

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

Elisa Rucks Megier

**PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES PARA A 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Santa Maria, RS

2020

Elisa Rucks Megier

**PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES
PARA A 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO
SUL**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Teresinha Heck Weiller
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Laís Mara Caetano da Silva

Santa Maria, RS

2020

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

MEGIER, ELISA RUCKS
PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES
PARA A 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE
DO SUL / ELISA RUCKS MEGIER.- 2020.
91 p.; 30 cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller
Coorientadora: Laís Mara Caetano da Silva
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. Enfermagem 2. Atenção Primária à Saúde 3.
Planificação da Atenção Primária a Saúde 4. Planejamento
em saúde 5. Processo de Trabalho I. Heck Weiller,
Teresinha II. Mara Caetano da Silva, Laís III. 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, ELISA RUCKS MEGIER, 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.

Elisa Rucks Megier

**PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA
A 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem.**

Aprovado em 05 de fevereiro de 2020:

Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)
(Co-orientadora)

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)

Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero, Dra. (EERP-USP)

Santa Maria, RS

2020

DEDICATÓRIA

*Dedico aos trabalhadores e estudantes que, assim como eu, acreditam no
Sistema Único de Saúde brasileiro e em uma
Atenção Básica ordenadora das Redes de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado.*

AGRADECIMENTOS

A escritora Pizzimenti (2018) nos diz que de “retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de “nós”. Nesta trajetória, muitas pessoas contribuíram com retalhos para que a conclusão deste estudo fosse possível.

Dessa forma, agradeço:

À Deus, por me agradecer o dom da vida!

*Àqueles que são sal, fermento e luz: mãe Clarice, pai Osmar e mano Guilherme!
Sem o amor, o carinho e a compreensão de vocês, não saberia entender os mistérios
dessa trajetória, à vocês o meu amor e a minha gratidão!*

*A minha família, em especial, a prima Núbia e ao primo Lissandro por me acolherem
em Santa Maria, à dinda Márcia e a Tia Nena pelas mensagens de carinho e de
preocupação.*

*À professora Teresinha pelo apoio e palavras de sabedoria na condução dessa escrita,
pela paciência e por dar novas cores aos meus “balões/sonhos”! À professora Laís por
ser um ombro amigo ao escutar minhas aflições e conquistas, e por me acolher em suas
disciplinas. E não, poderia deixaria de mencionar a professora Dirce Backes por
apresentar a pesquisa na Enfermagem.*

*Ao Fábio por me apresentar a professora “Terê” e o Grupo de Ensino Pesquisa e
Extensão em Saúde Coletiva, cuja inserção foi essencial para consolidar a escolha
dessa trajetória profissional!*

*Às minhas amigas e colegas Bruna, Évilin, Isa e Jéssica que deixaram essa trajetória
diária mais leve e divertida! Àqueles que mesmo longe, estavam perto: Jaciele, Raquel,
Natasha e Ana, as meninas do “apê 21” Thaís e Aline, à Bruna “da Terê”, Pedro,
Aline, Jeferson, Mirian e a Cléia, que mostravam “vida após o arco”, esperavam com
mate ou acompanhavam-me no RU e tornavam os intervalos mais descontraídos.*

*À família do Núcleo de Educação Permanente em Saúde por sempre me acolherem e
aos profissionais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, representados pela Liliane,
por compreenderem e aceitarem o desenvolvimento desse estudo em seus cenários de
atenção.*

*À(os) acadêmica(os) Duda, Amanda, Luiza, Eduardo e Thaís da “turma da vigilância”,
que me ensinaram a ternura da docência e a sempre “pensar em novas estratégias”.*

*Às professoras Jaqueline, Maria Denise e Sheila por aceitarem ser banca examinadora
e partilharem os seus saberes.*

*Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e a Universidade Federal de Santa
Maria por oportunizarem as ferramentas necessárias para a minha trajetória, uma
educação de qualidade e pública!*

*E a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por financiar esta
etapa pela concessão da bolsa de Demanda Social, código 001.*

E a todos aqueles que, embora não foram nomeados, fazem parte dessa trajetória!

