2020. É possível observar que o eixo “Ações Intersetorial”, presente na PAS 2016, não se repetiu a partir de 2017. Em contrapartida, de 2018 em diante, foi integrado o eixo Transversalidade da Vigilância em Saúde. Não há nenhuma justificativa para a supressão ou inclusão dos diferentes eixos.

Quadro 7 – Eixos Estruturantes das Programações Anuais de Saúde 2016-2020

PAS	2016	2017	2018 - 2019 – 2020
<b>EIXOS ESTRUTURANTES</b>	I - Rede de Atenção à Saúde no Município II - Gestão na RAS III - Educação Permanente IV - Controle Social V- Ações intersetorial	I - Rede de Atenção à Saúde no Município II - Gestão na RAS III - Educação Permanente IV - Controle Social	I - Rede de Atenção à Saúde no Município II - Gestão na RAS III - Educação Permanente IV – Transversalidade da Vigilância em Saúde V - Controle Social

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A explicitação da alocação de recursos financeiros também se modificou. Na PAS de 2016, para cada ação proposta está demonstrado qual recurso seria utilizado e a fonte deste (municipal, estadual ou federal), porém, sem especificação dos valores monetários. Na PAS 2017 aparecem fontes e tipos de recursos, com valores para algumas das ações. A contar de 2018, tem sido exposto um quadro com o montante financeiro destinado a cada eixo estruturante; no caso do Eixo I, há definição de valores por diretriz estratégica, revelando os investimentos em cada área. A programação financeira aparece separada da programação das ações (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2016a, 2017a, 2018b, 2019a, 2020b).

Todas as Programações apresentam indicadores, metas e ações a serem desenvolvidas. As PAS de 2016 e 2017 incluíam o prazo estipulado para o cumprimento das metas, o que não aconteceu nos documentos seguintes. A Programação de 2020 trouxe outras duas mudanças:

além da descrição qualitativa da meta, foi estipulado um parâmetro quantitativo a ser atingido em todas as ações; e, pela primeira vez, não houve definição dos responsáveis pelas ações, o que estava presente em todos os anos anteriores.

As Programações Anuais de Saúde analisadas sinalizam o arcabouço legal que respalda sua construção, contudo, não apresentam, em momento algum, referência a modelos teóricos de planejamento. As diretrizes do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual também balizam as suas proposições, mas não há caracterização de ferramentas de planejamento (fontes de dados, processos de trabalho) para este processo.

### **5.1.3 Os Relatórios de Gestão Municipais de Saúde**

Por sua natureza, os Relatórios de Gestão são elaborados pelos gestores municipais, embora necessitem da aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Não há indícios de participação de trabalhadores não ligados à gestão na sua produção. O RAG tem a finalidade de prestar contas de recursos financeiros investidos, bem como de ações desenvolvidas e seus resultados, ou seja, o alcance ou não das metas e indicadores pactuados entre os gestores. Obedecem à organização preconizada pela legislação e não apresentam referencial teórico ou ferramentas utilizadas no planejamento (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2014, 2015, 2016b, 2017b, 2018c, 2019b, 2020c, 2020d).

## **5.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS**

Considerando os critérios de inclusão e exclusão deste estudo, o grupo de participantes foi composto por 35 (trinta e cinco) sujeitos: 14 (catorze) sujeitos ocupantes de cargos vinculados à gestão, 19 (dezenove) trabalhadores de equipes de Saúde da Família e 02 (dois) conselheiros de saúde, representantes do segmento usuários.

Os dois conselheiros de saúde entrevistados integram a mesa diretora do CMS, a qual é composta por oito titulares e seus respectivos suplentes, sendo quatro representantes do segmento usuários, dois dos trabalhadores de saúde, um dos prestadores de serviço e um da gestão, respeitando a paridade preconizada na Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b; PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2021).

Foram entrevistados trabalhadores de 07 (sete) eSF, localizadas em diferentes regiões administrativas do município e com diferentes configurações em relação a organização e

funcionamento. Duas equipes estão lotadas em unidades mistas, onde dividem estruturas físicas e administrativas com equipes de atenção básica tradicional, equipes de Atenção Primária (eAP conforme a PNAB 2017) e equipes de atenção especializada (policlínicas). Uma eSF compõe uma equipe dupla, não recebe apoio do NASF-AB e não possui programas de Residência na unidade. Outras quatro eSF são equipes simples, sendo que duas recebem apoio do NASF-AB, mas não possuem programas de residência, enquanto as outras duas possuem programa de Residência, mas não recebem apoio do NASF-AB. Dentre as sete eSF, três possuem equipe de saúde bucal vinculadas. Em relação à função, priorizou-se abordar diferentes núcleos profissionais na mesma equipe.

Constituíram o grupo de trabalhadores da gestão ocupantes de cargos burocráticos (secretário de município da saúde, superintendentes, coordenadores de políticas de saúde etc.) e trabalhadores do NASF-AB. Foi incluído como sujeito o coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) em virtude da inserção deste serviço nas ações de planejamento do município, citado por participantes da pesquisa. O NEPeS faz parte dos Núcleos Municipais de Saúde Coletiva (NUMESCs), vinculados ao NURESC – Núcleo Regional de Saúde Coletiva, da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, por sua vez, parte da Rede de Saúde Coletiva do Estado, coordenada pela Escola de saúde Pública (ESP). Tem quatro eixos estruturantes: qualificação profissional, saúde do servidor, relação ensino-serviço e participação social. O NEPeS atua junto ao CMS na organização das conferências de saúde; participa das reuniões de gestão e da confecção dos instrumentos de planejamento do SUS (Relatórios de Gestão, Plano de Saúde) e, junto às eSF, trabalhou durante a Planificação da Assistência à Saúde. Além da Planificação, o NEPeS presta apoio/assessoria quando alguma equipe solicita apoio em relação a processos de trabalho ou a questões de integração ensino-serviço.

Foram atribuídos códigos aos participantes, de modo a garantir o sigilo das identidades: G1 a G14 para profissionais lotados em cargos relacionados à gestão; E1 a E19 para trabalhadores das eSF; C1 e C2 para os conselheiros de saúde.

### **5.2.1 Caracterização dos participantes do estudo**

Os sujeitos da pesquisa foram, em sua maioria, do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 49 anos, de acordo com o Quadro 8, a seguir.

Quadro 8 – Participantes da pesquisa de acordo com sexo e faixa etária

Grupo	Sexo		Faixa etária (em anos)			
	Feminino	Masculino	20-29	30-39	40-49	50-59
Conselheiros de Saúde	01	01	-	-	-	02
Trabalhadores das Esf	14	05	03	08	07	01
Trabalhadores da Gestão	10	04	01	03	06	04
Total	25	10	04	11	13	07

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Foram identificados 02 (dois) núcleos profissionais dos Conselheiros de Saúde, 04 (quatro) núcleos entre os trabalhadores das eSF e 09 (nove) núcleos profissionais entre os trabalhadores da gestão, conforme Quadro 9, a seguir. No caso dos conselheiros, será apenas referido o fato de um dos sujeitos trabalhar na área da saúde e o outro não, de modo a manter seu anonimato.

Quadro 9 – Núcleos profissionais dos trabalhadores da pesquisa

Núcleos profissionais	Trabalhadores das eSF	Trabalhadores da Gestão	Total de sujeitos/núcleo
Agente Comunitário de Saúde	05	-	05
Contabilidade	-	01	01
Educação Física	-	01	01
Enfermagem (graduação)	06	04	10
Enfermagem (nível técnico)	02	-	02
Fisioterapia	-	02	02
Fonoaudiologia	-	01	01
Medicina	05	-	05
Nutrição	-	01	01
Odontologia	01	01	02
Psicologia	-	02	02
Terapia Ocupacional	-	01	01

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Em relação à formação/ escolaridade, é possível observar que apenas cinco sujeitos (C2, E9, E14, E19, G3) não possuem formação complementar de nível técnico ou pós-graduação. Contudo, E9 e E14 referiram realizar cursos de aperfeiçoamento, alguns através de plataformas digitais ofertados por instituições de ensino - UNASUS, FIOCRUZ, dentre outras. G4 e G11 também referiram realizar cursos de aperfeiçoamento.



Um dos conselheiros de saúde atua na iniciativa privada e possui ensino fundamental. O outro conselheiro é servidor público, possui formação de nível técnico e está cursando graduação. Verifica-se que 06 (seis) dos trabalhadores de nível médio das eSF têm também formação em nível técnico, sendo 05 (cinco) na área da saúde. Um destes está fazendo um segundo curso técnico, e outro, iniciando uma graduação, ambos na área de ciências exatas. O único trabalhador de nível médio sem formação técnica está cursando uma graduação no campo das ciências humanas. As informações encontram-se compiladas no Quadro 10.

Quadro 10 – Maior grau de escolaridade dos sujeitos da pesquisa

<b>Grupo</b>	<b>Ensino fundamental</b>	<b>Ensino médio</b>	<b>Curso técnico</b>	<b>Graduação</b>	<b>Pós-graduação</b>
Conselheiros de Saúde	01	-	01	01*	-
Trabalhadores das eSF	-	01	06+ 01**	02 + 02*	10 + 01*
Trabalhadores da Gestão	-	-	-	01	13
Total	01	01	08	03+02*	23 + 01*

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: \* - Curso em andamento/ \*\* - Segundo curso em andamento

Já entre os profissionais de nível superior, 10 (dez) profissionais são pós-graduados e um está com uma especialização em andamento, todos na área da saúde. Destes, 05 (cinco) possuem uma especialização, 02 (dois) possuem duas especializações, 01 (um) possui três especializações, 01 (um) possui duas especializações e mestrado e 01 (um) tem mestrado. Dentre os cursos, foram mencionados Especialização em: Saúde Coletiva; Saúde da Família; Saúde Pública; Saúde Pública em ênfase em Saúde da Família; Urgência, Emergência e Trauma; Auditoria em Saúde; Preceptoría no SUS; Residência em Sistema Público de Saúde com ênfase em Saúde Mental; Residência em Medicina de Família e Comunidade; Mestrado em Saúde da Família e Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil.

Todos os ocupantes de cargos de gestão possuem ao menos uma graduação (duas pessoas possuem duas graduações, ambas na área da saúde). Um profissional iniciou uma especialização em sua área de atuação, mas não concluiu; 04 (quatro) possuem uma especialização; 01 (um) possui mestrado; 02 (dois) possuem uma especialização e mestrado; 01 (um) possui duas especializações e mestrado; 03 (três) possuem três especializações e mestrado; 01 (um) possui três especializações e está com mestrado em andamento. As formações incluem mestrado em: Biologia, Enfermagem, Profissional em Ciências da Saúde, Psicologia, Odontologia, Saúde Coletiva e Saúde Materno Infantil. Especializações: Biologia, Educação

Permanente, Enfermagem Obstétrica, Famílias, Fisiologia, Gestão das Organizações Públicas de Saúde, Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Neuro funcional, Nutrição clínica, Preceptoria no SUS, Processos Educacionais, Psicologia Infantil, Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família, Saúde da Família, Saúde Coletiva e Saúde Mental.

Dentre os trabalhadores das eSF, 05 (cinco) não trabalhavam na área da saúde antes de ocuparem suas atuais funções; uma profissional exercia trabalho burocrático ligado a um órgão de gestão em saúde e os demais (treze) tiveram experiências na iniciativa privada ou em serviços públicos, no mesmo ou outros municípios. O tempo de trabalho na atual função (e local) dos profissionais entrevistados consta no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11 – Tempo dos trabalhadores de eSF na atual função e unidade

<b>Tempo na função</b>	<b>Nº de profissionais</b>	<b>Tempo na função</b>	<b>Nº de profissionais</b>
01 ano	04	08 anos	02
02 anos	01	09 anos	03
03 anos	01	10 anos	02
05 anos	03	19 anos	01
6 anos	01	20 anos	01

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Antes de ocuparem as presentes funções, todos os trabalhadores da gestão já atuavam na área da saúde, seja em atividades assistenciais ou burocráticas, com experiências em diferentes municípios. O Quadro 12 a seguir apresenta as funções dos participantes do estudo lotados na gestão, com seus respectivos tempos no cargo.

Apesar do vasto conhecimento dos entrevistados, seja adquirido pela educação formal ou pela experiência de trabalho e de vida, 51,42% dos entrevistados (18 pessoas) referem nunca ter recebido nenhuma formação sobre planejamento. Mesmo entre aqueles que estudaram em algum momento a temática, apenas quatro aprofundaram o conteúdo - um está realizando curso de formação específico de gestão em saúde e três profissionais tiveram disciplinas direcionadas em cursos de pós-graduação. Os demais relatam algumas aulas na graduação (05 sujeitos) ou pós-graduação (07 sujeitos) voltadas à administração dos serviços de saúde, mas com abordagem esporádica e/ou superficial das questões do planejamento. Um profissional referiu ter feito um curso sobre planejamento por iniciativa própria. De todos os entrevistados, quatro relataram ter tido formação em planejamento oportunizada pelos seus empregadores, sendo que três apontaram o processo de Planificação em Saúde como momento desta formação.

Quadro 12 – Tempo de lotação dos trabalhadores da gestão nos cargos

<b>Função ligada à gestão</b>	<b>Tempo no cargo</b>
Secretário de Município da Saúde de Santa Maria	06 meses como Secretário titular; antes, 1 ano como secretário adjunto, 4 anos como chefe de gabinete
Trabalhador do Setor de Planejamento da SMS, Coordenadora da Política de Alimentação e Nutrição e Secretária Adjunta de Saúde	6 anos setor de planejamento; 12 anos Pol. Alimentação e Nutrição; 2 meses como secretária adjunta
Superintendente de Administração e Finanças	03 anos
Superintendente de Atenção Primária do Município e coordenadora da Política de Saúde do Adolescente/ Programa Saúde na Escola	10 meses na Superintendência de Atenção Primária; 02 anos Política do Adolescente/PSE
Superintendente de Vigilância em Saúde	03 anos
Coordenação das Políticas de Saúde da Mulher e da Criança	07 meses
Coordenação da Política de Saúde do Idoso	01 ano e 11 meses
Coordenação da Política de Saúde Bucal	04 anos
Coordenação da Política de Saúde Mental	03 anos
Coordenação da Política de Atenção às DANTs	04 anos
Coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS)	05 anos
Trabalhador da equipe do NASF-AB	06 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

## 5.2.2 Categorias emergentes das entrevistas

A partir dos objetivos do estudo, da fala dos participantes e dos referenciais teóricos utilizados, emergiram quatro categorias de análise dos dados: 1) O planejamento como processo; 2) Bases do planejamento das ações em ESF; 3) Diagnóstico situacional: potencialidades e fragilidades do processo de planejamento; 4) Possíveis caminhos... Caminhos possíveis? O cenário ideal projetado pelos sujeitos da pesquisa.

### 5.2.2.1 O planejamento como processo

Esta categoria emergiu das respostas às questões: existe um processo de planejamento para as ações desenvolvidas pelas equipes de ESF do município? Como se operacionaliza? Quem participa? Houve unanimidade entre os entrevistados acerca de dois pontos: primeiro, as

ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município são planejadas, com dinâmicas estabelecidas nas diferentes instâncias pesquisadas – gestão, atenção e controle social; segundo, as reuniões são os momentos tidos como oportunos para formular e discutir os planos.

Os conselheiros de saúde C1 e C2 referiram que os membros do CMS se reúnem periodicamente com integrantes da gestão municipal, através das comissões que tratam de diferentes assuntos: COMTEC (Comissão Técnica), Comissões de Saúde do Trabalhador, do Projetos, de Acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde, de Contratos e Licitações, de Educação Permanente e Comunicação. De acordo com os conselheiros, os projetos são apresentados pela gestão à mesa diretora do CMS, que repassa às respectivas comissões para serem avaliados e discutidos. Após essa apreciação, os conselheiros devolvem à mesa diretora seus pareceres para que sejam levados à plenária e aprovados ou não.

Não há informação, na *homepage* da Prefeitura Municipal, sobre as comissões existentes e seus componentes. O calendário das plenárias, abertas ao público, indica a realização de sessões quinzenais, embora as datas apresentadas no *site* estejam defasadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2021). De acordo com C1, a mesa diretora reúne-se semanalmente, assim como as comissões têm reuniões fixas entre si, de acordo com organização dos membros. Em virtude da pandemia da Covid-19, os encontros têm sido online.

Tanto C1 quanto C2 consideram o Conselho consultivo e deliberativo, mas divergem quanto a ser propositivo – ambos relatam que os projetos vêm da Secretaria de Saúde, ou seja, o CMS não costuma conceber propostas. Nesse sentido, C1 não considera o CMS propositivo, pois não existe um espaço para discutir e formular ações em conjunto; apesar das intervenções do órgão de controle social, “a última palavra é sempre da gestão” (C1, 2020). Já C2 diz que “o Conselho, ele é propositivo a partir dos projetos que vêm da Secretaria (...). Ou de alguma demanda que o usuário leve até o Conselho de Saúde. (...) a gente se torna propositivo em cima dos projetos que existem” (C2, 2020).

Também não há concordância sobre o envolvimento do CMS no planejamento das ações desenvolvidas pelas eSF. C1 refere que o CMS não participa desse planejamento, sendo as conferências de saúde a forma dos conselheiros se apropriarem da realidade da população, especialmente as pré-conferências. Com as equipes, houve participação de alguns conselheiros apenas no processo de Planificação, mas não há uma rotina de conversas e discussões. Já C2 entende que o CMS se envolve neste planejamento com as equipes, na medida que, quando necessário, chama as equipes para discutir algum projeto.

Os membros da gestão também possuem uma rotina de reuniões, conforme Quadro 13.

Quadro 13 – Reuniões sistemáticas dos integrantes da gestão

<b>REUNIÃO</b>	<b>PERIODICIDADE</b>	<b>ENVOLVIDOS</b>
Reunião de gestão	Semanal – 2ª feira (manhã)	Secretário de município da saúde Superintendentes: de Atenção Primária, de Administração e Finanças, de Vigilância em Saúde, de Atenção Especializada Setor de Planejamento
Reunião da Atenção Básica	Semanal – 5ª feira (manhã)	Superintendente de Atenção Primária Responsáveis Técnicas das Políticas de Saúde Coordenador do NEPeS Equipe do NASF-AB
Reunião do Previne Brasil	Semanal – 3ª feira (manhã)	Secretário de município da saúde Superintendente de Atenção Primária Setor de Planejamento
Reunião da equipe do NASF-AB	Semanal – 6ª feira (tarde)	Equipe do NASF-AB
Reunião NASF-AB e residentes	Semanal	Equipe do NASF-AB com os residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM.
Reuniões de apoio do NASF-AB	Semanal – 4ª feira (tarde)	Membros da equipe do NASF se dividem para participar das reuniões de equipe das eSF que apoiam

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Cabe destacar que esta agenda de reuniões, da forma como está configurada, foi estabelecida no ano de 2020. Anteriormente, os coordenadores de políticas de saúde mantinham um trabalho mais isolado e não havia participação do NASF-AB. (G12, G5, G8). O setor de planejamento, até este ano, não participava das reuniões de gestão com o secretário de saúde e os superintendentes (G11). G4, G5, G7, G8, G11 atribuem ao Programa Previne Brasil a mobilização conjunta das coordenações de políticas de saúde, NASF-AB, NEPeS para poder atingir os indicadores pactuados.

Todos os trabalhadores da gestão reconhecem que não existe uma agenda de planejamento conjunto com as eSF, à exceção das reuniões de apoio do NASF-AB com suas equipes de referência. Os trabalhadores do NASF-AB referem que o planejamento ocorre durante as reuniões de equipe para que todos possam participar do processo. De acordo com G13, a equipe do NASF tem a leitura do território, mas as equipes conhecem suas necessidades e da população e, por isso, deve ser uma conversa conjunta. “A gente faz com, e não, para” (G13, 2020). Os demais membros da gestão se reúnem com as equipes de saúde, mas de forma assistemática, quando gestão ou trabalhadores

G1, G2 e G3 referem que as pactuações ocorrem em geral entre os membros da gestão, em especial com a Superintendente de Atenção Primária, que fazia a intermediação com as

equipes. G1 e G2 chegaram a mencionar algumas situações em que houve comunicação direta com trabalhadores das equipes, mas para tratar de situações ou ações específicas. G2 ressaltou que essa comunicação com as equipes depende muito de quem está nas unidades, pois nem todos aceitam esse trabalho integrado.

G4, G5, G6, G7, G8, G11 mencionam que as equipes passaram a receber relatórios de produtividade para que possam analisar e pensar seus processos no intuito de atingir indicadores pactuados. G6 relatou conversas pontuais com alguns profissionais das unidades para discutir tais pactuações; G7 citou conversas com as equipes no sentido de sensibilizar os profissionais sobre as metas a serem atingidas; G8 aludiu a reuniões online com as equipes, também com o objetivo de apresentar as pactuações e os relatórios de produção. G10 declara que o planejamento só ocorria de forma conjunta com as equipes durante o processo de Planificação. G9 refere desconhecer qualquer momento em que se reúnam gestão e todos os trabalhadores para efetivamente planejar ações. G4 e G5 ressaltam que é algo que precisa ser iniciado, mas que ainda não ocorre. Segundo G4, o planejamento ocorre a partir da visão da gestão e não da visão dos trabalhadores com a gestão. Apesar disso, G4, G5, G6, G7, G8 e G11 consideram um avanço essa aproximação das políticas de saúde das equipes de saúde, ainda que inicialmente para discutir indicadores e ações pontuais. O único caso de encontros sistemáticos da coordenação da política de saúde com os trabalhadores é a saúde bucal, que possuía reuniões mensais as quais foram suspensas pela pandemia.

O planejamento nas USF se dá durante as reuniões de equipe, nas quartas-feiras à tarde. E4, E5 e E12 referem que algumas vezes há reuniões com pequenos grupos em outros horários, seja para resolver situações emergenciais (E4, E5) ou para agilizar discussões, porque o tempo de reunião nem sempre é suficiente (E10).

Quinze sujeitos referem que toda a equipe participa do planejamento das ações a serem desenvolvidas; dois sujeitos relatam que, para questões relacionadas ao trabalho dos ACS, toda a equipe participa nas discussões, mas para situações referentes ao trabalho dentro da unidade, participam os trabalhadores da equipe técnica. Um sujeito menciona o envolvimento de ACS, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, recepcionista, mas não fala, em momento algum, na participação da equipe de saúde bucal nas discussões. Um trabalhador relata que enfermeiro e ACS planejam as ações em conjunto. Houve relato de uma equipe onde os Agentes Comunitários de Saúde não participavam do planejamento e recebiam as orientações e deliberações prontas; após uma conversa entre eles e a enfermeira da unidade, todos passaram a se envolver no processo.

Nas unidades onde existe mais de uma equipe de saúde, apenas dois trabalhadores mencionaram haver momentos de discussão comum, acerca de processos compartilhados pelas equipes e que interferem no andamento do trabalho. Nas demais, não há planejamento sistemático contemplando os diferentes serviços, apesar de estarem situados na mesma estrutura física. As conversas se referem à coexistência dos serviços, mas cada qual pensa suas demandas.

Em relação ao planejamento municipal de saúde, apenas três trabalhadores afirmaram participar de alguma forma do processo (E8, E12, E18). E10 acredita que médico e enfermeiro da unidade se envolvam neste planejamento, mas os demais membros da equipe não. E7 e E15 que um trabalhador de cada uma das unidades participa do planejamento municipal, o que só foi confirmado por um dos sujeitos. Os demais trabalhadores alegam que não atuam nesse âmbito.

Cinco sujeitos (E1, E7, E9, E18 e E19) asseguram que suas equipes planejam as ações sem nenhum tipo de apoio externo. Os demais atores apresentam concepções variadas sobre as práticas de apoio, mas reconhecem que elas existem, conforme Quadro 14:

Quadro 14 – Tipos de apoio referidos pelos trabalhadores ao planejamento das eSF

(continua)

<b>Apoiador</b>	<b>Forma de apoio</b>
NASF-AB (referido por 05 sujeitos)	Participação nas reuniões de equipe para discussão de casos e encaminhamentos, para planejar e implementar ações. Apoio permanente.
Profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional (referido por 03 sujeitos)	Participação de profissionais em tutorias de campo e núcleo. Envolvimento nas discussões em reunião de equipe e na implementação das ações Ações de educação permanente com a equipe sobre uso de indicadores. Apoio permanente.
Alunos de graduação em campo de prática nas eSF (referido por 03 sujeitos)	Envolvimento nas discussões em reunião de equipe e na implementação das ações. Apoio durante o semestre letivo.
NEPeS (referido por 02 sujeitos)	Participação em reunião de equipe para discussão de processos de trabalho e mediar situações conflito. Apoio quando solicitado pela equipe.
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social (referido por 01 sujeito)	Participação na construção e implementação de ações coletivas de saúde. Apoio quando solicitado pela equipe.
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (referido por 01 sujeito)	Reuniões periódicas (suspensas após pandemia) para tratar da Planificação da Atenção à Saúde.

Quadro 14 – Tipos de apoio referidos pelos trabalhadores ao planejamento das eSF

(conclusão)

Apoiador	Forma de apoio
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (referido por 01 sujeito)	Participação na discussão de questões específicas . Apoio quando solicitado pela equipe.
Membros da gestão da secretaria de saúde – superintendente de APS e coordenadoras de políticas (referido por 08 sujeitos)	Cinco sujeitos referem que as coordenadoras das políticas de saúde participam das reuniões de equipe para discussão de situações pontuais, quando são acionadas pelas equipes. Um deles ressalta que a superintendente de APS está sempre à disposição das equipes e apoia através do envio de materiais e protocolos. Dois sujeitos mencionaram apoio do NEPeS para discussão de processos de trabalho e mediação de situações conflituosas. Um sujeito refere que a gestão apoia as equipes ao liberá-las para fazer reunião de equipe.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

E4 e E16 referem já ter recebido apoio de profissionais de um Programa de Residência anteriormente em suas equipes, mas atualmente isso não ocorre. Em contrapartida, há residentes em outra USF que se envolvem em ações assistenciais, mas não participam das atividades de planejamento (E10).

Um profissional (E2) relata que as equipes recebem relatórios de produção emitidos pelas coordenadores das políticas de saúde do município. Contudo, não vê isso como apoio, pois os referidos relatórios são apenas enviados para as equipes, mas elas precisam pensar e planejar as ações sozinhas.

#### 5.2.2.2 Bases do planejamento das ações em ESF

Esta categoria explicita os critérios utilizados para planejar as ações que as equipes de Saúde da Família irão desenvolver, bem como os referenciais teóricos e metodológicos que embasam esse processo.

Os Conselheiros de Saúde não mencionaram nenhum referencial teórico ou corrente de pensamento que embasa o seu processo de planejamento para as ações em saúde no município, junto à gestão. C2 referiu que os projetos trazidos pela Secretaria de Município de Saúde, bem como as demandas que os usuários levam ao CMS são as premissas do referido processo,



enquanto C1 indicou o Plano Municipal de Saúde como o alicerce, além das Programações Anuais, SISPACTO e as resoluções das Conferências de Saúde.

A definição, por parte das eSF, das ações a serem desenvolvidas ocorre a partir de diversas fontes de informação:

- Situações observadas pelos profissionais da equipe, em especial as mais recorrentes ou mais críticas, consideradas como problema (referido por E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E15, 16, E17, E19);
- Demandas trazidas pela comunidade (E1, E4, E6, E9, E13, E14, E15, E,17) inclusive em conversas na sala de espera (E3);
- Indicadores fornecidos pela Secretaria de Saúde (E2, E9, E11, E16);
- Dados extraídos do sistema de informação do município (E7, E8, E11), inclusive análise de prontuário (E8);
- Demandas trazidas pela gestão (E4, E15), como o novo financiamento pelo programa Previne Brasil (E7, E8, E18), as ações previstas na cartilha do Programa Saúde na Escola (E16), e a organização da equipe em relação à formação, ou seja, para receber alunos, solicitada pelo NEPeS (E4);
  - Relatório de Gestão Municipal (E5);
  - Plano Municipal de Saúde (E12);
  - Perfil epidemiológico e vulnerabilidades do território (E8, E12, E17)
  - Dados do painel epidemiológico (E13);
  - Demandas levantadas por estudantes (E4).

Ao serem questionados acerca dos referenciais teóricos e metodológicos que embasam o planejamento das ações, nenhum dos profissionais fez alusão a alguma corrente de pensamento ou modelo teórico de planejamento. Contudo, a ampla maioria referiu uso de ferramentas para sistematizar o processo.

Quatro sujeitos disseram que não utilizam nenhum tipo de modelo teórico ou ferramenta de planejamento (E1, E2, E17, E18); E4 e E13 utilizam o Plano de Ação proposto na Planificação – E7 referiu que já usou este modelo, mas atualmente não mais; E5 usava, anteriormente, as matrizes de intervenção aprendidas em um curso de pós-graduação, mas também não utiliza mais. Oito sujeitos referem empregar planos de ação ou roteiros sistematizados pelas próprias equipes nas reuniões (E3, E8, E10, E12, E14, E15, E16, E19). E8 também atribuiu ao curso de pós-graduação o conhecimento sobre como sistematizar o roteiro de planejamento. E11 relatou uso de planilhas, escalas e roteiros criados pela equipe para

organizar as ações. E6 informou que sua equipe recorre aos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a literatura complementar referente aos diferentes núcleos de atuação profissional. E12 citou, igualmente, os Cadernos de Atenção Básica e acrescentou os protocolos do Telessaúde como referência.

Em relação aos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão), 02 (dois) trabalhadores desconhecem e, portanto, não utilizam os referidos instrumentos – E1 e E18; 07 (sete) assumem que não utilizam os instrumentos, apesar de conhecê-los - E2, E3, E4, E8, E13, E14 e E16, sendo que E8 e E13 revelam que o foco da equipe está nos indicadores do Previner Brasil e por isso não acessam nos instrumentos de planejamento; 06 (seis) sujeitos afirmam conhecer e utilizar ao menos um dos três instrumentos para o planejamento da equipe. E4, E6, E10 e E19 não fizeram referência aos instrumentos nas suas respostas.

Nenhum dos trabalhadores ligados aos cargos burocráticos da gestão fez referência a alguma corrente teórica que embasa o planejamento no município. Esse processo se dá a partir dos instrumentos de gestão do SUS, e dos relatórios do sistema de informação do município, na fala de todos os entrevistados. G2 refere levar em consideração as conversas e reuniões realizadas com os trabalhadores para fazer o planejamento. À exceção de duas pessoas, o alcance de metas impostas pelo Programa Previner Brasil foi apontado como a prioridade de ação do município, de modo a garantir a sustentabilidade da atenção primária à saúde.

Os trabalhadores do NASF-AB relataram discutir os instrumentos de planejamento nas reuniões com a gestão de modo a pensar, juntamente com os coordenadores das políticas de saúde, em como ajudar as equipes que apoiam a operacionalizar ações para atingir as metas pactuadas. Um deles inclui como parâmetros para o planejamento das ações as necessidades levantadas nos territórios e as datas de intervenção propostas pelo Ministério da Saúde, como setembro amarelo, outubro rosa etc. Os outros dois apontam o uso corriqueiro de ferramentas apreendidas no processo de Planificação da Assistência à Saúde, como genograma, ecomapa e planilha de gerenciamento.

### *5.2.2.3 Diagnóstico situacional: potencialidades e fragilidades do processo de planejamento*

Os conselheiros de saúde apresentaram três potencialidades do planejamento no município de Santa Maria: a presença de profissionais de diferentes áreas no Conselho, com conhecimentos técnicos específicos (fisioterapeuta, contador etc.). A cooperação desses profissionais dá mais segurança ao embasar tecnicamente as decisões e resoluções do Conselho,

segundo C1. Para C2, são fundamentais as discussões com a gestão a partir da demanda dos usuários, pois “Quem conhece o problema é quem tá lá, vivenciando o problema no dia a dia”. C2 também destaca o processo democrático como possibilidade de luta e de mudança; poder conversar, discutir, buscar alternativas.

Os trabalhadores da gestão percebem uma evolução e um amadurecimento no processo de planejamento do município (G2, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11), com muitas potencialidades ou aspectos positivos.

- Reuniões de equipe, com diálogo entre todos os profissionais, possibilitando que todos se apropriem dos processos e haja corresponsabilização (G12, G5, G10). G10 destaca as ações de educação permanente como propulsoras de melhorias, durante as reuniões de equipe. G14 salienta o potencial pedagógico da discussão de casos entre os profissionais, na medida em que um caso pode servir de referência para outros.

- Para G4 e G5 um legado importante da pandemia para as reuniões de equipe (tanto assistenciais como entre gestão e trabalhadores) foi o uso da ferramenta para reunião virtual, possibilitando o encontro de um número grande de pessoas sem a preocupação de uma estrutura física adequada para este fim.

- Reuniões envolvendo coordenadores de todas as políticas de saúde, NEPeS, NASF, superintendente de atenção primária e setor de planejamento (G12, G4, G5, G8, G10, G11).

- G5 enfatiza o processo de territorialização e a aproximação do setor de vigilância em saúde nas ações de planejamento da gestão.

- O vínculo que as equipes têm com os usuários e o conhecimento das condições das famílias e da comunidade, sendo o ACS um expoente nesse sentido (G14).

- A postura da Superintendente de Atenção Básica, que procura sensibilizar os trabalhadores das equipes para que percebam que não basta trabalhar e dar conta da demanda, é preciso estudar (G14). G11 acrescenta que a superintendente tensiona em relação ao uso de indicadores e, com isso, está promovendo um processo de responsabilização das equipes. Também foi a mesma superintendente que instituiu o processo de devolutiva dos relatórios de produção das equipes por política de saúde, buscando aproximar gestão e trabalhadores, e que estes entendam a importância destes dados para o planejamento, que consigam dar sentido aos indicadores (G4, G8, G11). G2 e G8 acreditam que as equipes estão mais próximas das coordenações das políticas de saúde.

- A ação do novo gestor, que propiciou a volta da participação do setor de planejamento às reuniões de gestão, bem como a retomada das reuniões semanais entre superintendente de atenção básica, coordenadoras de políticas e NEPeS, agora também com participação do NASF. (G5, G6, G7, G8, G11, G12). G6 e G8 destacam que agora as coordenadoras de políticas trabalham em parceria. De acordo com G11, algumas coordenadoras de políticas de saúde já conseguem organizar suas atividades a partir da PAS e monitorar os resultados.

- Apesar das ressalvas em relação ao Programa Previne Brasil, G4 e G11 reconhecem que, em função de sua implantação, a gestão e as equipes estão tendo que “olhar” para seus indicadores e pensar seus processos de trabalho. De acordo com G11, os indicadores do SISPACTO se referem a dados do município e não traduziam as realidades locais das unidades. O novo programa refere-se a desempenho por equipe e instiga a avaliação de forma individual, a reflexão e a investigação das causas que levaram ao não cumprimento das metas pactuadas. O programa dispara, no município, o processo de monitoramento das ações por equipe, o que, na verdade, sempre deveria ter sido feito, segundo G4 e G11.

- E11 ressalta como um fato importante para o planejamento no município a mudança no sistema de informação, do SARGSUS para o DIGISUS, pois este último interliga as Programações Anuais com o Plano Municipal de Saúde automaticamente. Isso possibilita que se mantenha o foco no que havia sido pactuado anteriormente, sem que se abra possibilidade para inserção de muitas atividades que, além de não terem sido previstas, muitas vezes não são factíveis.

- G4, G5 e G11 destacam o apoio recebido do COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) através de reuniões para assessoria nos processos de gestão, sobretudo em relação ao Programa Previne Brasil, tendo em vista que muitas vezes nem o gestor Estadual tinha resposta para as dúvidas e dificuldades emergentes.

- O trabalho de uma gestora municipal da saúde no ano de 2015, no sentido de qualificar o uso dos instrumentos de gestão do SUS no município. A referida profissional aproximou a gestão do Conselho Municipal de Saúde e aprimorou a discussão, o uso e a construção dos instrumentos de gestão, além de divulgá-los ao grande público. Anteriormente, muitos documentos se perderam, mas, a partir de 2015, estão na página virtual da prefeitura municipal os Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão (G11).

- G1 considera como potencialidade o quadro de funcionários da Secretaria de Município da Saúde, por considerá-lo tecnicamente muito competente.

- G2 e G7 destacam o movimento de uma trabalhadora do setor de planejamento, ao buscar sensibilizar os demais componentes da gestão para a importância do planejamento e instrumentalizá-los para isso, através de reunião específica para balizar conhecimentos e fomentar o envolvimento de todos no processo.

- G5 e G10 ressaltam o comprometimento dos profissionais das unidades com o trabalho, apesar de todas as dificuldades enfrentadas. G10 ainda refere que as equipes fazem muito apesar das limitações de todas as ordens e se preocupam muito em não deixar o usuário desamparado. G4 reconhece que as equipes trabalham muito, apesar de ainda faltar organização na metodologia de trabalho.

- A ESF é considerada uma potência por G4, em virtude da sua lógica de organização, a partir de um território definido, vínculo das equipes com a comunidade e a integralidade da atenção.