*À todos, por engrandecer minha trajetória com retalhos deixados para mim,
MEU MUITO OBRIGADA!!!*

Sou feita de retalhos...

*Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha
e que vou costurando na alma.
Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me
acrescentam e me fazem ser quem eu sou.*

*Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...
Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma
saudades...
Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais
completa.*

*E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços
de outras gentes que vão se tornando parte da gente
também.
E a melhor parte é que nunca estaremos prontos,
finalizados...
Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.*

*Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte
da minha vida e que me permitem engrandecer minha
história com os retalhos deixados em mim.
Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos
caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.*

*E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar,
um dia, um imenso bordado de "nós".*

(PIZZIMENTI, 2018)

RESUMO

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: Elisa Rucks Megier

ORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

CO-ORIENTADORA: Laís Mara Caetano da Silva

As discussões que permeiam a saúde Brasil voltam-se à sua organização em níveis de atenção, ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravo. Embora tenham sido elaborada distintas estratégias para consolidá-la, destaca-se a Planificação da Atenção à Saúde com o propósito de planejar a atenção à saúde e a construção coletiva de saberes a partir do primeiro nível, a Atenção Básica. **Objetivou-se** analisar o Processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e como **objetivos específicos** conhecer a implementação do Processo da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e a identificar as fortalezas e fragilidades do Processo da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. O estado da arte foi desenvolvido em “Atenção Primária à Saúde: (re)conhecendo trajetória histórica e conceitos”; “Planejamento da Atenção Primária à Saúde: da possibilidade estratégica à garantia da reorientação do cuidado à saúde” e “Planificação da atenção à saúde como ferramenta para o processo de trabalho na Atenção Básica”. Foi conduzido um estudo qualitativo, no cenário de atuação da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; participaram sete gestores, com formação de nível superior e vínculo profissional estatutário que conduziram o processo de implementação da Planificação incluídos pela amostragem de bola de nove. A coleta de dados foi desenvolvida entre os meses de maio a outubro de 2019, através da busca documental e entrevista semiestruturada. Foram seguidas as recomendações éticas das resoluções nº466/2012 e nº580/2018 e aprovado sob parecer nº 3.073.876/2018. Os dados foram analisados pela proposta operativa de Minayo. Os resultados foram agrupados em dois núcleos de sentido: 1) “Planificação da Atenção Primária à Saúde: das Reinvidicações à Implementação” destacando o porquê de ela ser desenvolvida primeiramente na 4ª CRS/RS, a operacionalização em duas etapas e o que ela significou para os profissionais do Grupo Conductor; 2) “Fortalezas e fragilidades da Planificação da Atenção Primária à Saúde” apresentou a Planificação como potente para organização do processo de trabalho, encontro entre os diferentes atores que atuam na Atenção Básica e aprofundou as relações com Instituições de Ensino Superior, das Secretarias Municipais e Estadual, porém foi fragilizada pela incompreensão da totalidade da Proposta e por ter sido “projeto Piloto”, o não posicionamento da Gestão Municipal em assumir a Atenção Básica como ordenadora da Rede de Atenção e a falta de avaliação e monitoramento deste processo. Portanto, a Planificação da Atenção Primária à Saúde mobilizou gestores, profissionais da saúde e usuários de dezessete municípios que integram à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, oportunizando momentos de discussão, reflexão e de qualificação das ações e serviços desenvolvidos nos serviços de atenção básica. Embora, essa Proposta não tenha sido identificada como um processo inovador, teve como mérito a sistematização do conhecimento produzido, conformando-se num dispositivo de apoio para a gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Cabe destacar que a Planificação implementada na primeira etapa na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul não atingiu seus pressupostos iniciais de redefinir fluxos e pactuar as Redes de Atenção à Saúde por um conjunto de fragilidades. Desta forma, há necessidade de continuidade de estudos que possam avaliar a sua efetividade e consolidá-la como dispositivo de gestão das Redes de Atenção à Saúde.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Planejamento em saúde; Planificação da Atenção Primária a Saúde; Processo de Trabalho.