- G4 percebe, a partir de reuniões periódicas entre gestão e equipes, mudança de postura dos trabalhadores das unidades, os quais estão percebendo que sem planejamento pode-se trabalhar muito e ainda assim não atingir os objetivos.

- G10 e G11 mencionaram a Planificação da Atenção à Saúde como um processo potente, que disparou muitas ações e promoveu bastante conhecimento teórico acerca do trabalho das eSF.

- G4 e G10 apontam o NEPeS como importante parceiro no fomento ao planejamento e à qualificação dos processos de trabalho nas eSF.

- G10 ainda aponta as instituições de ensino superior como grande potência para o planejamento, pela possibilidade de parceria para desenvolvimento de ações, bem como apoio teórico e metodológico. Um dos membros do NASF-AB afirma que a Residência multiprofissional potencializa a ação do Núcleo, não apenas por agregar mais pessoas à equipe, mas por acrescentar diversidade de núcleos profissionais.

Os trabalhadores também conseguem reconhecer muitos pontos fortes ou positivos que favorecem o planejamento das ações desenvolvidas pelas eSF. E1, E4 e E16 destacam a união entre os trabalhadores, para que se auxiliem e estimulem mutuamente. E12, E14 e E16 corroboram essa percepção ao valorizar o trabalho em equipe como potente. E5 refere que, quando há consenso sobre o trabalho, a equipe se engaja nas ações. E este engajamento é considerado fundamental para resolver o problema ou melhorar a situação de saúde da comunidade (E6, E10, E19). E19 refere que pensar novas formas de atender as necessidades da comunidade motiva, dá ânimo de trabalhar. A boa comunicação entre todos da equipe é

lembrada por E14 e E16, enquanto E13 e E16 valorizam o direito de fazer reuniões de equipe, que é o espaço protegido para o planejamento.

E3, E6, E15, E19 apontam como potente o vínculo com os usuários, possibilitando conhecer sua realidade e que eles sinalizem suas demandas. E19 refere que conhecer a população faz pensar em ações específicas e isso motiva para o trabalho. A participação e engajamento dos usuários às ações e a possibilidade de observar os resultados e receber seu feedback é muito importante para o planejamento, segundo E2. E10 concorda com essas afirmações, mencionando a importância do trabalho a partir das necessidades da comunidade.

Em relação a processos disparados pela gestão, E2 e E10 evidenciam a definição de objetivos, ou seja, saber quais resultados positivos se deseja alcançar; E4 menciona que ter prazos definidos ajuda a mobilizar a equipe para planejar e executar as ações, a se responsabilizar. Materiais orientadores, como a cartilha de ações do PSE (citado por E16) e os relatórios para avaliação de produção e identificação de população alvo, citados por E2, E11 e E13, também foram valorizados no processo de planejamento das equipes. O apoio do NASF e do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) foram reconhecidos como facilitadores para as equipes por E13, E14, E15, E16 e E17, respectivamente.

A presença dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes, tanto para fins de vínculo com a população como no auxílio da construção de diagnóstico situacional foi referida por E8 e E9. Por fim, a disponibilidade de ferramentas como o prontuário eletrônico (E8), planilhas para sistematizar e visualizar o planejamento (E7, E11) e as mídias sociais (*WhatsApp*) para compartilhamento de informações entre equipe e comunidade (E14) encerram a lista de potencialidades referidas pelos trabalhadores das eSF.

Apesar de todos os aspectos que contribuem e/ou fortalecem o processo de planejamento, também existem questões que o fragilizam, constituindo desafios para gestão, equipes de saúde e comunidade. Tendo em vista o grande número de trabalhadores envolvidos no estudo e a própria amplitude da RAS, algumas situações aparecem como potência e como fragilidade, devido a não estarem totalmente instituídas, ou simplesmente, por diferença de percepção dos atores que as citaram.

As fragilidades ou dificuldades apontadas pelos Conselheiros de Saúde se relacionaram a questões institucionais, contemplando fluxos, relações e processos de trabalho da gestão com as equipes e das equipes com a população, e questões mais individuais. As questões institucionais referidas foram:

- Gestão não dá estrutura para o trabalho do CMS – notebook, celular, *wi-fi* para que se possa participar das reuniões *online* na sala do Conselho – os conselheiros precisam usar a própria internet e equipamentos eletrônicos em suas residências;
- Falta de autonomia dos profissionais das equipes para tomada de decisões, sobrecarregando os membros da gestão com questões que não precisariam se envolver;
- Diferença de condutas entre profissionais e equipes sobre as mesmas questões;
- Morosidade e burocratização da assistência à saúde, que leva os usuários a procurarem as unidades de pronto-atendimento ao invés das unidades básicas.

Já as questões individuais incluem:

- - Desmotivação dos Agentes Comunitários de Saúde, pela falta de ações sistemáticas de educação permanente e por estarem muito voltados a questões administrativas relacionadas ao novo financiamento (cadastros e números de atendimentos a públicos específicos). Eles não conseguem se dedicar a ações voltadas à educação em saúde e à promoção de saúde da comunidade.
- Falta de consciência dos conselheiros sobre a importância do seu papel
- Trabalhadores sem interesse em se capacitar
- Trabalhadores não querem sair e fazer coisas na rua
- Medo dos trabalhadores em função da pandemia, levando a cuidados exagerados, em alguns casos, fazendo o usuário não se sentir acolhido.

Os trabalhadores da gestão observam várias questões que fragilizam ou dificultam o processo de planejamento das ações desenvolvidas pelas eSF. Uma delas é a fragmentação do planejamento (G4, G12), onde “as equipes produzem, a gestão organiza os dados e apresenta para o Conselho de Saúde” (G12, 2020). O planejamento acontece de acordo com a visão da gestão e não dos trabalhadores junto com a gestão; com isso, há mais chances de insucesso, pois nem sempre a gestão conhece bem a realidade daquela equipe e, por sua vez, os trabalhadores não ajudaram a construir a ação (G4). A fragmentação também está presente na gestão, com a dificuldade de realizar um planejamento conjunto efetivo envolvendo todas as superintendências (G1, G3, G4). A rotatividade de trabalhadores nos cargos de gestão gera transtornos, no sentido de que há um processo de trabalho e planejamento em andamento, com metas pactuadas anteriormente, muitas vezes distantes daquilo que o novo colega está propondo como ação; algumas vezes as ideias são muito boas, mas não factíveis naquele momento ou naquele contexto (G11).

Existe um distanciamento entre o que é dos trabalhadores das equipes e o que é da gestão (G4, G7); não há diálogo na construção dos instrumentos de gestão do SUS e, muitas vezes os trabalhadores nem ficam sabendo quando o Relatório de Gestão é apresentado no Conselho Municipal de Saúde, por exemplo (G12). De acordo com G4, muitos trabalhadores nunca foram a uma reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Esse distanciamento está relacionado a alguns fatores: desconhecimento geral dos instrumentos de gestão, não apenas pelos trabalhadores das equipes (G4), mas também por pessoas que estão na gestão (G11); sobrecarga de tarefas para os gestores, mantendo o planejamento mais a nível de coordenação, pois não há tempo de se reunir e discutir com os demais colaboradores (G1); falta de formação dos trabalhadores sobre planejamento (G2, G11). G4 e G10 referem que o planejamento no município ainda é incipiente e não existe uma cultura de planejamento. Os profissionais (inclusive da gestão) não entendem a importância de planejar e atribuem essa atividade a setores e/ou pessoas específicas, como tarefa burocrática e obrigatória (G2, G4, G11).

G11 reconhece que, se para quem está na gestão é difícil planejar, para quem está “na ponta” é pior ainda, em virtude da grande demanda de atividades. Especialmente que não se trata apenas de olhar números, mas avaliar processos e avaliar resultados, o que implica em tempo disponível para isso. G6 fala da dificuldade em pensar e implementar ações com recursos humanos escassos, especialmente se for levado em consideração que o município está no limite da lei de responsabilidade fiscal, o que impede a contratação de mais pessoas. G10 menciona a falta de trabalhadores das equipes (deveria ter, pelo menos mais um técnico de enfermagem para que outras pessoas além do enfermeiro possam se envolver nas atividades de planejamento) enquanto G11, G13 e G4 falam da falta de pessoas na gestão, o que gera acúmulo de tarefas para poucos trabalhadores.

G13 refere que muitas vezes é necessário envolver-se em atividades administrativas e deixar de lado ações que seriam inerentes aos núcleos profissionais, inclusive os momentos de planejamento. A falta de pessoas para estar mais presente junto às equipes para tensionar e problematizar as situações impede a continuidade do processo de planejamento e muitas coisas acabam se perdendo (G4, G11). Um exemplo foi o processo de Planificação da Atenção à Saúde que, dentre outras coisas, foi interrompido na maioria das unidades de saúde por falta de tutor externo (G10, G11). Muitas vezes se dá autonomia às equipes, mas os processos não acontecem e só se percebe quando a meta não foi alcançada (G4).

O processo de construção e responsabilização coletiva é complexo e moroso, desgastante muitas vezes, precisando ser retomado repetidamente (G4, G11). Há problemas



recorrentes que não são resolvidos, mesmo tendo se passado muito tempo. Muitas vezes falta a consciência de que a prestação de contas sobre as ações desenvolvidas e os valores gastos é uma obrigação do serviço público e, por conseguinte, de seus trabalhadores (G11).

G10 aponta como fragilidade a ausência de coordenadores nas eSF, fazendo com que as equipes assumam funções assistenciais e administrativas. Em virtude da grande demanda de atendimentos e da complexidade do trabalho na APS, as equipes não conseguem fazer tudo o que se propõe e geralmente o enfermeiro acaba sobrecarregado. Além disso, existe uma cultura de imediatismo, ou seja, resolver os problemas conforme eles aparecem, comumente chamado de “apagar fogo”. Segundo G10 isso ocorre nas equipes de saúde e na gestão. G4 refere que muitos trabalhadores têm dificuldade em participar de reuniões e capacitações – não percebem esses momentos como trabalho e como as ações necessárias para promover as mudanças necessárias nos serviços. G10 percebe que muitos trabalhadores não reconhecem a reunião de equipe como um espaço importante de planejamento – algumas equipes sequer encontram pautas para discutir nestes momentos; outras fazem reuniões curtas e sem uma sistematização.

G4 menciona que, apesar das coordenadoras das políticas emitirem relatórios mensais de produção para as equipes (eSF e eAP), ainda não existe uma rotina de *feedback* por parte dos trabalhadores. A avaliação tem sido feita somente a partir dos relatórios, pois ainda não se conseguiu, de forma sistemática, ouvir os trabalhadores.

G2, G11 citam os problemas de alimentação do sistema de informação do município como a falta de registros ou registros inadequados. G2 destaca que essa problemática é mais perceptível em profissionais terceirizados. G11 concebe a falta de registro como a falta de valorização do profissional pelo próprio trabalho. Em relação aos sistemas de informações, também há deficiências: G6 refere que a maior fragilidade do planejamento do município é o sistema de informação utilizado, pois ele fornece dados errados e, apesar dessa situação ter sido sinalizada há mais de um ano, não foi corrigida pela empresa. Não é possível planejar a assistência de usuários a partir de relatórios que não são fidedignos. G11 declara que muitas vezes o sistema de informação não consegue traduzir todas as ações que são feitas e o trabalho não parece.

G11 traz como limitação a indisponibilidade de dados por equipe de saúde e por região administrativa, sobretudo os indicadores pactuados. Os dados do SISPACTO são referentes ao município e isso dificulta aos trabalhadores das equipes elaborar um diagnóstico mais concreto dos seus territórios e avaliar suas ações. Os dados por equipe, referentes aos indicadores do Previne Brasil, estão disponíveis na plataforma e-gestor, cujo acesso não está liberado para os trabalhadores das eSF. Esse problema se torna ainda mais sério em virtude de muitos cadastros

não serem atualizados regularmente, mesmo em áreas de ESF. G14 refere que o setor de vigilância em saúde não participa das reuniões com a superintendente de atenção básica, NASF e políticas de saúde.

G2 e G9 reclamam de um certo “engessamento” do planejamento, quando não conseguem incluir ações que seriam pertinentes, mas que não haviam sido pactuadas, ou que dependem de instâncias superiores de gestão. G2 refere que o Ministério da Saúde não tem dado retorno às solicitações feitas e G11 refere que muitas vezes as mesmas dúvidas que a gestão municipal possui são compartilhadas pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), que é quem deveria fazer a função de apoio. G6 também aborda o engessamento, mas das práticas profissionais. As eSF estão organizadas para o atendimento da linha materno infantil, mas deixam a desejar no atendimento de outras demandas, como idosos e usuários com Doenças e Agravos Não Transmissíveis-DANTs, por exemplo.

G3 aponta a escassez de tempo para definir a destinação dos recursos orçamentários do município. Tendo em vista que precisa consultar os superintendentes e ter a devolutiva deles acerca da forma de utilização dos recursos, o tempo se torna ainda menor. Isso implica em revisões e ajustes constantes no orçamento, prejudicando o planejamento das ações. G5 revela preocupação com o fato de o recurso financeiro não ser mais fixo, a partir da portaria do Previner Brasil. Está sendo investido muito tempo e foco nas ações previstas neste programa. G2 reforça a morosidade dos processos burocráticos, principalmente quando se trata de ações fora da atenção básica, já que o município não é habilitado na Gestão Plena do Sistema e sim na Plana da Atenção Básica.

A falta de institucionalização de processos faz com que muitas ações estejam atreladas ao desejo e ao entendimento dos trabalhadores (G2, G10, G11, G14). No processo da planificação, por exemplo, G10 observava uma grande dificuldade de as equipes operacionalizarem as ações; eram feitas discussões, pactuadas metas, mas que acabavam não sendo implementadas. Há trabalhadores que simplesmente não aderem ao que é proposto. O mesmo ocorre com as demais ações propostas pela gestão, inclusive pela equipe do NASF-AB. Há trabalhadores que tem resistência em participar das reuniões e discussões para um cuidado compartilhado; sequer se informam mais a fundo dos casos, pois acreditam que ao acionar o NASF-AB, transferem o usuário para esta equipe e não precisam mais se responsabilizar ou envolver. A fragmentação da rede potencializa esse processo, pois em muitas situações a solução do problema está condicionada a quem irá receber a demanda. Os fluxos entre os serviços são cheios de “nós” e faltam protocolos de regulação para garantir o acesso dos

usuários. “Cada um faz como acha que tem que fazer, não avisa ninguém e o usuário fica correndo dum lado pro outro” (G14).

O não envolvimento de todos os profissionais no planejamento também gera conflitos e desconfortos em membros da mesma equipe. Algumas vezes as decisões são tomadas por alguns trabalhadores e sequer são comunicadas aos demais, sendo vistas como imposição. Isso gera intrigas, disputas, sentimento de inferioridade de uns e de superioridade de outros, prejudicando o trabalho (G14).

Para G14, falta um olhar para os trabalhadores, que estão adoecendo, em virtude da sobrecarga de trabalho e de todas as dificuldades encontradas. O NEPeS iniciou esse trabalho de acolhimento e de capacitações, mas perdeu funcionários e não teve mais condições de assumir essas atividades. É necessário, por exemplo, reconhecer e valorizar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. G5 também menciona a falta de ações sistemáticas de educação permanente, sobretudo contemplando o novo financiamento.

Os trabalhadores das eSF entrevistados identificam muitos fatores ou situações que prejudicam o processo de planejamento das ações. A falta de apoio da gestão foi apontada por diversos sujeitos, sob diferentes aspectos: E2, E15, E16 e E19 destacam a falta de recursos materiais, financeiros e logísticos (transporte, por exemplo); E3 refere que muitas vezes os trabalhadores se sentem frustrados ao levar propostas à gestão e “levar um balde de água fria”, pela impossibilidade de realizar o que tinham proposto e pensado com empolgação e empenho. E4 reclama da falta de incentivo e reconhecimento pelo trabalho quando bem executado, em oposto à grande cobrança e sobrecarga imposta aos trabalhadores.

E4, E6, E7, E8, E9 e E19 mencionam o distanciamento entre quem está na gestão e os trabalhadores que estão “na ponta”, ou seja, entre quem planeja e que executa, faltando apoio e conhecimento da realidade dos serviços. E8 e E19 entendem que, muitas vezes, esse afastamento leva à não resolução de problemas e à procrastinação de soluções, agravando situações que culminam na troca de profissionais das equipes. E4 aponta como dificuldade a rotatividade de pessoas da gestão, sendo que muitas vezes os trabalhadores sequer sabem a quem se reportam quando tem alguma demanda. A falta de apoio se estende também a outros setores e serviços, devido à ausência de comunicação intersetorial e fragmentação da RAS, o que reduz as possibilidades de ações na perspectiva da clínica ampliada, segundo E4.

São percebidos como problemas a falta de educação permanente (E8, E11) e de treinamento em funções cotidianas, como operar o sistema de informação, por exemplo, conforme E9 e E13. E8 e E11 referem que a gestão deveria direcionar mais os processos de

trabalho e instituir protocolos locais pois, apesar do município seguir os protocolos do Ministério da Saúde, na prática, “cada um faz o que quer” (E8).

E7 relata que falta planejamento das ações, sendo comum as equipes “fazer sem pensar”. O mesmo trabalhador, assim como E4 e E12 referem que o excesso de demanda, aliado ao acúmulo de tarefas delegadas “de uma hora para a outra” (E7) e o grande número de situações urgentes comumente chamadas de “incêndios” dificulta aos trabalhadores se organizarem e terem tempo para planejar. E8 complementa dizendo que os trabalhadores têm pouca autonomia para fazer o planejamento das ações de suas equipes, o que implica em um planejamento recebido “pronto”, sem considerar a realidade local, de acordo com E4 e E6. E4 cita como exemplo o novo financiamento da APS (Programa Previne Brasil), que “engole os profissionais com atendimentos individuais no consultório”.

A falta de estrutura para planejar e executar ações é reforçada através da fala de E6, E7, E10, E11, quando dizem que não possuem sala para reuniões, salas e computadores para as equipes lançarem os atendimentos e os ACS atualizarem os cadastros. E7, E8, E9, E11, E13 e E14 também destacam que a falta de pessoal para executar as diferentes tarefas compromete o planejamento, tanto de profissionais administrativos, técnicos, mas principalmente, a falta de ACS para cobertura de toda a área adscrita. A falta do ACS aliada a um sistema de informação difícil de manusear, conforme E6, E9 e E13, com informações insuficientes e não fidedignas (E7, E9, E11, E13, E17) leva aos desconhecimento da verdadeira realidade do território, o que por si só também constitui em uma dificuldade. E8 aponta como fragilidade o fato de o prontuário eletrônico usado nas unidades básicas não ser integrado com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais públicos. O município utiliza um sistema de informação privado, que alimenta a base dados do SUS e armazena dados de cadastro e atendimentos dos usuários. Todas as unidades (básicas, especializadas) e o pronto atendimento municipal utilizam esse sistema, possibilitando compartilhamento de informações, potencializando o cuidado longitudinal.