ABSTRACT

PLANNING PRIMARY HEALTH CARE: CONTRIBUTIONS TO THE 4TH REGIONAL HEALTH COORDINATION OF RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Elisa Rucks Megier
SUPERVISOR: Teresinha Heck Weiller
CO-SUPERVISOR: Laís Mara Caetano da Silva

The discussions that permeate health in Brazil focus on its organization in terms of care, the development of health promotion and disease prevention actions. Although different strategies have been developed to consolidate it, Health Care Planning stands out with the purpose of planning health care and the collective construction of knowledge from the first level, Primary Care. The **objective** was to analyze the Primary Health Care Planning Process in the 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul and as **specific objectives** to know the implementation of the Primary Health Care Planning Process in the 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul and to identify the strengths and weaknesses of the Primary Health Care Planning Process in the 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul. The state of the art was developed in "Primary Health Care: (re) knowing historical trajectory and concepts "; "Planning of Primary Health Care: from the strategic possibility to ensuring the reorientation of health care" and "Planning of health care as a tool for the work process in Primary Care". A qualitative study was conducted, in the context of the 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul; seven managers participated, with higher education and a statutory professional bond who led the process of implementing the Planification, including the sampling of nine balls. Data collection was developed between the months of May to October 2019, through documentary search and semi-structured interview. The ethical recommendations of resolutions n° 466/2012 and n° 580/2018 were followed and approved under opinion n° 3,073,876/2018. The data were analyzed using Minayo's operative proposal. The results were grouped into two cores of meaning: 1) "Planning of Primary Health Care: from Claims to Implementation" highlighting why it was first developed in 4thCRS / RS, the operationalization in two stages and what it meant for the Conductor Group professionals; 2) "Strengths and weaknesses of Primary Health Care Planning" presented Planning as a powerful tool for organizing the work process, a meeting between the different actors who work in Primary Care and deepened relations with Higher Education Institutions, Municipal Secretariats and However, it was weakened by the lack of understanding of the entire Proposal and because it was a "Pilot project", the non-positioning of Municipal Management in assuming Primary Care as the organizer of the Care Network and the lack of evaluation and monitoring of this process. Therefore, the Primary Health Care Planning mobilized managers, health professionals and users from seventeen municipalities that are part of the 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul, providing opportunities for discussion, reflection and qualification of the actions and services developed in primary care services. Although this Proposal was not identified as an innovative process, it had the merit of systematizing the knowledge produced, becoming a support device for the management of State and Municipal Health Departments. It should be noted that the Planning implemented in the first stage in 4th Regional Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul did not reach its initial assumptions of redefining flows and agreeing on Health Care Networks due to a set of weaknesses. Thus, there is a need for continuity of studies that can assess its effectiveness and consolidate it as a management device for Health Care Networks.

Key words: Primary Health Care; Nurse; Health planning; Primary Health Care Planning; Work process.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01 Linha do tempo da Planificação da Atenção à Saúde
Figura 02 Municípios que pertencem à 4ª CRS/RS
Figura 03 Síntese da proposta operativa de análise qualitativa
Figura 04 Municípios que aderiram ao Processo de Planificação da Atenção à Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

4 ^a CRS/RS	4 ^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul
6 ^a RS/RN	6 ^a Região de Saúde do Rio Grande do Norte
AEE	Atenção Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CENDES	Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CGR	Colegiados dos Gestores Regionais
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cru
GEPESC	Grupo de Ensino Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva
LAPA	Laboratório de Planejamento
MAAP	Método Altadir de Planejamento Popular
NASF	Núcleos de Apoio à Família
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NURAS	Núcleo Regional de Ações em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PAAE	Planificação da Atenção Ambulatorial Especializada
PAPS	Planificação da Atenção Primária à Saúde
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
ZOPP	Planejamento por Projetos Orientado por Objetivo
PCATool BRASIL	Primary Care Assessment Tool versão Brasil
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
ZOOP	Planejamento por Projetos Orientado por Objetivo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 ESTADO DA ARTE	21
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: (RE)CONHECENDO TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CONCEITOS	21
3.2 PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DA POSSIBILIDADE ESTRATÉGICA À GARANTIA DA REORIENTAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE.....	27
3.3 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA	36
4 PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	41
4.2. CENÁRIO	41
4.3 PARTICIPANTES.....	43
4.4 COLETA DOS DADOS.....	44
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	47
5 RESULTADOS	49
5.1 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DAS REIVINDICAÇÕES À IMPLEMENTAÇÃO	49
5.2 FORTALEZAS E FRAGILIDADES DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	57
6 DISCUSSÃO	63
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	85
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	88
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	89