Em relação à territorialização, E10 e E14 trazem a distância da unidade de referência até algumas partes do área de abrangência como uma situação problemática, na medida em que dificulta tanto o acesso dos usuários ao serviço, quanto dos trabalhadores ao território, para conhecer e desenvolver ações. A falta de transporte para as equipes potencializa esse revés. E14 adiciona a vulnerabilidade social e a baixa escolaridade das famílias atendidas como fator de complicação ao planejamento de ações, neste processo contemplado a elaboração e a execução dos planos.

Questões individuais do trabalhador podem constituir empecilho para o planejamento efetivo, de acordo com E4, E5, E6, E8 e E18. E4 e E6 citam as relações interpessoais conflituosas como desfavoráveis à construção de projetos coletivos. A ausência de motivação para o trabalho (E4, E6), de compromisso (E18) e o engajamento dos trabalhadores às propostas coletivas condicionado aos interesses ou opiniões pessoais (E6) são fatores individuais que interferem no trabalho coletivo e podem prejudicar a assistência à saúde.

#### *5.2.2.4 Possíveis caminhos... Caminhos possíveis? O cenário ideal projetado pelos sujeitos da pesquisa.*

Projetando um cenário ideal para o planejamento em saúde, os conselheiros de saúde apontam ações a serem disparadas pela gestão municipal (C1, C2), tais como organização dos fluxos e processos para garantir acolhimento e acesso dos usuários ao atendimento com agilidade e resolubilidade, além de um olhar voltado às suas necessidades. C2 expressou a importância de pensar nos territórios, mas também no todo, de modo a vislumbrar o sistema de saúde do município.

C2 propõe que o NEPeS possa desenvolver um acompanhamento mais próximo das equipes, ajudando a balizar o planejamento das ações, com diretrizes comuns e não “cada um fazendo do seu jeito”. Ressalta uma melhor divisão de tarefas dentro da secretaria de saúde, de modo que tenham poder de decisão pessoas com capacidade técnica e que conheçam a realidade do município. Considera imprescindível que os trabalhadores das equipes tenham maior autonomia para determinadas questões administrativas, para que os ocupantes de cargo de gestão se ocupem daquilo que realmente está no seu rol de funções. Finalmente, destaca o resgate e valorização do trabalho do ACS.

De acordo com os trabalhadores da gestão, é possível vislumbrar circunstâncias ideais para o processo de planejamento no município. G12, G14 destacam um maior diálogo entre os trabalhadores, com análise, discussão e confecção conjunta dos instrumentos de gestão e planos de ação. Tomar as decisões em conjunto permite que todos entendam a finalidade e a importância dos instrumentos e ferramentas de gestão, além de promover em todos o sentimento de inclusão e corresponsabilização. G14 ainda ressalta a necessidade de valorizar e reconhecer o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, muitas vezes considerado inferior, mas que possui grande potencial para ações de clínica ampliada.

G14 salienta que a comunicação também precisa ser melhorada na RAS, entre os diferentes serviços e setores. O NEPeS, a Vigilância em Saúde e a Secretaria de Município da

Saúde deveriam funcionar no mesmo prédio, facilitando o fluxo e o compartilhamento das informações. As unidades não recebem os dados da vigilância em saúde, por exemplo. Muitas vezes, os trabalhadores não sabem onde e como está funcionando um determinado serviço.

G2, G5, G9, G10, G11, G12, G13 e G14 referem que todos os trabalhadores (da assistência e da gestão) devem se envolver no planejamento. G2 entende que todos os cursos da área da saúde deveriam ter o campo da gestão incluído durante a formação, pois mesmo que o profissional vá direto para a assistência, precisa conhecer os processos gerenciais para se organizar – “gestão também e faz na ponta” (G2, 2020). G10 acrescenta que a comunidade também deve ser envolvida, compreendendo e participando das decisões, sendo multiplicadora do trabalho e do planejamento das equipes. Para que isso ocorra, é necessário haver maior aproximação entre trabalhadores da gestão e da assistência (G2, G4, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G14) através de ações de educação permanente (G4, G5, G9, G10) e apoio periódico dos coordenadores de políticas de saúde, da gestão (G4, G7, G8, G9, G10, G11) e de instituições de ensino superior (G10, G13). G4 entende que o NEPeS deve fazer a mediação entre gestão e trabalhadores assistenciais. G14 salienta a necessidade de apoio ao próprio NEPeS, inclusive com provimento adequado de materiais e recursos humanos. G12 e G13 propõem o planejamento feito por região de saúde, propiciando a aproximação dos instrumentos de gestão da realidade dos territórios. G11 indica a figura do coordenador de região, que já existiu anteriormente, como alguém fundamental para estar junto às equipes, pensando processos de trabalho e auxiliando no planejamento, a partir da realidade local. É muito importante “colocar o pé no território” (G11).

G5 refere que a gestão precisa dar condições para que as equipes possam planejar e operacionalizar seus planos, adaptando-os às necessidades da população. G3 deseja maior tempo para planejar a destinação financeira da saúde no município. G14 fala sobre a importância de as unidades de saúde funcionarem em estruturas próprias e adequadas, com espaço para reuniões e grupos, pensando em um planejamento coletivo. O aumento de cobertura por equipes de APS e de NASF, ou mesmo de equipes de especialistas por região de saúde é considerado indispensável. Os trabalhadores devem se sentir olhados e acolhidos, não apenas cobrados. G10 destaca que não é possível as equipes realizarem todas as atividades que lhe são incumbidas se não houver um coordenador de unidade e mais um técnico de enfermagem. Atualmente, no município, as equipes são simples e não possuem coordenador “de direito”, sendo essa incumbência assumida pelos enfermeiros, que ficam sobrecarregados ao acumularem funções assistenciais e administrativas. G6 reforça a necessidade de mais recursos humanos tanto na gestão quanto na assistência.

G4, G10, G12 e G14 evidenciam a organização dos processos de planejamento e de trabalho como imprescindível à melhoria da assistência à saúde e o alcance das metas pactuadas. Reuniões estruturadas, com tarefas, prazos e responsáveis definidos facilitam o desenvolvimento e a avaliação e monitoramento das ações. G12 relata que as equipes pactuam processos, dialogam, mas nem sempre conseguem avaliar e monitorar os resultados, ou não fazem isso em tempo hábil. Isso faz com que o usuário circule em diferentes serviços, buscando atender a suas diferentes necessidades. Para que haja esse movimento dentro das equipes, G10 e G12 atribuem à gestão a tarefa anterior de definir o modelo de saúde almejado para o município, e então o modelo de planejamento a ser seguido pelos trabalhadores em geral, junto com a comunidade (G10). Ainda segundo G10, os trabalhadores devem se posicionar e cobrar da gestão essas definições e que suas decisões não sejam afetadas por “forças ocultas”, mas norteadas pelo interesse em atender às necessidades da população.

Os trabalhadores das eSF elencaram processos a serem instituídos e/ou fortalecidos e algumas condições essenciais para tornar o processo de planejamento ideal. E1 e E4 propõem o desenvolvimento de ações intersetoriais através da integração da secretaria de saúde com secretarias de ação social, educação, infraestrutura, dentre outras. E3, E4 e E8 apontam a necessidade de conectar os diversos pontos da RAS, melhorando a comunicação e os fluxos. De acordo com estes sujeitos, muitas vezes os trabalhadores das unidades básicas não conhecem a composição e organização dos demais serviços e acabam sabendo pelos usuários acerca de mudanças na rede. A partir dessa aproximação seria possível instituir processos permanentes de apoio institucional das equipes especializadas (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, por exemplo) e multidisciplinares para as eSF, conforme sugerido por E3, E8 e E14.

Seguindo esta lógica, os trabalhadores E3, E4, E8, E9, E10, E13, E14, E15, E16, E18, E19 manifestam o desejo de apoio institucional permanente e sistemático por parte da gestão, através de encontros periódicos, qualificando o diálogo com as equipes. Estando mais presente junto às unidades, os trabalhadores da gestão podem se apropriar melhor da realidade dos serviços, compreender seu cotidiano (E4, E10, E15, E19), pensar junto com as equipes e verificar suas reais possibilidades de operacionalizar aquilo que lhes é solicitado (E16, E19). Esse acompanhamento longitudinal poderia: reduzir o número de demandas dos trabalhadores sem resposta (E4, E8); instrumentalizá-los para o trabalho (E9, E16); fiscalizar o trabalho e minimizar as discrepâncias de oferta de atendimento, identificando problemas e propondo soluções (E8, E18). E10, E14, E18 esperam que a gestão assuma uma posição de liderança, ofertando diretrizes e fluxos bem definidos, estipulando papéis e atribuições, enfim, deixando claro o que espera das equipes. E7 e E19 recomendam resgatar a existência de um coordenador

por região administrativa, no intuito de fomentar e auxiliar no processo de planejamento, além de fazer “a ponte” com a gestão.

E2 e E11 referem a necessidade de um planejamento uniforme em todo o município, com objetivos comuns, porém, respeitando as peculiaridades locais. E3 salienta a importância da organização e padronização, de modo que “todos falem a mesma língua”, o que é corroborado por E8, E11, E16 e E18. E8 e E18 sugerem a criação de protocolos locais e a padronização de oferta de alguns serviços de acordo com a PNAB, destacando que “quando uma equipe não faz determinado tipo de atendimento, acaba sobrecarregando a que faz”. E2 entende que seria interessante que todas as equipes utilizassem, por exemplo, o painel epidemiológico proposto no processo de Planificação.

E2, E3 e E11 gostariam da participação de todos os trabalhadores no planejamento, inclusive com encontros entre as equipes para apoio mútuo. E12 e E18 sinalizam a possibilidade de realizar reuniões sistemáticas de planejamento por região e depois uma grande plenária, com todos, para alinhar as propostas. E2 e E8 também mencionam encontros para estudo e planejamento através de ações de educação permanente, permitindo atualizar e balizar conhecimentos e condutas.

Finalmente, E8 aconselha que o CEREST ou serviços de saúde mental assumam o cuidado da saúde dos trabalhadores, tanto para amenizar efeitos da sobrecarga de trabalho como para auxiliar na mediação de conflitos.

Somado a todas essas ideias, os trabalhadores ainda apresentaram algumas questões que consideram imprescindíveis a um processo ideal de planejamento em saúde, as quais estão expostas no Quadro 15, a seguir.

Ao final das entrevistas, foi perguntado a todos os participantes a forma como eles gostariam que fosse feita a devolutiva dos resultados deste estudo. Essa questão atende ao enunciado ético do artigo 9 da Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018): “É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo”. Essa premissa também é seguida pelo NEPeS municipal, constituindo uma das condições para aprovação da realização de estudos nos diferentes setores da Secretaria de Município da Saúde.

Todos os participantes sinalizaram com sugestões para a devolução dos resultados da pesquisa, a qual será feita conforme solicitado por cada um: por *e-mail*; por material impresso; através de um seminário sobre planejamento com as equipes e gestão e através de um material



de consulta para ser disponibilizado aos trabalhadores; apresentação em plenária do Conselho Municipal de Saúde e outros espaços de discussão coletiva que vierem a surgir.

Quadro 15 – Condições essenciais para um planejamento ideal em saúde na percepção dos trabalhadores das eSF

<b>Questões de âmbito institucional</b>	<b>Relacionadas a estrutura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter acesso a indicadores e informações atualizados e fidedignos, sempre que precisar, possibilitando o monitoramento das ações (E5, E11, E17)</li> <li>• Cobertura, por ACS, de todo o território adscrito, para auxiliar no vínculo com a população e no diagnóstico comunitário (E7, E8, E9, E11)</li> <li>• Ter mais um técnico de enfermagem por equipe (E8)</li> <li>• Ter população adscrita de acordo com a capacidade de atendimento das equipes, de modo que o excesso de demanda não constitua fator de adoecimento para os trabalhadores (E8, E10, E11, E14)</li> <li>• Ter uma cobertura adequada de serviços de saúde (E12, E14), o que para E12 significa 100% de território coberto por equipes de ESF</li> <li>• Unidades de saúde bem localizadas no território e com estrutura adequada (E10), inclusive com salas disponíveis para pequenas reuniões e organização de atividades (E10, E12)</li> </ul>
	<b>Relacionadas a processo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de espaços protegidos para planejamento, além da reunião de equipe, quando necessário – tanto em termos de tempo (que o profissional não fique somente em atividades clínicas o tempo todo - E4, E12)</li> <li>• Ter território e população definidos, para que se possa conhecer sua situação de saúde e necessidades (E7, E8, E11, E18)</li> <li>• Ter planilhas e instrumentos para facilitar e sistematizar o planejamento (E7, E17)</li> <li>• Ter um processo de planejamento contínuo, sistemático e estruturado (E7)</li> <li>• Fazer um planejamento factível (E11) e flexível (E17)</li> </ul>
<b>Questões individuais ou relacionadas a pequenos grupos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunidade e trabalhadores mais mobilizados para cobrar ações do poder público (E1)</li> <li>• Pessoas motivadas para o trabalho e dispostas a assumir seu papel dentro da atenção primária à saúde (E4)</li> <li>• Uso correto e registro nos Sistemas de Informação em Saúde (E12)</li> </ul>	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).



## **6 DISCUSSÃO**

### **6.1 OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS**

A análise dos Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão demonstrou que, mais do que uma exigência formal, estes são importantes instrumentos para o planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Contudo, algumas características acabam tornando esse processo um tanto quanto limitado.

#### **6.1.1 Atores envolvidos no processo de planejamento**

Em relação aos Planos de Saúde, observa-se um aumento do número de atores envolvidos na sua elaboração – foram 10 (dez) pessoas no Plano 2009-2012, 19 (dezenove) pessoas no Plano 2013-2017 e 76 (setenta e seis) no Plano 2018-2021. Apesar de mobilizar mais pessoas, não está explícito o papel desempenhado pelos integrantes dos grupos de trabalho. No Plano 2009-2012 há referência aos componentes da gestão e a um grupo de colaboradores; nos Planos de 2012-2017 e 2018-2021, além de membros do governo, há menção a um grupo de executores e um grupo de colaboradores. Contudo, não há informação se a execução está relacionada à revisão e construção final do Plano de Saúde ou à execução das ações previstas no Plano.

A partir de 2013, passaram a compor os grupos de trabalho dos Planos agentes administrativos, residentes, profissionais vinculados ao Núcleo de Educação Permanente e à atenção básica. A colaboração de trabalhadores da vigilância em saúde se torna óbvia ao considerar a importância dos dados epidemiológicos para a análise da situação de saúde prevista no Plano (BRASIL, 2013, 2016; PAIM, MOTA, 2017). Por outro lado, o envolvimento de profissionais de outros setores, inclusive assistenciais, se constitui em uma importante estratégia de gestão – segundo Portela, Teixeira (2017) a participação pode levar a convergência de objetivos entre a organização e os sujeitos que a constituem. Os autores ressaltam que os dados epidemiológicos só serão úteis se os trabalhadores aderirem ao projeto da organização de saúde.

No Plano de 2018-2021, a não explicitação da função exercida pelos colaboradores impede verificar a representatividade de trabalhadores assistenciais e burocráticos, membros de instituições de ensino, comunidade e profissionais da gestão. Também não existe referência aos critérios de inclusão dos participantes (convite, convocação ou adesão voluntária; representação

por região, equipe, tipo de serviço, categoria profissional etc.) e nem à metodologia de trabalho – reuniões, oficinas, pesquisa de opinião...

A presença de conselheiros de saúde nas comissões dos três Planos sinaliza o cumprimento do princípio da participação social na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 1988, 1990b). Apenas o Plano 2009-2012 apresenta de forma objetiva a utilização das deliberações da Conferência Municipal de Saúde para definição de metas. Todavia, consta nos outros Planos que os relatórios finais das Conferências de Saúde serviram de base para a sua construção, juntamente com as séries históricas de indicadores do município. Portela e Teixeira (2017) referem que há fortes indícios sobre a perda de capacidade dos conselhos e conferências de formular diretrizes para as políticas de saúde, em virtude da concentração dos debates em torno de interesses de grupos específicos – profissionais, ideológicos, religiosos, partidários.

Além de atender à premissa constitucional, o envolvimento da comunidade no planejamento contribui, minimamente, para a construção de um diagnóstico situacional mais amplo. O uso exclusivo de séries históricas de indicadores remete ao planejamento normativo, cujo produto é um plano estático e passivo, baseado na perspectiva determinística de que os eventos passados irão se repetir (MATUS, 1991; RIVERA, ARTMANN, 2012). Paim, Mota (2017), Portela e Teixeira (2017) reconhecem os usos da epidemiologia no planejamento, desde a formulação de políticas, alocação de recursos, análise situacional, programação e avaliação de ações. Contudo, Paim e Mota (2017) alertam que outros saberes são necessários para elucidar o processo saúde doença, os quais extrapolam a capacidade explicativa e preditiva da ocorrência de problemas de saúde e indicação de soluções pela epidemiologia.

Quanto mais informações sobre um determinado contexto, mais fácil será identificar problemas e prioridades de ação (ALMEIDA et al., 2001; CARDOSO, 2013a; FELICIELLO, 2020; MATUS, 1991; TEIXEIRA, 2010). Obviamente, a percepção de quem vive os problemas no seu cotidiano contém riqueza de elementos inacessíveis aos trabalhadores e gestores. Considerar as especificidades locais pode ajudar a superar a lógica de ofertar serviços padronizados pelo Ministério da Saúde, mais voltados à captação de recursos do que ao atendimento das necessidades da comunidade (ANDRAUS et al., 2017; CABREIRA et al., 2018; FERREIRA et al., 2018; NASCIMENTO, EGRY, 2017; PROTTI et al., 2010; SANTOS, A. et al., 2015; SANTOS, F. et al., 2015).

Em relação à participação, as Programações Anuais de Saúde denotam relativa segregação entre quem planeja e quem executa as ações, reforçando o modelo tradicional de planejamento (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010; MATUS, 1991; RIVERA, ARTMANN, 2012). Até a PAS de 2019, para cada ação descrita eram indicados responsáveis. Verifica-se

que na PAS 2016 eram atribuídas aos trabalhadores responsabilidades quase que exclusivamente relacionadas à assistência direta, como busca ativa e acompanhamento de usuários. A única ação de planejamento a ser desenvolvida pelos profissionais das equipes de atenção básica era a de formular um diagnóstico situacional para subsidiar um plano de intervenção com objetivo de reduzir a taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das principais DANTs (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2016).