APRESENTAÇÃO

Em Alice no País das Maravilhas, autoria de Lewis Carrol, há um trecho em que Alice questiona o Gato Cheshire de qual caminho ela deveria seguir e obteve como resposta que dependeria muito do lugar que ela queria ir e, caso não soubesse, qualquer caminho poderia servir. Em analogia a esta literatura, a escolha pelo Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, não surgiu de escolhas que poderiam me levar a qualquer caminho, mas fruto de uma trajetória acadêmica planejada e idealizada e que segundo Pizzimenti (2018) são “pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma” necessários para este percurso.

Este iniciou ao cursar Enfermagem na Universidade Franciscana, no período de 2013 a 2017, e fazer a descoberta das diversas possibilidades de atuação do núcleo profissional da Enfermagem. Oportunidades que me levaram a inserção em Grupo de Pesquisa da professora Dirce Stein Backes e despertou o interesse em participar de Projetos voltados para o Sistema Único de Saúde, de Atenção Básica, do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/GraduaSUS, participação em eventos e a realização de mobilidade acadêmica.

O desenvolvimento Estágio Curricular, no segundo semestre de 2016, no Núcleo de Educação Permanente em Saúde do município permitiu ampliar algumas concepções e pré(conceitos). Os quais discorriam desde a organização da atenção à saúde no município, do processo de trabalho e dos movimentos que envolvem este campo, possibilitando compreender as potencialidades e fragilidades que permeiam a Saúde e consolidando os desejos de atuar na Atenção Básica, fomentado a continuidade dos estudos. Neste cenário, participei da implementação da Planificação da Atenção Primária à Saúde e, em uma tarde chuvosa de sexta-feira, lembro que o Fábio, preceptor do estágio, questionava a mim e a colega Matielle: “gurias, o que vocês vão fazer depois? Não teriam interesse de participar do grupo de pesquisa da prof Terê?”.

A partir deste convite, fui apresentada a prof. Terê e ao seu grupo de pesquisa e, a partir do segundo semestre de 2016, iniciei minha participação no Grupo de Ensino Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GEPESC) e tive a oportunidade de inserir nos projetos em andamentos. Dentre eles, o Projeto do PCATool e que me motivou a definir a área que iria seguir, a saúde pública, e ingressei no primeiro semestre de 2018 no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF/UFSM).

O mestrado possibilitou acompanhar alunos em Campos práticos na Atenção Básica, atuar como tutora da Planificação em uma Unidade de Saúde, aplicação de Checklist e construção de Relatórios de Avaliação de Saúde do Município de Santa Maria. Vivências e experiências que contribuíram significativamente para a condução do estudo.

1 INTRODUÇÃO

O debate da Atenção Primária à Saúde (APS) volta-se à organização da atenção a partir do primeiro nível, potencializando a promoção da saúde e prevenção de agravos, a fim de superar o cuidado pautado no modelo hegemônico biomédico. Dentre os movimentos mundiais que ascenderam estas reflexões, destaca-se o Relatório Dawson, em 1920, e a Conferência de Alma-Ata, em 1978. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, as discussões da APS foram fomentadas pelo Movimento da Reforma Sanitária (RSB) durante as décadas de 70 e 80 e incorporados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, oportunidade em que se apresenta o Sistema único de Saúde (SUS) (PAIM, 2018; VASCONCELOS, PASCHE, 2012). Este foi organizado em princípios e diretrizes que visam a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização, a hierarquização e a participação social, aprovado na Constituição Federal do Brasil de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/1990 (ANDRADE, et al 2015; BRASIL, 1988, 1990, 2011).

No Brasil, o primeiro nível de atenção à saúde é denominado de Atenção Básica (AB) e refere-se ao conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que envolvem os cuidados à saúde, definindo-a como ‘porta de entrada’ do sistema, que ordene e coordene o cuidado aos usuários nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017). A autora Giovanella (2018) verifica que a utilização dos termos se alinha as discussões da literatura e da experiência internacional no que se refere aos sistemas universais. Embora os conceitos oponham-se ao modelo hegemônico, a APS traduz um modelo de cobertura universal expresso por uma “cesta de cuidados básicos selecionados” e a AB de um sistema público universal que garanta o “acesso universal com equidade conforme necessidades, independente da renda, em sistemas públicos universais de saúde” (GIOVANELLA, 2018, p. 2). Neste estudo, por opção teórica, será utilizado o termo Atenção Básica.

Os Programas de Agente Comunitário da Saúde, Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família em (ESF) incorporaram os princípios e diretrizes do SUS (VASCONCELOS, PASCHE, 2012). A AB vem incorporando, nas últimas décadas, tecnologias, indicadores epidemiológicos, transferências de recursos e métodos de programar e planejá-la como porta de entrada, centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações. (ANDRADE, et al, 2015; BRASIL, 2017; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, definiu como estratégia prioritária a Saúde da Família e de acesso preferencial dos usuários às ações e serviços de saúde, assim como redefiniu as equipes, subsidiou o processo de trabalho e reconfigurou as diferentes modalidades de serviços ofertadas (BRASIL, 2009; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Ações que resultaram na redução da mortalidade infantil, diminuição das internações por condições sensíveis e na ampliação do acesso aos serviços de saúde, em especial às populações vulneráveis (ANDRADE, et al, 2015; LIMA, COELHO, COELI, 2018; MENDES, 2013).

Em 2011, a PNAB ampliou o rol de ações e serviços a serem ofertados na AB, as quais encontram barreiras no Sistema de Saúde de ordem estrutural e econômica. Neste sentido, Lavras (2011) destaca as múltiplas realidades encontradas nos municípios brasileiros, gráficas, as ações de saúde centradas no modelo hospitalocêntrico, a fragmentação da oferta de ações e serviços e a baixa capacidade de resposta aos novos agravos.

A PNAB de 2017 agrava este cenário, à medida que acentua o subfinanciamento do Sistema de Saúde e propõe a oferta de um cardápio mínimo de ações em saúde, aproximando-se de uma AB com caráter seletivo e excludente (BRASIL, 2017; GIOVANELLA, 2018; MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018; PAIM, 2018). Fazendo parte deste contexto a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, que congelou os investimentos de saúde e projeta um cenário de restrição à manutenção e expansão da AB. (DUARTE, EBLE, GARCIA, 2018; LIMA, CARVALHO, COELI, 2018).

Dentre as possibilidades de garantir os princípios e diretrizes do SUS, Kalichman e Ayres (2016) sinalizam a organização de arranjos institucionais de gestão como as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas, fundamentadas no planejamento estratégico e na construção coletiva (MENDES, 2010). Esta, definida como a organização poliárquica de conjuntos de serviços de saúde, as RAS aproximam-se através de ações cooperativas e interdependentes entre os níveis de atenção primário, secundário e/ou terciário (MENDES, 2010).

Lapão e colaboradores (2018) apontam a potencialidade de se investir na AB para que esta assuma a coordenação do cuidado na RAS. As quais são organizadas a partir das diretrizes promulgada pela Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no SUS, e são apontadas na literatura como um caminho possível, desde que não esteja desvinculada com as demais práticas que já estão implementadas no SUS (BRASIL, 2010; KALICHMAN, AYRES, 2016).