De 2017 até 2019, os trabalhadores das unidades de saúde (inclusive das eSF) passaram a ser incluídos como responsáveis por algumas ações mais voltadas ao planejamento, como avaliação do vínculo entre Escolas e UBS através da análise de relatórios no Programa Saúde na Escola, por exemplo. Apesar disso, ainda prevalecem as ações assistenciais sob sua incumbência; nas demais questões, não está demonstrado o tipo de responsabilidade assumida nos processos – formulação das ações, implementação, avaliação, monitoramento – não sendo possível afirmar que os profissionais realmente ajudam a pensar as ações ou apenas participam na execução.

Talvez pela natureza burocrática dos Planos Municipais de Saúde, tenha se primado pela sua finalidade e não pelo detalhamento dos processos que levaram à sua construção. Porém, tendo em vista a possibilidade pedagógica do planejamento, a presença de mais informações sobre participantes e metodologia de trabalho poderia subsidiar a avaliação e reflexão sobre o processo de planejamento do município. O próprio Ministério da Saúde prevê, na composição do Plano de Saúde, uma análise da estrutura, organização e operacionalização do processo de planejamento, bem como sua interação com o centro de decisão (BRASIL, OPAS, 2009).

Os Relatórios de Gestão são produzidos por membros diretamente ligados aos cargos de gestão, o que faz sentido ao ponderar a consideração de Matus acerca da responsabilidade assumida legalmente pelo gestor sobre as decisões tomadas, mesmo em um processo democrático e participativo (CARDOSO, 2013a, MATUS, 1991). Ainda, são instrumentos de prestação de contas, os quais demandam atenção e tempo para serem constituídos, sendo pouco viável a participação de um grande grupo de pessoas. Neste caso, a obrigatoriedade de avaliação e aprovação pelo Conselho de Saúde garante o envolvimento da comunidade. Não há, porém, evidências de que os demais atores da rede (trabalhadores assistenciais e administrativos) façam parte da análise destes documentos.

A elaboração do Plano de Saúde, bem como da Programação Anual, aliados à discussão dos Relatórios de Gestão, poderiam constituir dispositivos para implementação ou fortalecimento de um processo de cogestão, estimulando a autonomia e corresponsabilização dos trabalhadores (ANUNCIACÃO, SOUZA, 2011; BECKER, LOCH, REIS, 2018; CUBAS,

2005; FERREIRA et al., 2018; PINTO, GERHARDT, 2013; SANTOS et al., 2018; SARTI et al., 2012; VOLTOLINI, 2019).

### **6.1.2 Tendências teóricas e correntes de pensamento que embasam o processo de planejamento**

Conforme mencionado anteriormente, não há referência a nenhum modelo teórico, além do preconizado pela legislação, em nenhum dos instrumentos de planejamento analisados. Contudo, o PlanejaSUS traz em seu arcabouço elementos do planejamento estratégico, chegando a citar trabalhos de Carlos Matus em alguns materiais (BRASIL, 2009, 2016). Feliciello também identifica tais elementos (2020).

A proposta de uma análise situacional abrangente possibilita a projeção de possíveis futuros, conferindo mais viabilidade aos planos. A descrição da capacidade instalada dos serviços, bem como a inclusão de fatores determinantes e condicionantes da saúde da população através de indicadores e das demandas trazidas pela comunidade através dos órgãos de controle social tende a subsidiar decisões mais voltadas à realidade local. Todavia, as deliberações das conferências de saúde aparecem de forma clara somente em um dos planos de saúde, deixando dúvidas sobre as pactuações feitas – se estão baseadas no diagnóstico situacional realmente amplo; se seguem a visão normativa de repetição dos eventos anteriores expressos pelos indicadores ou se respondem apenas às determinações do Ministério da Saúde, com ações padronizadas que respondem a compromissos assumidos entre gestores.

### **6.1.3 Ferramentas/ instrumentos/ estratégias utilizadas no planejamento**

Os Planos Municipais de Saúde apresentam como ferramentas utilizadas para o diagnóstico situacional e para avaliação e monitoramento das ações: relatórios de Conferência de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e do setor de vigilância em saúde; dados dos sistemas de informação (da saúde e outros – CORSAN, IBGE) e os próprios instrumentos de planejamento do SUS – Relatório de Gestão, Programação Anual. Não há referência, por outro lado, sobre a forma de sistematização destes materiais através de modelos lógicos ou matrizes, sejam para análise institucional, priorização de problemas ou análise da viabilidade do plano (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010; CARDOSO, 2013a, 2013b). Conforme mencionado anteriormente, também não há especificação sobre a forma de composição dos grupos de trabalho que constroem e avaliam esses instrumentos, nem a periodicidade em que isso ocorre.

Teoricamente, ao produzir as Programações Anuais, o PMS vigente deve ser retomado e avaliado, havendo, minimamente uma revisão anual de diretrizes e metas.

As Programações Anuais são estruturadas a partir de matrizes de programação de atividades por ação (CARDOSO, 2013a; 2013b), onde são definidos indicadores, metas e ações. A dotação orçamentária por área pode revelar a coerência entre o modelo de saúde escolhido e os investimentos realizados. Obviamente, esta é uma análise que requer ir além do simples olhar para os valores, considerando todos os fatores que interferem nesse processo, como o custo da assistência especializada em relação à atenção básica, por exemplo.

Sendo a PAS anual, infere-se que a supressão do prazo para o cumprimento das metas se deve à adoção deste período como referência para que elas sejam atingidas. Por um lado, essa flexibilização pode diminuir a pressão sobre trabalhadores e gestores, em função de mais tempo para desenvolver as ações, e de minimizar o impacto negativo dos Relatórios Quadrimestrais de Gestão, os quais ilustrariam ações em andamento e não metas não cumpridas. Por outra perspectiva, gera-se o risco de não lograr os resultados esperados pelo acúmulo de ações para o final do prazo estipulado, em virtude do aparecimento de demandas emergenciais. Tais demandas, não previstas com exatidão, fazem parte do componente de incerteza de qualquer organização em seus processos de trabalho e planejamento (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010; CARDOSO, 2013a; MATUS, 1991).

Os Relatórios de Gestão seguem o roteiro preconizado legalmente, descrevendo ações, indicadores e o alcance ou não das metas estipuladas. Talvez fosse interessante incluir, junto às metas não atingidas, possíveis explicações para o não cumprimento do objetivo estipulado. O exercício de formular tais explicações poderia suscitar novas perspectivas sobre os problemas e subsidiar estratégias anteriormente não consideradas, incluindo ações específicas do setor saúde ou envolvendo demais setores – educação, meio ambiente, ação social, etc.

## 6.2 A FALA DOS ATORES

A prática do planejamento é referida por todos os entrevistados, nos seus diferentes cenários. Existe uma diversidade de concepções acerca de como o processo ocorre e como deveria ocorrer, mesmo entre trabalhadores dos mesmos espaços. Porém, há também muitos consensos entre os atores entre si, bem como entre suas expressões e a literatura pesquisada.

As reuniões são utilizadas como instrumentos potentes para o planejamento, na medida em que oportunizam o encontro de diferentes atores, inclusive em tempos de distanciamento social, através das plataformas digitais. As reuniões *online* restringem o contato mais próximo,

bem como a utilização de algumas dinâmicas de grupo, porém, permitem reunir um grande número de pessoas, sem a necessidade de um estrutura física adequada e sem riscos de contágio de doenças transmissíveis. Seja virtual ou presencial, a reunião também possibilita aos envolvidos o tempo para discutir, refletir e avaliar sobre os processos da equipe ou do município, conferindo concretude à possibilidade de um processo de cogestão (CAMPOS, 2003). Voltolini et al. (2019) consideram as reuniões de eSF dispositivos indispensáveis para o planejamento local, podendo ser organizadas em grupos menores, para discussão de casos e pautas de cada equipe, ou maiores, para o planejamento, considerando seus diferentes momentos – diagnóstico, elaboração do plano, execução e avaliação.

Os estudos de Ferreira et al. (2018), Pena et al. (2020), Peruhype (2018) revelam a carência de espaços de diálogo e construção conjunta de propostas nas equipes de saúde. Embora algumas equipes não explorem ao máximo o seu potencial, como relatado pelos participantes, a garantia deste espaço e a ampliação dos participantes é um fator bastante positivo para o planejamento das ações desenvolvidas pelas eSF. Por outro lado, há atores que mencionam a necessidade de mais espaço além das reuniões de equipe para planejar – isso pode estar associado ao excesso de demanda dos setores e serviços ou à falta de sistematização das reuniões.

Apesar do Conselho Municipal de Saúde estar mais próximo da gestão através das comissões e trabalho nos Planos Municipais, Programações Anuais e Relatórios de Gestão da Saúde, a participação popular no processo de planejamento ainda é insuficiente. De acordo com a fala dos conselheiros, trabalha muito mais a partir de projetos ou questões trazidos pela Secretaria de Saúde ou pela comunidade, com pouca proposição por parte do CMS. Além disso, não há interlocução estabelecida entre as eSF e o CMS, seja através de participação em reuniões de equipe, de comissões ou em plenárias.

A ampla maioria dos trabalhadores das equipes (quinze) associou o planejamento das ações da sua equipe às necessidades e demandas da comunidade, levantadas através da observação dos trabalhadores ou da expressão direta dos usuários. Porém, não houve referência à existência de Conselho Local de Saúde nas sete unidades pesquisadas. Se há conselhos e não foram mencionados, infere-se que não estão legitimados como um fórum permanente e deliberativo de controle social; ou podem ter suspenso as atividades em virtude da pandemia e perderam esse espaço, mesmo que temporariamente.

O pouco envolvimento da comunidade no planejamento foi apontado por Addum et al. (2011), Andraus et al. (2017), Cavalcanti et al., 2012, Pereira e Nery (2018), Santos et al. (2018), Silva (2015), dentre outros. Há trabalhadores no município que nunca participaram de



uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, demonstrando que os achados de Addum et al. (2011), Andraus et al. (2017), Gonzales (2009) e Sarti (2012) constituem questão a ser trabalhada no município – de acordo com os autores, os trabalhadores não costumam se envolver e não estimulam a população a participar do controle social ainda. A estrutura logística insuficiente para as atividades dos conselheiros também demonstra essa falta de priorização do controle social. Ao excluir os usuários das decisões e reflexões sobre as práticas e políticas de saúde, o cuidado acaba se tornando normativo (MARTINS et al., 2021).

A maioria dos trabalhadores considera que recebe algum tipo de apoio para o planejamento das ações, seja institucional (NEPeS, Superintendência de Atenção Primária, coordenação das políticas de saúde, instituições de ensino superior, CRAS...) ou matricial (NASF-AB). Contudo, o apoio institucional acontece em resposta a situações imediatas e/ou pontuais identificadas pela gestão ou pelas equipes; doze dos catorze trabalhadores da gestão referem estar buscando uma maior aproximação com as eSF, mas todos reconhecem que não há uma agenda instituída de planejamento conjunto. A principal justificativa para esse distanciamento é a falta de recursos humanos, com acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho em ambas as instâncias.

Becker, Loch e Reis (2018); Elia e Nascimento (2011); Ferreira et al., 2018; Gonzales (2009); Lowen et al. (2017); Pena et al., (2020); Pereira e Nery, (2014); Reuter et al., (2020); Voltolini et al. (2019); Ximenes Neto e Sampaio (2007) referem que a escassez de recursos compromete severamente o planejamento em saúde e, conseqüentemente, a assistência, corroborando as impressões dos participantes desta pesquisa. O excesso/ acúmulo de atividades afeta o trabalho, pois implica em privilegiar o que é possível fazer ou se apresenta como mais urgente, deixando várias demandas pendentes. Muitos profissionais acabam adoecendo, conforme mencionado por alguns sujeitos - o cansaço físico e mental é agravado pelo sentimento de frustração por não conseguir atender às necessidades da população, ou por fazer muito aquém do que entendem que poderiam e/ ou gostariam.

Cabe salientar que a exiguidade de pessoal não se refere apenas ao número suficiente para desempenhar todas as ações necessárias, mas profissionais com competência técnica em gestão. (CUBAS, 2005; FERREIRA et al., 2018; NASCIMENTO, EGRY, 2018; CABREIRA et al., 2018). A precarização dos salários e das condições de trabalho é apontada por Ximenes Neto e Sampaio (2007) como uma das causas dessa situação, na medida em que dificulta a busca por aperfeiçoamento profissional. Silva et al. (2015) também destacam o impacto desta precarização nos processos de trabalho e planejamento de ações. Giovanella (2020) alerta que

o subfinanciamento da saúde, com grande risco de agravamento a partir da Portaria Previne Brasil, ameaça ainda mais a sustentabilidade do SUS.

A carência de recursos materiais inviabiliza muitas ações: sem computadores, *internet* e sistema de informação adequado não é possível registrar atendimentos, emitir relatórios e monitoramento de dados, por exemplo. Não há como realizar visitas domiciliares sistemáticas, sobretudo quando o território é vasto, sem veículo; para ações de educação em saúde individuais ou coletivas é preciso profissional disponível para executar a ação, impressos e insumos para produção de materiais educativos. Muitas unidades não possuem estrutura física suficiente, havendo déficit de salas para atendimentos, atividades burocráticas, reuniões e grupos de saúde.

Nesse sentido, evidencia-se a grande preocupação de gestores e trabalhadores assistenciais com as metas do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019a). Alguns participantes mencionaram ter deixado de lado outras ações, bem como os próprios instrumentos de planejamento do SUS, para focar seus esforços em atingir os indicadores preconizados por esta política pública. Considerando-se que o financiamento da atenção primária está condicionado ao desempenho em relação a estes indicadores, a ênfase nestas ações pode ser vista como legítima – não se pode correr o risco de perder ainda mais recursos financeiros. Contudo, o enfoque restrito a algumas questões de saúde e de doença (gestação, prevenção de câncer de colo de útero, hipertensão e diabetes) reforça o modelo de atenção primária seletiva (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; MELLO, MATTOS, 2018). Este modelo baseado na oferta de uma cesta básica de serviços para pessoas em condições de vulnerabilidade social e econômica diverge da integralidade e universalidade preconizadas no ideário do Sistema Único de Saúde. Constitui retrocesso teórico e prático, através de um planejamento centralizado e normativo, outorgando ações padronizadas sem considerar o diagnóstico situacional local e com financiamento atrelado à produtividade.

Apesar das dificuldades elencadas, é possível vislumbrar estratégias que podem contribuir para a melhoria da assistência e otimização de recursos, obviamente, dentro de limites plausíveis. O apoio na modalidade Paideia, formulado por Campos (2003), poderia sanar ou amenizar a maioria das fragilidades apontadas pelos participantes do estudo. Amaral (2020) relata a experiência do município de Jundiaí- SP com a prevenção e a redução da judicialização na saúde através da implantação do apoio Paidéia.

Os pressupostos teóricos e metodológicos da clínica ampliada e compartilhada poderiam direcionar as ações e diretrizes da assistência, fortalecendo a estratégia Saúde da Família e ajudando a delinear o modelo de saúde do município. Muitos aspectos da proposta de Campos já estão contemplados na PNAB e no modelo Saúde da Família, concebido como potencial para

o planejamento, pois a adscrição de população e território favorecem o diagnóstico situacional (CABREIRA et al., 2018; CUBAS, 2005; LOWEN et al., 2017; REUTER et al., 2020), a abordagem familiar auxilia nas ações de monitoramento e fluxos (SARTI et al., 2012), e o vínculo, sobretudo com o ACS, pode estimular a participação da comunidade no planejamento (ADDUM et al., 2011; SANTOS et al., 2018).

Por sua vez, o apoio institucional e matricial (CAMPOS, 2003) têm a possibilidade de disparar vários processos e qualificar o planejamento das ações desenvolvidas pelas eSF do município, a exemplo dos relatos de Cruz et al., (2014); Elia, Nascimento, (2011); Santos, A. et al. (2015); Peruhype et al. (2018); Pinto, Rocha e Mallmann, (2018). A instituição de encontros sistemáticos entre gestão e trabalhadores, bem como outros serviços da RAS e outros setores tende a melhorar a integração da rede, a comunicação e o estabelecimento de fluxos mais favoráveis a todos os envolvidos (inclusive o usuário). Estando mais próxima, a gestão pode inteirar-se melhor da realidade dos serviços e suas peculiaridades.

Reuniões onde há espaço de fala e reflexão para todos os trabalhadores valorizam o papel e o saber de cada um, estimulam a corresponsabilização, autonomia e protagonismo dos trabalhadores; possibilitam a mediação de conflitos, construção coletiva de soluções para os problemas e balizamento técnico para o processo de planejamento (ANDRAUS et al., 2011; ANUNCIAÇÃO, SOUZA, 2011; LOWEN et al., 2018; PINTO, GERHARDT, 2013; SANTOS A. et al., 2015; VOLTOLINI et al., 2015). Essa gestão compartilhada ou cogestão pode fomentar a cultura de planejamento, atenuar ou reverter atitudes individualistas e a desmotivação dos trabalhadores causada pela falta de valorização ou reconhecimento por parte da gestão e dos demais colegas.

Uma das funções dos apoiadores é a educação permanente (CAMPOS, 2003), a qual pode contribuir de forma significativa para fortalecer e disseminar práticas exitosas, qualificar processos e sanar dificuldades. Addum et al. (2011), Andraus et al. (2017), Cruz et al. (2014), Ferreira et al. (2018), entre outros, reforçam a importância da educação permanente regular para trabalhadores e gestores, contemplando as questões relacionadas à gestão e não apenas aspectos clínicos da assistência.

Os achados deste estudo apontam para uma lacuna na formação acadêmica e continuada - falta de conhecimento/ ou formação para o planejamento, incluindo manuseio de ferramentas e sistemas de informação, dispositivos de gestão da clínica e os instrumentos de planejamento do SUS. Essa fragilidade constitui obstáculo ao fomento de uma cultura institucional de planejamento, bem como para implementar, de modo sistemático e consistente, uma linha de

organização das ações de saúde. Não há como definir um modelo de saúde ou um modelo de planejamento sem embasamento teórico e científico para isso.

A parceria com instituições de ensino propicia a troca de experiências e conhecimentos, através da interlocução entre teoria e prática, incrementando a formação e a assistência em saúde (BECKER, LOCH, REIS, 2018; PINTO, ROCHA, MALLMANN, 2018; XIMENES NETO, SAMPAIO, 2007). Ademais, os processos de formação e construção de conhecimento devem ser estendidos aos usuários, instrumentalizando-os para que sejam protagonistas na construção da sua saúde, dos serviços e na luta por seus direitos.

Finalmente, compreende-se que os profissionais enfermeiros possuem grande potencial para contribuir com o planejamento das ações em saúde (OLIVEIRA et al., 2017; REUTER et al., 2020; VOLTOLINI et al., 2019). Cinco sujeitos apontaram os enfermeiros como condutores e/ou propulsores do processo de planejamento nas eSF (E1, E8, E10, E15, G10). Os demais trabalhadores foram unânimes ao mencionar a participação ativa dos enfermeiros nas ações de planejamento, mesmo nos locais onde não há envolvimento de toda a equipe neste processo. Ainda, é o núcleo profissional mais prevalente dentre os ocupantes dos cargos de gestão (quatro pessoas ocupando cinco cargos) e que possui alguma formação específica sobre planejamento.

Tais achados vão ao encontro dos estudos de Duarte, Tedesco e Parcianello (2012), Reuter et al. (2020), Voltolini et al. (2019) e Ximenes Neto, Sampaio (2007), os quais demonstram a inserção dos enfermeiros nas atividades de gestão e planejamento. Reuter et al. (2020) atribuem a competência desses profissionais para este tipo de atividade em virtude de sua apropriação teórica, a qual contempla aspectos da clínica, mas também de administração e gerenciamento. Oliveira et al. (2017) ressaltam que a administração e o gerenciamento do cuidado são atribuições privativas do enfermeiro, previstas em legislação, e que a falta de articulação entre as dimensões assistenciais e gerenciais compromete a qualidade do cuidado de enfermagem.

Todavia, mesmo os profissionais que disseram ter algum conhecimento teórico sobre planejamento, o consideraram insuficiente para as demandas dos serviços. Nesta perspectiva, retoma-se a necessidade de discussão e aprofundamento desta temática durante os cursos de formação e, posteriormente, através de ações de educação permanente. Os conceitos, modelos teóricos e ferramentas do planejamento podem qualificar o trabalho do enfermeiro nos diferentes espaços e instâncias, tanto em ações de campo quanto de núcleo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de planejamento das ações desenvolvidas pelas eSF no município de Santa Maria – RS. Buscou identificar e caracterizar os atores envolvidos no processo de planejamento, analisar as tendências de pensamento/correntes teóricas que o embasam, descrever e analisar as ferramentas/ instrumentos e estratégias utilizadas para operacionalizar o planejamento das ações.

Foi possível constatar que as ações desenvolvidas pelas eSF são planejadas, a partir de diferentes dinâmicas e perspectivas. Identifica-se o envolvimento da gestão, do Conselho Municipal de Saúde e dos trabalhadores das eSF no planejamento das ações, porém, com algumas dissonâncias no processo, decorrentes de questões individuais e institucionais.

A gestão possui um cronograma de reuniões entre seus membros e com o CMS. Por outro lado, não possui uma agenda sistemática com as equipes, dialogando a partir de demandas pontuais. Há entendimento acerca da necessidade de estreitar essa relação e até alguns movimentos nesse sentido, mas ainda sem uma definição clara e objetiva de como efetivar isso.

A participação da comunidade é bastante incipiente, tanto em termos quantitativos quanto na forma de inserção nas discussões acerca do planejamento. O Conselho exerce as funções de deliberação e fiscalização, com menos ênfase ao papel propositivo. Já havia poucos usuários compondo o controle social no município, o que piorou com a pandemia de coronavírus, em virtude da necessidade de distanciamento e a impossibilidade das reuniões presenciais. Além disso, não há trabalho conjunto entre o CMS e as eSF, distanciando os conselheiros da realidade dos serviços.

Por sua vez, as equipes de Saúde da Família possuem práticas de planejamento distintas entre si. Há locais onde todos os trabalhadores participam das discussões e decisões, outros em que se formam subgrupos a partir do tipo de questão a ser definida. Algumas equipes recebem apoio institucional e matricial, outras não. Enquanto a gestão olha a situação e as necessidades do município, cada equipe olha para o seu território, parecendo não haver relação entre os dois âmbitos, ou seja, o planejamento não é integrado e ascendente como preconiza a legislação. As metas previstas pelo Programa Previne Brasil e, em poucos casos, os instrumentos de planejamento do SUS, parecem ser as únicas interfaces entre os objetivos da gestão e das equipes.

Em relação ao referencial teórico e metodológico, não foram mencionadas correntes de pensamento ou modelos de planejamento específicos por nenhum participante. Ainda assim, é possível observar elementos de diferentes tendências, sejam induzidos pela legislação

(PlanejaSUS) ou pela forma de condução do trabalho nos diferentes cenários. Verifica-se, por exemplo, a centralização de algumas decisões, a possibilidade de pactuação em outras, uso de diagnóstico situacional e análise da situação de saúde, reconhecimento dos diferentes poderes que interferem nos processos decisórios e na implementação das ações.

Muitos atores afirmam usar estratégias e ferramentas para operacionalizar o planejamento. Enquanto a gestão e o CMS utilizam os instrumentos de planejamento do SUS para balizar suas decisões, as eSF incorporam a avaliação de necessidades locais, uso de matrizes de intervenção, planilhas, escalas e painel epidemiológico para auxiliar na organização do trabalho. Os apoios matricial e institucional, mesmo não sendo uniformes em toda a rede, emergem como estratégias significativas para qualificar o planejamento, desde a concepção, até a implementação e avaliação dos planos. Mesmo não havendo um modelo teórico determinado norteando o planejamento municipal, diferentes instrumentos e referências explicitam parte dos diversos saberes que compõem o fazer em saúde.

Foram identificados fatores que fragilizam o processo de planejamento das ações em Saúde da Família no município: a fragmentação da RAS, caracterizada pelas falhas de comunicação e muitos “nós” nos fluxos; a baixa cobertura de atenção primária e, principalmente, de ESF; a falta de estrutura (física, material e de recursos humanos) das USF, NASF-AB, NEPeS, Conselho de Saúde e até da própria gestão em alguns momentos. Esse déficit estrutural reflete a desvalorização da atenção básica, traduzida nas ações do poder público, considerando esse cenário ser causado principalmente pelo seu desfinanciamento, acentuado a partir da imposição de práticas de saúde seletivas e individuais.

Contudo, é importante reconhecer as situações que convergem para a melhoria deste quadro: o princípio de aproximação entre gestão e trabalhadores e entre gestão e CMS; a busca de aperfeiçoamento pela maior parte dos trabalhadores da rede e o desejo de intervir positivamente na situação de saúde da comunidade atendida; parcerias, mesmo que pontuais, com outros setores e serviços, inclusive instituições de ensino; muitas eSF atuando na lógica da cogestão e procurando alternativas para não deixar o usuário desassistido. A presença de nove núcleos profissionais na gestão amplia a perspectiva das discussões. Ter um NEPeS e um NASF-AB atuantes e conscientes de suas atribuições junto a gestão e equipes é fundamental, assim como um grupo gestor predominantemente aberto a sugestões e processos de mudança.

Experiências como o PMAQ e a Planificação da Atenção à Saúde trouxeram a discussão dos indicadores e da avaliação para dentro das eSF; alguns trabalhos trazem a proposta do PES como adequado ao nível local (ARTMANN, 2000; PERUHYPE, 2015); todavia, ainda são necessários estudos para explorar a utilização de instrumentos e ferramentas de planejamento

pelas equipes de saúde, sobretudo para avaliação e monitoramento, na perspectiva de integrá-lo ao planejamento municipal, de forma ascendente.

Assim, entende-se que o planejamento das ações em Saúde da Família é um processo em construção, dinâmico e que necessita de constante reflexão e aperfeiçoamento, assim como qualquer atividade humana. Cabe salientar que o planejamento é um meio e não um fim em si mesmo – o fim é a saúde da comunidade, que ainda é DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO. Construir e compartilhar conhecimento são a maior forma de resistência e de luta por um sistema de saúde PÚBLICO, GRATUITO e DE QUALIDADE; especialmente se isso for feito em uma Universidade também PÚBLICA, GRATUITA e DE MUITA QUALIDADE.





## REFERÊNCIAS

- ADDUM, E. M. et al. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia de Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 955-977, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/11.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.
- ALMEIDA, E. S. et al. Planejamento e programação em saúde. In: WHESTPHAL, M. F., ALMEIDA, E. S. (org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. Cap. 9. p. 255-272.
- AMARAL, T. C. **O método apoio como ferramenta de prevenção e enfrentamento da judicialização no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2020.
- ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C.H.C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006. Cap. 25. p. 783-836.
- ANDRAUS, S. H. C. et al. Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 65, n. 4, p. 335-343, dec. 2017. Disponível em: [1981-8637-rgo-65-04-00335.pdf](https://www.scielo.br/1981-8637-rgo-65-04-00335.pdf) (scielo.br). Acesso em: 04 jul. 2020.
- ANUNCIACÃO, F. C.; SOUZA, M. K. B. Planejamento em saúde percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 845-858, out./dez. 2011. Disponível em: [rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/258/pdf\\_71](http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/258/pdf_71). Acesso em: 04 jul. 2020.
- AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Cap. 25. p. 353-371.
- ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. In: Repositório de Produção Científica ENSP/FIOCRUZ. COOPE/UFRJ. Oficina social nº 3: desenvolvimento social. Rio de Janeiro, 2000, 25p. Disponível em: [www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/356595](http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/356595). Acesso em: 08 dez. 2020.
- AYRES, J. R. de C. M. **Epidemiologia e emancipação**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BECKER, L. A.; LOCH, M. R.; REIS, R. S. Barreiras percebidas por diretores de saúde para tomada de decisão baseada em evidências. **Revista Pan-americana de Salud Publica**. v. 3, n. 41. p. 1-7, maio 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e147/>. Acesso em: 4 jul. 2020.
- BEDRIKOW, R.; CAMPOS. G. W. A. de S. **História da clínica e a atenção básica: o desafio da ampliação**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

BELLINI, M.; PIO, D. A. M.; CHIRELLI, M. Q. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 22-23, mar., 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100023&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jul. 2019

BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 188-202, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0188.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

BONILHA, A. L. L.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A entrevista na coleta de dados. In: **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2018. Cap. 15. p. 423-432.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318-324, abr. 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

**Diário Oficial da União** 13 jun. 2013, Brasília, DF, 2012. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013-pg-59>. Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, 24 maio 2016, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/116492889/dou-secao-1-24-05-2016-pg-46>. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 580, de 22 de março de 2018.

Regulamenta o disposto no item XIII. 4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jul. 2018, Brasília, DF, 2018. Disponível em:

<https://www.cjf.jus.br/cjf/noticias/2018/julho/douinforme-16-07.2018>. Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Manual de Planejamento no SUS**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa v. 4). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf). Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS\\_livro\\_1a6.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf). Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: 2013a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 25 set. 2013, Brasília, DF, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 18 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 out. 2011a. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019a. Seção 1. Disponível em: [189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt\\_2979\\_12\\_11\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf). Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 dez 2019b. Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 29 mar 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso em: 09 nov. 2019.

BRUM, C. N. et al. Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento em enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2018. Cap. 5. p. 123-142.

CABREIRA, F. S. et al. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 1-13, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018001205010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001205010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFSM, Coopmed, 2010.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. Cap. 9. p. 122-149.

CAMPOS, R. O. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CARDOSO, A. J. C. **Curso de planejamento e avaliação em Saúde**: planejamento em Saúde. Módulo I. [Brasília]: Escola Nacional de Administração Pública, 2013a. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/369/1/Apostila Planejamento em Saúde - Módulo I.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/369/1/Apostila%20Planejamento%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20M%C3%B3dulo%20I.pdf). Acesso em: 20 dez. 2020.

CARDOSO, A. J. C. **Curso de planejamento e avaliação em Saúde**: planejamento em Saúde. Módulo II. [Brasília]: Escola Nacional de Administração Pública, 2013b. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/540/1/Apostila Planejamento em Saúde - Módulo II.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/540/1/Apostila%20Planejamento%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20M%C3%B3dulo%20II.pdf). Acesso em: 20 dez. 2020.

CAVALCANTI, Y. W. et al. Oral health planning in João Pessoa municipality, Paraíba State: Dental surgeons as protagonists of Basic Care. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, v. 34, n. 2, p. 221-225, jul./dec. 2012. Disponível em: [www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/10576](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/10576). Acesso em: 04 jul. 2020.

CECÍLIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p.1-3, 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800504&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800504&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 set. 2019.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2011.v15n37/589-599/pt>. Acesso em: 29 set. 2019.

CECÍLIO, L. C. O. 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. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. Cap. 4. p. 161-167.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-14, abr. 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/520/apontamentos-sobre-os-desafios-ainda-atuais-da-ateno-bsica-sade>. Acesso em: 25 set. 2019.

CHORNY, A. H. Planificación em Salud: viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Medico Sociales**. Argentina, n. 73, p. 23-44, 1998. Disponível em: <http://www.hospitalalvear.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/chorny.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

COSTA, R.; LOCKS, M. O. H.; GIRONDI, J. B. R. Pesquisa exploratória descritiva. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias de pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2018. Cap. 10. p. 273-290.

CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho nas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

CUBAS, M. R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 278-283, jun. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DITTERICH, R. G. et al. A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 39. dez., 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500207&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500207&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jul. 2019.

DUARTE, M. L. C.; TEDESCO, J.R.; PARCIANELLO, R. R. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 111-117, dez. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

ELIA, P. C.; NASCIMENTO, M. C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 2, p. 745-765, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a21v21n2.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2019.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21.n2-3/164-176/pt/>. Acesso em: 20 maio 2018.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 11. p. 323-363.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap 10. p. 279-321.

ESPINDULA, J. J. **Planejamento do Sistema Único de Saúde na ótica dos gestores**. 2012. 79p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Faculdade Pedro Leopoldo, Pedro Leopoldo, 2012.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE. **Resolução CIB 555 de 19 de setembro de 2012**. Altera a configuração e a quantidade de regiões de saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre, 19 set 2012. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2019.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, M. H. M. de et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2018. cap. 1, p. 51-72.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc/ UERJ, IMS: Abrasco, 2013. Parte III. p. 207-221.

FELICIELLO, D. Aspectos conceituais e operacionais do planejamento em saúde com ênfase no SUS. **Caderno de Pesquisa NEPP**, São Paulo, n. 10, p. 1-49, fev. 2021. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/175/CadPesqNEPP9>. Acesso em: 02 mar. 2021.

FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-69.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

FERTONIANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 06, p. 1869-1878, jun., 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n6/1869-1878/pt>. Acesso em: 21 jun. 2019.

FIGUEIREDO, I. D. T. **Planejamento local na atenção primária à saúde**. 2016. 100p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2016.

FLEURY, S. Reforma sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. In: FLEURY, S. (org.) **Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Cap 1. p. 15-30.

FONTENELLE, L. F. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, n. 7, v. 22, p.5-9, jan./mar., 2012. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/417/441>. Acesso em: 26 set. 2019.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. Cap. 3. p. 55-124.

GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 221-236, out., 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600221&Ing=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600221&Ing=en&nrm=isso). Acesso: 15 maio 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019a.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019b.

GIL, C. R. R. et al. Avaliação em saúde. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, fev. 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/519/ateno-bsica-ou-ateno-primria-sade>. Acesso em: 25 set. 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 ago. 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 16. p. 493-545.

GONÇALVES, C. C. T. **Práticas da gestão do SUS na atenção básica e o protagonismo dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários: uma responsabilidade pública e exercício de cidadania?** 2013. 189p. Dissertação. (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2013.

GONZALEZ, M.M.L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1587-1597, out. 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14suppl1/1587-1597/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 04 jul. 2020.

INSTITUTO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE CURITIBA. **Planejamento estratégico situacional: introdução ao pensamento de Carlos Matus**. Curitiba, 2009. Disponível em: [https://static.fecam.net.br/uploads/28/arquivos/4096\\_IMAP\\_Planejamento\\_Situacional\\_Introducao\\_ao\\_Pensamento\\_de\\_Carlos\\_Matus\\_Livro.pdf](https://static.fecam.net.br/uploads/28/arquivos/4096_IMAP_Planejamento_Situacional_Introducao_ao_Pensamento_de_Carlos_Matus_Livro.pdf). Acesso em: 21 out. 2019.



LANA, F. C. F.; GOMES, E. L. R. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, jan. 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691996000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000100009). Acesso em: 18 out. 2019.

LEAL, C. O. B. S.; TEIXEIRA, C. F. S. Solidariedade: uma perspectiva inovadora na gestão e organização das ações de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 10, p. 3161-3172, out. 2017. Disponível em: [https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017001003161](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017001003161). Acesso em: 26 out. 2019.

LIMA, L. D. et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 27. p. 823-852.

LIMA, M. C. de F. **Planejamento na Estratégia de Saúde da Família: racionalidades e interlocuções com o plano municipal de saúde em Fortaleza**. 2016. 178p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

LOWEN, I. M. V. et al. Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 898-903, out. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000500898&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500898&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 04 jul. 2020.

MACHADO, S. S. et al. Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 813-825, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000300813&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300813&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jul. 2019.

MARÇAL, M. F. C. **Implementação da política de planejamento das contratações de serviços na Fiocruz Pernambuco**. 2018. 158p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa/pesquisa bibliográfica/teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 2018.

MATUS, C. O Plano como aposta. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 5, n. 4, out./dez. 1991. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04\\_07.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04_07.pdf). Acesso em: 21 out. 2019.

MELLO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em: 26 set. 2019.

MELLO, E.; MATTOS, R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, prática e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Cap. 3. p. 95-116.

MELLO, G. A. et al. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 02 set. 2019

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>. Acesso em 26 out. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. Disponível em: [repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/1314/1/as Redes de Atencao a Saude\\_Eugenio\\_2ed.PDF](repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/1314/1/as%20Redes%20de%20Atencao%20a%20Saude_Eugenio_2ed.PDF). Acesso em: 26 out. 2019.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Introdução. p. 29-47.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. Cap. 3. p. 113-150.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. (Políticas e Cuidados em Saúde, v. 1). Cap. 7, p. 56-72.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, S. C. **Planejar é preciso? O olhar do gestor de unidade básica de saúde para o planejamento - análise de conteúdo temática**. 2018. 204p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

NASCIMENTO, A. B.; EGRY, E. Y. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 861-871, dez. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000400861&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400861&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

NEMES, M. I. B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap. 2, p. 48-65.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 12. p. 365-393.

OLIVEIRA, A. C. A. de. **Concepção e ferramentas do planejamento para tomada de decisão: o caso do município de Fortaleza**. 2018. 81p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

OLIVEIRA, M. C. G. **Planejamento em saúde e gestão democrática: uma análise dos instrumentos do planejamento da política de saúde do Município de Campos dos Goytacazes**. 2016. 168p. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades) – Universidade Cândido de Menezes, Rio de Janeiro, 2016.

OLIVEIRA, S. A. et al. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, p. 1-20, out-dez, 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64/89> . Acesso em: 23 maio 2021.

PADILHA, R. Q. et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4249-4257 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n12/1413-8123-csc-23-12-4249.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

PAIM, J. P. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? In: FLEURY, S. (org.) **Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Cap. 3. p. 85-113.