Dentre as diretrizes para a organização da RAS, destaca-se o fortalecimento da AB como coordenadora do cuidado e organizadora da Rede de Atenção. Os autores Magalhães Junior e Pinto (2014) pressupõe que para ser “ordenadora” há planejamento dos recursos, das ações e serviços como o Requalifica UBS que ampliou a rede de UBS e a implantação do acolhimento que qualificou o acesso levando-se em conta as necessidades de saúde da população. Os autores pontuam que a coordenação do cuidado objetiva dar continuidade as ações de saúde propostas pelos profissionais nos diferentes serviços de atenção à saúde.

Para que seja potencializada, foi proposto a realização de oficinas macrorregionais sobre RAS e da Planificação da Atenção Básica em Estados e Municípios. Objetivando, desta forma, ampliar a compreensão da sua organização, qualificar o planejamento do Sistema de Saúde e ampliar o escopo de atuação da AB, a partir da reorganização do processo de trabalho nos territórios (BRASIL, 2010).

Essa proposta decorre de uma construção iniciada em 2004 no município de Belo Horizonte, em Minas Gerais, a qual buscava organização das ações de Saúde Mental. Este movimento aprimorou-se e, através do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) vem sendo desenvolvida em mais de 25 regiões de saúde nos Estados de Minas Gerais, Paraná, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rondônia, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal (BRASIL, 2018a).

No Rio Grande do Sul, o primeiro movimento da PAS ocorreu em 2015 na 4ªCRS/RS e foi considerado “Projeto-Piloto da Planificação”, expandido posteriormente para outras Regionais de Saúde, denominado de Planificação da Atenção Primária à Saúde. A proposta de trabalho objetivava a resolução da sobrecarga dos serviços ambulatoriais e hospitalares da RAS, tendo como estratégia, a organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, contribuindo para a (re) definição de fluxos e a pactuação das Redes de Atenção à Saúde. Desenvolvidas em oficinas teóricas, atividades de dispersão e tutoria mensal *in loco* em Unidades de Saúde, chamadas Unidades Laboratórios da Planificação (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Este tema suscitou identificar, na literatura, estudos que se relacionam a essa temática. Megier e colaboradores (2019) identificaram dois trabalhos completos, quatro resumos de eventos, três artigos, duas dissertações de mestrado profissional e materiais institucionais desenvolvidos pelo CONASS, em parceria com o Ministério da Saúde, os quais desenvolvem a Planificação da Atenção à Saúde.

As dissertações foram recuperadas no Portal de Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), apontam

que o primeiro estudo foi conduzido por Oliveira Junior (2014) e objetivou avaliar os significados e sentidos das Oficinas de Planificação na ótica dos gestores municipais e facilitadores institucionais. O segundo estudo, conduzido por Nícola (2018), construiu e validou um instrumento para avaliar as oficinas do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Considerar a estratégia da Planificação da Atenção à Saúde e dispor de um conjunto de atividades para fortalecimento do SUS é necessário e favorável para provocar mudanças. Essas, relacionadas a forma com que os serviços de saúde são percebidos ofertados, na força de trabalho, objetivando tencionar modificações no financiamento e mudanças na forma de conduzir a Gestão da Atenção à Saúde, em especial nas Redes de Atenção.

A proposta do estudo, está em conformidade com o terceiro objetivo de Desenvolvimento Sustentável da OMS que propõe garantia de uma vida saudável, promover o bem-estar para todos e possibilitar o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade (PNUD, 2016). Ademais, convergem com a Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, no eixo nove dos Programas e Políticas em Saúde de avaliação da oferta de ações e serviços de saúde na APS (BRASIL, 2018b).

Frente ao exposto, tem-se como **objeto** de pesquisa o processo de implementação da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ª CRS/RS, e **questão norteadora** como foi implementada a Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ª CRS/RS?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ª CRS/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a implementação do Processo da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS;

Identificar as fortalezas e fragilidades do Processo da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS.