PAIM, J. P.; MOTA, E. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: conceitos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Cap. 56. p. 616-621.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 8, v. 2, p. 557-567, 2003. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200017&script=sci\\_arttext&tlng=pt#ModalArticles](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200017&script=sci_arttext&tlng=pt#ModalArticles). Acesso em: 27 out. 2019.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 24. p.767-782.

PARENTE, J. R. F. Planejamento Participativo em Saúde. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 10, n. 01, p. 54-61, 2011. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/144>. Acesso em: 22 ago. 2019.

PAULA, C. C.; PADOIN S. M. M.; GALVÃO C. M. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: LACERDA, M.R., COSTENARO, R. G. S. (org). **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2018. Cap. 2. p. 51-76.

PENA, K. S. et al. Care handover to chronic conditions to regionalized planning. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre: v. 41, n. spe, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v41nspe/1983-1447-rngenf-41-e20190168.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

PEREIRA JÚNIOR, N. **O Apoio Institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão**. São Paulo: Hucitec, 2018.

PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 635-643, dez, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000400635&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400635&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

PEREIRA, R. C. F. **O Apoio matricial como dispositivo da Estratégia de Saúde da Família: o caso de João Pessoa – PB**. 2015. 90p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

PERUHYPE, R. C. et al. Vias do planejamento na transferência do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e. 3015, p. 1-8, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100331&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100331&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jul. 2019.

PERUHYPE, R. C. **O planejamento e a execução da transferência da política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose no município de Porto Alegre – RS**. 2015. 180p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

PESSALACIA, J. D. R.; RIBEIRO, C. R. O. Entrevistas e Questionários: uma análise bioética sobre riscos em pesquisa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n. 3, p. 422-428, 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/112/202>. Acesso em: 01 dez. 2019.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T. E. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 305-326, abr, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F.; MALLMANN, C. L. O uso de blogs como ferramenta de apoio à gestão em saúde no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3287-3296, out. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018001003287&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003287&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

PIRES, D. E.P. et al. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. 1-19, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100501&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 out. 2019.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado na Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 1-19, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a20v62n2.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

PONTE, H. M. S.; OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 34-47, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00034.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

PORTELA, L. E.; TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Gestão de Serviços de Saúde. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: conceitos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Cap. 57. p. 622-630.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Conselho Municipal de Saúde**. Santa Maria, RS: 2021. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/674-conselho-municipal-de-saude>. Acesso em: 03 jan. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde 2009-2012**. Santa Maria, RS: 2008. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde 2013-2016**. Santa Maria, RS: 2013a. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Santa Maria, RS: 2018a. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Programação Anual de Saúde 2016**. Santa Maria, RS: 2016a. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Programação Anual de Saúde 2017**. Santa Maria, RS: 2017a. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Programação Anual de Saúde 2018**. Santa Maria, RS: 2018b. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Programação Anual de Saúde 2019**. Santa Maria, RS: 2019a. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Programação Anual de Saúde 2020**. Santa Maria, RS: 2020b. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relatório de Gestão Anual de 2013**. Santa Maria, RS: 2014. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relatório de Gestão Anual de 2014**. Santa Maria, RS: 2015. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relatório de Gestão Anual de 2015**. Santa Maria, RS: 2016b. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relatório de Gestão Anual de 2016**. Santa Maria, RS: 2017b. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relatório de Gestão Anual de 2017**. Santa Maria, RS: 2018c. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relatório de Gestão Anual de 2018**. Santa Maria, RS: 2019b. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relatório de Gestão Anual de 2019**. Santa Maria, RS: 2020c. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Relatório de Gestão do 1º Quadrimestre de 2020**. Santa Maria, RS: 2020d. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/649-instrumentos-de-planejamento-em-saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Secretaria de Município da Saúde**. Santa Maria, RS: 2020a. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude>. Acesso em: 11 jun. 2020.

PROTTI, S. T. et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 665-670, set. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

REUTER, C. L. O. et al. Os desafios do planejamento municipal a partir da perspectiva de enfermeiras gestoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. 1-9, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt\\_0034-7167-reben-73-02-e20180409.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180409.pdf). Acesso em: 04 jul. 2020.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, histórias e propostas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROCHA, A. A. R. de M. e; SOUZA, M. K. B. de. Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática. In: SOUZA, M. K. B. de (org.) **Planejamento e gestão em saúde: caminhos para o fortalecimento das hemorredes**. Salvador: EDUFBA, 2018. Cap. 1. p. 15-43.

ROCHA, D. R. V. **As múltiplas dimensões do território na construção de uma prática de gestão comprometida com as necessidades da população**: um estudo de caso de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. 2013. 136p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SÁ, C.R. et al. Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 1, p. 92-101, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/lil-771358>. Acesso em: 04 jul. 2020.

SÁ, M. de C.; PEPE, V. L. E. Planejamento estratégico. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-12.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F., LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, A. F. et al. Institutional and matrix support and its relationship with primary healthcare. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 54, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100241&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100241&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

SANTOS, F. A. et al. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, dez, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000401079&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401079&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

SANTOS, S. V. et al. Dificuldades e facilidades no processo de planejamento em saúde na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 42, n. 1, p. 142-157, jan-mar, 2018. Disponível em: <http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2533>. Acesso em 04 jul. 2020.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA, B. F. S. et al. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, mar, 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100183&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100183&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 jul. 2020.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia de Saúde da Família e a mudança do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100023&Ing=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&Ing=en&nrm=isso). Acesso em: 15 mai. 2018.

SOUSA, F. de O. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, abr. 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401283&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401283&Ing=en&nrm=iso) Acesso em: 15 maio 2018.

SOUZA, L. E. P. F. de; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: População, Infraestrutura, Organização, Prestação de Serviços, Financiamento e Gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (org.) **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Cap. 5. p. 49-68.

SOUZA, L. E. P. F. de; VIANA, A. L. A. Gestão do SUS: Descentralização, Regionalização e Participação Social. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (org.) **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Cap. 19. p. 261-269.

STARFIELD, B. **Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em 18 maio 2018.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos, experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. Cap. 1. p. 17-32.

TEIXEIRA, C. F. et al. Produção Científica sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde no Campo da Saúde Coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. Cap. 39. p. 585-594.

TEIXEIRA, C. F. Produção Científica na Área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde 1975-2010: temas e teorias. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (org.) **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Cap. 3. p. 81-111.

TEIXEIRA, C. F.; JESUS, W. L. A. de. Correntes de Pensamento em Planejamento de Saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos, experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. Cap. 2. p. 33-50.



TESTA, Mario. **Pensar en salud**. Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús, 2020. Disponível em: [analisepoliticaemsaude.org](http://analisepoliticaemsaude.org). Acesso em: 30 jan. 2021.

VARGAS E. R., MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panam Salud Publica**, n. 42, p. 1-6, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49526>. Acesso em: 03 jul. 2019.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. de M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da Equipe de Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./mar., 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728366019>. Acesso em: 08 jun. 2019

VILASBOAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.

VILLA, T. C. S. et al. Capacidade gerencial da atenção primária à saúde para o controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil. **Texto & contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 4, p. 1-13, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000400301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400301&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jul. 2019.

VOLPATO, L. F. et al. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1561-1572, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2010.v26n8/1561-1572/#ModalArticles>. Acesso em: 04 jul. 2020.

VOLTOLINI, B. C. et al. Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. 1-14, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100316&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100316&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 jul. 2020.



## APÊNDICE A – ARTIGO RESULTANTE DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### artigo

Martins, S.S., Weiler, T.H., Megier, E.R., Gomes, B.L.F.  
Planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de estratégia de saúde da família: revisão integrativa

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i163p5500-5507>

## Planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de estratégia de saúde da família: revisão integrativa

Planning of actions developed by family health strategy teams: integrative review

Planificación de acciones desarrolladas por los equipos de estrategia de salud familiar: revisión integrativa

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar e analisar as evidências disponíveis na literatura acerca do processo de planejamento das ações desenvolvidas por equipes de Saúde da Família. **Método:** revisão integrativa realizada em julho de 2020. **Resultados:** Foram selecionados 31 artigos, os quais apontaram fragilidades (gestão normativa, falta de estrutura e conhecimento para planejar) e potencialidades (co-gestão com trabalhadores e comunidade, apoio matricial e institucional). **Conclusão:** são necessários mais estudos para aprimorar metodologias passíveis de aplicação prática e ações de educação permanente para fomentar e institucionalizar a cultura de planejamento.

**DESCRIPTORES:** Planejamento em saúde; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Enfermagem.

#### ABSTRACT

**Objective:** to identify and analyze the evidence available in the literature about the planning process of actions developed by Family Health teams. **Method:** integrative review carried out in July 2020. **Results:** Thirty-one articles were selected, which indicated weaknesses (normative management, lack of structure and knowledge to plan) and potentialities (co-management with workers and community, matrix and institutional support). **Conclusion:** more studies are needed to improve methodologies that can be applied in practice and permanent education actions to foster and institutionalize the planning culture.

**DESCRIPTORS:** Health planning; Family Health Strategy; Unified Health System; Nursing.

#### RESUMEN

**Objetivo:** identificar y analizar la evidencia disponible en la literatura sobre el proceso de planificación de las acciones desarrolladas por los equipos de Salud Familiar. **Método:** revisión integrativa llevada a cabo en julio de 2020. **Resultados:** Se seleccionaron treinta y un artículos, que indicaban debilidades (gestión normativa, falta de estructura y conocimiento a planificar) y potencialidades (co-gestión con trabajadores y apoyo comunitario, matriz e institucional); se necesitan más estudios para mejorar las metodologías que se pueden aplicar en la práctica y acciones educativas permanentes para fomentar e institucionalizar la cultura de planificación.

**DESCRIPTORES:** Planificación de la salud; Estrategia de Salud Familiar; Sistema Único de Salud; Enfermería.

RECEBIDO EM: 23/11/2020 APROVADO EM: 19/01/2020

#### Sharon da Silva Martins

Enfermeira, Especialista, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Servidora Pública do Município de Santa Maria  
ORCID: 0000-0002-9609-1233

#### Teresinha Heck Weiler

Enfermeira, Pós Doutora em Saúde Pública, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.  
ORCID: 0000-0003-2531-0155

#### Elisa Rucks Megier

Enfermeira, Especialista, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria  
ORCID: 0000-0003-3440-9193

#### Bruna Cristiane Furtado Gomes

Enfermeira, Especialista, Mestre em Enfermagem, Servidora Pública do Município de Uruguaiana  
ORCID: 0000-0002-4327-1973

## INTRODUÇÃO

Embora reconhecido como prática importante, o planejamento em saúde ainda é um processo incipiente nos diversos setores e serviços. Planejar em saúde significa superar a lógica de atendimento a demandas pontuais e ao improviso, racionalizando recursos para atender às necessidades das pessoas<sup>(1)</sup>. A descentralização no Sistema Único de Saúde promoveu a gestão compartilhada e, para que a ação das três esferas de governo seja integrada e complementar, foram instituídos parâmetros para balizar o planejamento.

Nesta perspectiva, surgiu o Planejamento em Saúde<sup>(2)</sup>, com intuito de ofertar subsídios técnicos e metodológicos para a institucionalização do planejamento. Mesmo com esses avanços, evidencia-se a necessidade de estudos e experiências com a criação/implementação de metodologias que subsidiem o planejamento "na ponta" do sistema de saúde, ou seja, nas unidades básicas de saúde. Assim, o presente estudo objetivou analisar as evidências disponíveis na literatura acerca do processo de planejamento das ações desenvolvidas por equipes de Saúde da Família.

## MÉTODOS

Foi realizado estudo de revisão integrativa<sup>(3)</sup> a partir da questão norteadora: "quais são as evidências científicas sobre como ocorre o planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família?", localizadas em julho de 2020, nas bases de dados da Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da National Library of Medicine/ National Institutes of Health (PubMed); nos portais do Banco de Dados em Enfermagem – Bibliografia Brasileira (BDENF), Sistema Regional de Informação em Língua para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (LATINDEX) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A estratégia de busca usada foi: "planejamento em saúde" AND "Estratégia Saúde da Família" OR "ESF". Os critérios de inclusão foram: artigos primários desenvolvidos no Brasil, disponíveis na íntegra online, em qualquer idioma, sem recorte temporal, que

respondam à questão norteadora do estudo e as produções repetidas foram consideradas apenas uma vez.

Foram recuperadas 1.152 produções das quais 31 compuseram o corpus do estudo (Figura 1). Estes foram lidos na íntegra por dois membros do grupo de pesquisa GEPESC e, quando houve divergência, um terceiro colaborador foi acionado. Foi elaborado um quadro sinóptico com os artigos. Após, foram extraídas as informações que respondessem à questão de pesquisa em uma ficha própria. Foram ressaltados os aspectos éticos relacionados aos direitos autorais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram recuperados 1.152 documentos, excluídos 1.077 por não atenderem aos critérios de seleção e 44 duplicados. Foram selecionados 31 artigos para a revisão, publicados em 18 periódicos diferentes, sendo 03 em inglês e 28 em português.

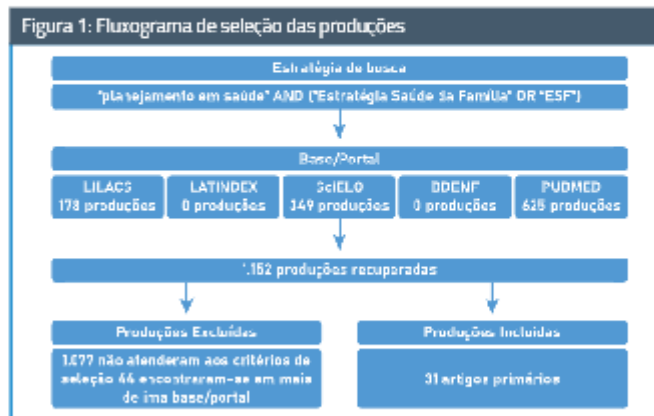
Quanto ao tipo de estudo, 23 pesquisas eram qualitativas, 02 quanti-qualitativas e 04 quantitativas; 03 artigos não traziam essa especificação. Verifica-se que estudos relacionados ao planejamento das ações em Saúde da Família foram publicados a partir de 2005, com maior frequência após 2011. A partir da leitura na íntegra dos estudos, emergiram duas categorias de análise: Fragilidades no processo de planejamento e

Potencialidades e caminhos no processo de planejamento (quadros 1 e 2).

A participação da comunidade se revela insuficiente, pela não compreensão de conceitos relacionados ao planejamento e à saúde como direito<sup>(4,5,6)</sup>. Usualmente, os trabalhadores não estimulam e não se envolvem no controle social<sup>(5,6,10)</sup>, produzindo um cuidado normativo, que exclui o usuário das reflexões e decisões.

Os estudos relacionam fragilidades no trabalho interno das equipes<sup>(5,12)</sup>, como ênfase em ações programáticas e atendimento à demanda espontânea<sup>(13,14,15)</sup>, além de pouco diálogo na rede de serviços e escassez de ações intersetoriais<sup>(16,17,18,19)</sup>. Os gestores, em geral, priorizam ações padronizadas do Ministério da Saúde que não consideram especificidades e perfil epidemiológico local, com foco no financiamento<sup>(20,21,22,23)</sup>. Sem efetiva descentralização de recursos e decisões<sup>(24,25,26)</sup>, acentua-se a discrepância entre oferta e demanda de serviços<sup>(27,28)</sup>. A integralidade e a longitudinalidade da atenção são bastante prejudicadas neste contexto.

Políticas normativas de gestão geram desmotivação de trabalhadores<sup>(29)</sup>, divergência de objetivos e na construção de propostas<sup>(30,31,32)</sup>, planos que dependem de relações pessoais<sup>(33,34)</sup> e são vistos como obrigação burocrática<sup>(35)</sup>. A falta de sistematizar o planejamento<sup>(36,37,38,39,40)</sup> e a não definição do modelo de saúde<sup>(41,42,43)</sup> diminuem a governabilidade



Fonte: Elaborado pelas autoras.

## artigo

Mortini, S.S., Weller, L.H., Meppel, F.R., James, H.L. Jr.

Planejamento das ações de saúde em equipes de estratégia de saúde da família: revisão integrativa

Quadro 1 – Fragilidades no processo de planejamento	
FRAGILIDADES NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO	Pouca participação da comunidade <sup>15, 21</sup>
	Cuidado fragmentado em saúde, com ênfase em questões biológicas e sem considerar a determinação social do processo saúde-doença <sup>15, 20, 21, 22</sup>
	Práticas de gestão normativas prevalentes nos diversos cenários <sup>15, 11, 12, 13, 10, 22, 23, 24</sup>
	Conflito de interesses entre diferentes atores <sup>15, 20, 10, 22, 23, 24</sup>
	Falta de sistematização do processo de planejamento <sup>15, 10, 14, 24, 25, 26</sup>
	Falta de qualificação adequada para cargo de gestão <sup>15, 20, 11, 12, 13, 10, 26, 27, 28</sup>
	Subutilização dos sistemas de informação por falta de conhecimento e manejo inadequado dos sistemas <sup>15, 21, 22, 23</sup>
	Precarização das condições de trabalho e planejamento <sup>17, 18, 19, 10, 22, 26, 27, 28</sup>

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro 2 – Potencialidades e caminhos no processo de planejamento	
POTENCIALIDADES E CAMINHOS NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO	Logística e envolvimento dos membros das equipes no planejamento <sup>15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22</sup>
	Reuniões sistemáticas para discussão, reflexão e planejamento <sup>15, 20, 22, 23, 24, 25, 26</sup>
	Interlocução com o apoio matricial <sup>15, 22, 23</sup> , institucional <sup>15, 2, 16, 10, 20, 22</sup> , Núcleo Ampliado de Saúde da Família <sup>19</sup> e instituições de ensino <sup>19, 26, 27</sup>
	Integração com movimentos sociais organizados <sup>19</sup>
	Utilização de mídias de massa como mecanismos de divulgação e compartilhamento de informações <sup>15, 16</sup>
	Instrumentalização da comunidade como protagonista e agente de mudanças <sup>15, 16</sup>
	Uso de metodologias e ferramentas de acordo com a realidade <sup>15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22</sup> , como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) <sup>16</sup> , Plano Municipal de Saúde <sup>16</sup> , Planejamento Estratégico Situacional <sup>16</sup> e o Desdobramento da Função de Qualidade <sup>16</sup>

Fonte: Elaboração dos autores.

da gestão e comprometem a implementação e consolidação de políticas públicas<sup>29</sup>.

Em relação às condições para planejar, os estudos apontam fragilidades técnicas, como limitações dos próprios sistemas de informação<sup>16, 10, 19, 20</sup>, e dos processos de trabalho: não monitoramento e discussão de relatórios criativos<sup>16, 20, 10, 21, 22</sup>, falta de acesso dos trabalhadores aos relatórios e instrumentos de planejamento<sup>15, 10, 20, 21, 22</sup> e ausência/incompletude da atualização dos registros<sup>16, 10, 20, 21, 22</sup>. Via

de regra, os instrumentos de planejamento ficam restritos aos profissionais que ocupam cargos de gestão, corroborando o modelo centralizado e normativo. A insuficiência de condições<sup>15, 20, 10, 20, 21, 22, 23</sup>, tempo, estrutura, sobrecarga de trabalho e muitas situações “urgentes” para resolver<sup>15, 20, 21, 22</sup>, acentuam a precarização do planejamento. Também a falta de qualificação adequada para o cargo de gestão<sup>15, 20, 11, 12, 13, 10, 26, 27, 28</sup>, decorrente de condições políticas e não técnicas<sup>15, 10, 20, 21, 22</sup>.

O processo de planejamento pode propiciar momentos de discussões e reflexão, fortalecer a coresponsabilização, autonomia e protagonismo dos trabalhadores. Tem potencial para mediar conflitos ao propor parâmetros técnicos para as decisões que envolvam todos os membros das equipes<sup>15, 10, 19, 20, 21, 22, 23</sup>. Foram consideradas potencialidades para o processo de planejamento o apoio matricial<sup>15, 22, 23</sup> e institucional<sup>15, 20, 21, 22</sup>, inclusive das instituições de Ensino<sup>19, 26, 27</sup>.

O apoio às equipes através de ações de Educação Permanente<sup>15, 20, 10, 20, 21, 22, 23</sup> e da construção de ações conjuntas e trocas de experiências, fomenta a sistematização do planejamento, através do uso de metodologias e ferramentas<sup>15, 16, 17, 18, 19, 20</sup>, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)<sup>16</sup>, Plano Municipal de Saúde<sup>16</sup>, Planejamento Estratégico Situacional<sup>16</sup> e o Desdobramento da Função de Qualidade<sup>16</sup>. A ótica multidisciplinar favorece a integralidade das ações.

A construção do Planejamento com a comunidade foi possível através da integração com movimentos sociais organizados<sup>19</sup>, utilização de mídias de massa como mecanismos de divulgação e compartilhamento de informações<sup>15, 16</sup> e do estímulo ao seu protagonismo como agente de mudanças<sup>15, 16</sup>.

## CONCLUSÃO

É possível afirmar que o planejamento é uma ferramenta fundamental para transformação da realidade e melhoria da assistência em saúde. Contudo, são necessários mais estudos e capacitações para aprimorar metodologias possíveis de serem aplicadas na prática cotidiana, bem como ações de educação permanente para fomentar e institucionalizar a cultura de planejamento. ■

## REFERÊNCIAS

1. Palm B. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Lemos GWS, Bonfim I Jr, Minayo MLS, Neriman M, Drumond Júnior V, Carvalho, YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. Cap. 26, p.267-282.
2. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Manual de Planejamento no SUS. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Paula UC, Padoin SMM, Galvão LM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: Lacerda MZ, Costenaro RGS, organizadoras. Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Mori; 2018. p.11-25.
4. Addum, IM, Serra, UG, Bessa, IS, Izoton, LM, Santos, TE. Planejamento local. Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do

## REFERÊNCIAS

- uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. *Physis*. 2011; 21(3): p. 955-978.
5. Andraus, SHL, Ferreira, RC, Amaral, IHL, Wernke, MNV. Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control. *Rev. Gaúch. Odontol.* 2017 dec; 65(4): p. 335-343.
6. Cubas, MR. Planejamento local: o trabalho gerencial da Unidade Básica de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2005 Jun; 58(3): 278-283.
7. Ferreira, J, Crispini, JC, Ruseppia, I, Geremia, DS, Madureira, VSF, Souza, JLS. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde Soc.* 2018; 27(1)
8. Gonzalez, MML. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes sociais do município de Campo Bom (RS): Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009 out; 14(supl. 1): 1487-1497
9. Pereira, LP, Nery, AV. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc. Anna Nery*. 2014 dec; 18(4): 635-643.
10. Sarli TD, Campos, CEA, Zandonade, E, Ruschi, GDC, Masid, ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. 2012 mar; 28(3): 537-548.
11. Silva, BLS, Wandekaken, KD, Dalbello-Vraújo, M, Bento, GW. A importância do planejamento como prática de gestão na microregião de saúde de São Mateus (RS). *Saúde Debate*. 2015 mar; 39(104):183-196.
12. Cavalcanti, YW, Lira Júnior, R, Delmondes, LN, Prado, RL, Padilha, WWN. Oral health planning in João Pessoa municipality, Paraíba State. *Dental surgeons as protagonists of Basic Care*. *Acta Od., Health sci*. 2012 jul; dec. 36(4): 221-226.
13. Santos, SV, Casotti, CA, Vilela, ABA, Vieira, SNS, Nery, AV. Dificuldades e facilidades no processo de planejamento em saúde na estratégia de saúde da família. *Rev. Latino-am saúde pública*. 2018 jan-mar; 22(1): 142-152.
14. Pinto LF, Rocha, CMF, Mallmann, CL. O uso de blogs como ferramenta de apoio à gestão em saúde no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Out; 23(10): 3287-3296.
15. Hüb, FC, Nascimento, MC. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. *Physis*. 2011; 21(2): 745-765.
16. Nascimento, AB, Egy, FY. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. *Saúde Soc.* 2017 dec; 26(4): 861-871.
17. Pena, RS, Rolin, RM, Reiber, FID, Santos, MTE, Riquinho, D, Ramos, MR. Care handover to chronic conditions to regionalized planning. *Rev. Gaúcha enferm* 2020; 41(n. spe): 1-8.
18. Penhalva, RC, Milano, E, Hoffmann, JS, Sumicho, CA, Palha, PF. Planning pathways in the transfer of Directly Observed Treatment of Tuberculosis. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2018; 26(e015).
19. Rezende, O D, Masid, EP, Santos, WCF, Rivaúko, DI, Ramos, AR. O trabalho do planejamento municipal a partir da perspectiva dos enfermeiros gestoras. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(2): 1-9.
20. Santos, AF, Machado, ATGM, Reis, CMR, Abreu, DMX, Araújo, LHL, Rodrigues, SC, et al. Institutional and matrix support and its relationship with primary healthcare. *Rev. Saúde Pública*. 2015 aug; 11:49(54): 1-7.
21. Sá, CR, Kuberen, M, Santos, JF, Araújo, MP, Tavares, RFC. Planejamento em saúde local na atenção primária à saúde da família à prática. *Rev. APS*. 2015 jan-mar; 19(1): 90-101.
22. Lowen, IMV, Peres, AM, Reis, CL, Hoff Netto, P, Lacro, NL. Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(5): 945-951.
23. Protti, S, Silva, LMC, Palha, PI, Villa, TCS, Ruffino-Netto, A, Nogueira, W, et al. A gestão da Unidade Básica de Saúde no controle da Tuberculose: um campo de desafios. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010 sept; 44(3): 665-670.
24. Duarte, MLL, Tedesco, IR, Parcianelo, HJ. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2012 dec; 33(4): 111-117.
25. Cruz, MMA, Souza, HRL, Jones, HML, Abreu, DMX, Reis, AC, Gonçalves, AI. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014 oct; 38(n. spe): 124-139.
26. Becker, LA, Loch, MR, Reis, RS. Rameiras percebidas por diretores de saúde para tomada de decisão baseada em evidências. *Rev. Panam Salud Pública*. 2018 mai(03): 4:1-7.
27. Cabreira, LS, Ribeiro, J, Aguiar, WJ, Celeste, DC. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(12): 1-13.
28. Anuncição, FC, Souza, MKD. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. *Rev. baiana saúde pública*. 2011 out-dez; 35(4): 845-858.
29. Wiltoni, DC, Antunes, SR, Percefi, T, Peribóia, LA, Andrade, V. Estratégia Saúde da Família: meetings: an indispensable tool for local planning. *Texto contexto - Enferm.* 2019; 29(20170477): 1-14.
30. Ximenes Neto, FRG, Saripata, JC. Gerentes do nível local na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev. Bras. Enferm.* 2007 dec; 60(6): 687-694.
31. Pinto, IM, Gerhardt, EB. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camacá e Canguçu (RS). *Rev. Am. Pública*. 2013 ago; 47(4): 305-326.
32. Santos, VA, Gurgel Junior, GJ, Gurgel, KL, Facheco, HI, Bezerra, AB. A definição de prioridades de investimento em saúde: um trabalho a partir da participação dos atores na tomada de decisão. *Physis*. 2015 dec; 25(4): 1079-1094.
33. Vilasboas, ALQ, Paiva, E. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública*. 2009 jun; 24(6): 1239-1250.
34. Volpato, L, Meneghim, M, Pereira, A, Ambrosano, LMR. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (DFD). *Cad. Saúde Pública*. 2010 aug; 26(8): 1561-1572.

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO COM OS  
MEMBROS DA GESTÃO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevista nº: \_\_\_\_ Código G \_\_\_\_

Caracterização do participante:

Gênero: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está nesta função? \_\_\_\_\_

Experiência profissional anterior? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Questões direcionadas ao problema de pesquisa:

- 1) Quem se envolve no planejamento das ações de atenção primária desenvolvidas pelas equipes de ESF do município de Santa Maria- RS?
- 2) Como é feito? (periodicidade, baseado em que – diagnóstico da situação de saúde? Indicadores? Pactuações entre gestores? Políticas públicas?)
- 3) Como é avaliado o impacto das ações desenvolvidas?
- 4) Existe discussão com todos os envolvidos no cumprimento das metas pactuadas?
- 5) Como avalia o processo de planejamento no município? Potencialidades/fragilidades
- 6) Tem sugestões para melhorar?
- 7) Alguma questão que gostaria de acrescentar?
- 8) Como gostaria de receber a devolutiva dos resultados desta pesquisa?





**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO COM OS  
PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caracterização do participante:

Gênero: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está nesta função? \_\_\_\_\_

Experiência profissional anterior? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Questões direcionadas ao problema de pesquisa:

- 1) Sua equipe planeja as ações de saúde que desenvolve?
- 2) Quem se envolve nesse planejamento?
- 3) Recebe algum tipo de apoio para este planejamento? Qual? O que pensa a respeito – funciona ou não?
- 4) Que critérios são utilizados para planejar?
- 5) Que instrumentos ou dispositivos são usados planejamento das ações de saúde?
- 6) Que ferramentas ou situações você considera que contribuem para o planejamento das ações na sua equipe de saúde?
- 7) Que situações você considera que dificultam o planejamento das ações na sua unidade de saúde?
- 8) Você ou sua equipe participam das ações de planejamento do município?
- 9) Conhecem os instrumentos de gestão municipais?
- 10) Como acha que deveria ser o planejamento na sua unidade? E no município?
- 11) Alguma questão que gostaria de acrescentar?
- 12) Como gostaria que fosse feita a devolutiva desta pesquisa?



**APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO COM OS  
PROFISSIONAIS DO NASF**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caracterização do participante:

Gênero: \_\_\_\_ idade: \_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está no NASF? \_\_\_\_\_

Experiência profissional anterior? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Questões direcionadas ao problema de pesquisa:

- 1) Como funciona o NASF no município?
- 2) Quantas equipes são apoiadas? Como foram definidas?
- 3) Como é o trabalho do NASF em relação às equipes apoiadas?
- 4) São realizadas ações de planejamento conjunto? Como ocorrem? Quem participa? Periodicidade?
- 5) Que instrumentos ou dispositivos são usados planejamento das ações de saúde?
- 6) Que ferramentas ou situações você considera que contribuem para o planejamento das ações?
- 7) Que situações você considera que dificultam o planejamento das ações?
- 8) Você ou sua equipe participam das ações de planejamento do município?
- 9) Conhecem os instrumentos de gestão municipais?
- 10) Como acha que deveria ser o planejamento nas unidades de saúde? E no município?
- 11) Alguma questão que gostaria de acrescentar?
- 12) Como gostaria que fosse feita a devolutiva desta pesquisa?



**APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO COM OS  
CONSELHEIROS DE SAÚDE**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caracterização do participante:

Gênero: \_\_\_\_ idade: \_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é Conselheiro de Saúde? \_\_\_\_\_

Qual segmento/ instituição representa? \_\_\_\_\_

Ocupa algum cargo no Conselho de Saúde Qual? \_\_\_\_\_

Participou de alguma conferência de saúde? Qual? \_\_\_\_\_

Questões direcionadas ao problema de pesquisa:

- 13) O Conselho Municipal de Saúde participa do planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de ESF do município? De que forma? Periodicidade? Tipo de atividade – reuniões, plenárias, oficinas, etc....
- 14) São realizadas ações de planejamento conjunto com a gestão? Como ocorrem? Quem participa? Periodicidade?
- 15) Que instrumentos ou dispositivos são usados planejamento das ações de saúde?
- 16) Que ferramentas ou situações você considera que contribuem para o planejamento das ações?
- 17) Que situações você considera que dificultam o planejamento das ações?
- 18) Conhecem os instrumentos de gestão municipais?
- 19) Como acha que deveria ser o planejamento nas unidades de saúde? E no município?
- 20) Alguma questão que gostaria de acrescentar?
- 21) Como gostaria que fosse feita a devolutiva desta pesquisa?



**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
FONE: 3921-7201

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

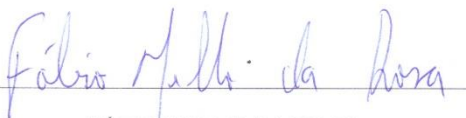
Vimos por meio deste, informar que o projeto intitulado “**Percepções de trabalhadores sobre o planejamento das ações em saúde da família: Desvelando cenários**” de autoria **Terezinha Heck Weiller**, vinculada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, conforme aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo analisar o processo de planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família no município de Santa Maria/RS.

Fui informado pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 31 de janeiro de 2020.



FÁBIO MELLO DA ROSA  
Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria  
Secretaria de Município de Saúde  
Núcleo de Educação Permanente em Saúde  
Fone: 3921-7201





## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DO ESTUDO:** Percepções de trabalhadores sobre o planejamento das ações em saúde da família: desvelando cenários.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller

**INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO:** Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Mestrado em Enfermagem

**TELEFONE E ENDEREÇO POSTAL COMPLETO:** (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26A, sala 1308. CEP 97105-970 - Santa Maria - RS.

**LOCAL DA COLETA DE DADOS:** Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria - RS

Eu, Teresinha Heck Weiller, responsável pela pesquisa “Percepções de trabalhadores sobre o planejamento das ações em saúde da família: desvelando cenários”, e a mestrandia Sharon da Silva Martins, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende analisar o processo de planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família no município de Santa Maria - RS. Acreditamos que ela seja importante pois, apesar de muitos estudos comprovarem a importância do planejamento das ações em saúde, ainda são necessários avanços de modo que os serviços de saúde trabalhem a partir das necessidades de saúde de suas comunidades, não apenas voltados para a abordagem de doenças, mas para uma assistência integral. Também é importante disseminar a cultura de planejamento entre os trabalhadores das equipes de saúde, tendo em vista que estão mais próximos aos usuários e seus contextos, e tem uma rotatividade, em geral, menor do que os ocupantes de cargos de gestão.

A realização deste estudo compreende o uso de duas técnicas de coletas de dados: pesquisa documental, no sistema de informação do município e nos instrumentos de planejamento do SUS disponíveis online; e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores ligados à gestão do município e das equipes de saúde da família do município, além de conselheiros de saúde. Sua participação constará de responder, de livre e espontânea vontade, à entrevista semiestruturada.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: desconfortos físicos, como cansaço, fadiga; desconfortos psíquico, emocional, moral, social e espiritual, como constrangimento, nervosismo, ansiedade, receio

por invasão de privacidade. Os benefícios que esperamos com este estudo são instigar a reflexão dos participantes do estudo acerca de seus processos de trabalho e planejamento, bem como contribuir com a disseminação da

CEP - Avenida Roraima, n. 1000, Prédio da Reitoria, 7º andar, Sala 763 – Cidade Universitária – Bairro Camobi – Santa  
qualquer outro esclarecimento. Isso pode acontecer através de contato com algum dos pesquisadores – Prof.<sup>a</sup>  
Teresinha Heck Weiller, fone (55) 32208027; mestranda Sharon da Silva Martins, fone (55) 999575676) ou com  
o Comitê de Ética em Pesquisa. O referido comitê situa-se na Avenida Roraima, nº 1000, prédio da Reitoria, 2º  
andar, sala Comitê de Ética, telefone (55) 3220 - 9362.

A participação na pesquisa só se dará por livre e espontânea vontade, podendo o sujeito retirar sua  
permissão e cessar a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Em virtude da pandemia de Corona vírus, serão tomadas medidas de precaução de contato – distanciamento  
do entrevistado, uso de máscara, disponibilização de álcool gel e ambiente ventilado.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Em caso  
de algum problema comprovadamente relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita, sob  
responsabilidade dos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente  
decorrentes da participação na pesquisa.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou  
publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o  
sigilo sobre sua participação. As entrevistas serão áudio-gravadas e transcritas, sendo que este material ficará de  
posse do pesquisador responsável, na sala 1308 do prédio 26 A, Centro de Ciências da Saúde, campus da  
Universidade Federal de Santa Maria. Após o período de cinco anos, o material deverá ser descartado de forma  
sustentável para o meio ambiente – papel picado e reciclado.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da  
leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer  
todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária  
e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou  
ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou  
riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso  
minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE \_\_\_\_\_

Santa Maria RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

## ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**TÍTULO DO ESTUDO:** Percepções de trabalhadores sobre o planejamento das ações em saúde da família: desvelando cenários.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller

**INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO:** Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Mestrado em Enfermagem

**TELEFONE E ENDEREÇO POSTAL COMPLETO:** (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26A, sala 1308. CEP 97105-970 - Santa Maria - RS.

**LOCAL DA COLETA DE DADOS:** Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria - RS

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de pesquisa documental em ambiente virtual, na página oficial da Prefeitura e no sistema de informações do município, e de entrevistas semiestruturadas, áudio gravadas e transcritas, na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, no primeiro semestre de 2020.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26A, Departamento de Enfermagem, sala 1308, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresinha Heck Weiller. Após este período os dados serão destruídos, de forma sustentável para o meio ambiente.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da UFSM em ...../...../....., com o número de registro Caae 29914120.9.0000.5346.

Comitê de Ética em Pesquisa  
de registro Caae

Santa Maria, ..... de ..... de 2020.

*Assinatura do pesquisador responsável*