3 ESTADO DA ARTE

A apresentação do Estado da Arte nesta dissertação foi desenvolvida a partir da Revisão de Literatura: 1) ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: (RE)CONHECENDO TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CONCEITOS; 2) PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DA POSSIBILIDADE ESTRATÉGICA À GARANTIA DA REORIENTAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE; 3) PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE COMO FERRAMENTO PARA O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: (RE)CONHECENDO TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CONCEITOS¹

Atenção Primária à Saúde: de Dawson à Alma Ata

A Atenção Primária à Saúde, atualmente, é reafirmada mundialmente como um modelo de assistência ordenadora do cuidado à saúde da população, no entanto, concepção advém de uma trajetória histórica, de construção e desconstrução de conceitos. A primeira aproximação com a APS foi descrita no Relatório Dawson em 1920, no Reino Unido, como uma forma de organização integral, regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde de assistência primária, secundária e terciária nos hospitais de ensino (OPAS, 2007).

Starfield (2002) e Mendes (2005) apontam o Relatório Dawson como um “clássico documento” que sinalizou as funções de cada nível da APS a partir das necessidades da população. Apesar dessa conceituação fomentar os demais Sistemas de Saúde no mundo, a concepção de saúde estava fortemente associada ao reducionismo biológico, centrado na atenção curativista e individual de médicos, proposta pelo Modelo Flexneriano de Saúde (MENDES, 2015).

Entre as décadas de 1920 a 1970 o cenário político mundial estava desfavorável às discussões relacionadas à saúde e concentravam-se, principalmente, nas ditaduras e pelo domínio do poder bélico e de capital (STARFIELD, 2002; OPAS, 2007; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012). As discussões voltadas à saúde foram retomadas a partir da criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, voltando-se

¹ Esta reflexão foi publicada periódico International Journal of Development Research, volume 09, edição 11, páginas 31155-31158, no mês de novembro de 2019, disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/17107_0.pdf>.

à medicina de família e comunidade, desencadeando novos processos e pressões aos Órgãos Mundiais a intervir na atuação à saúde. Em resposta, durante a década de 1960, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu alguns programas e intervenções para erradicar doenças transmissíveis, como a malária, e combater o combate às endemias na África e na América Latina, especialmente.

Estes, porém, eram verticais, direcionado a determinada população e patologias além de estarem associadas ao modelo médico hegemônico especializado e intervencionista (OPAS, 2007; STARFIELD, 2002). As intervenções propostas, no entanto, não correspondiam às necessidades das populações desarticuladas às práticas populares e autonomia das pessoas em relação a sua saúde. Essas foram inspiradas nas práticas dos “médicos descalços chineses” e difundidas mundialmente pela Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

Tal contexto favoreceu a realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em 1978, realizada pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e com sede na cidade de Alma Ata na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Contou com a participação de 134 governos, e algumas não adesões de representações relacionaram-se aos conflitos históricos, financeiros e bélicos, a exemplo do Governo Chinês que propôs a Conferência, porém, não participou. A Declaração de Alma Ata, documento resultante da Conferência, foi ratificado em 1979 pela Assembleia Geral da OMS e, nesta oportunidade, foi lançado a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000, marco legal orientador para os estados-nações conformarem os seus sistemas nacionais de saúde (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; OPAS, 2007; OMS, 2008).

Atenção Primária à Saúde: de Alma Ata à Astana

As discussões em Alma Ata relacionaram-se às altas desigualdades, desenvolvimento econômico e social, focalizando na realização da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Esta objetivou atingir um nível de saúde e vida social, economicamente produtiva com participação individual e coletiva, que envolva no planejamento dos cuidados à saúde e definiu o conceito de saúde (OPAS, 2007; OMS, 2008):

Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer

a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (OMS, p. 01, 1978).

Discutiram-se as relações dos governos em formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde, por meio da vontade política, mobilização de recursos do país e dos recursos externos disponíveis (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Os cuidados primários foram definidos pela OMS (1978, p.01) como “essenciais à saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis (...) representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade ”

A Conferência ressaltou a participação de governos, organizações, entidades e agências financeiras para efetivar e apoiar como compromisso os cuidados primários. Algumas das entidades que participaram da Conferência criticaram a Declaração pelo caráter abrangente e pouco propositiva da APS diante de um contexto internacional de baixo crescimento econômico e governos conservadores (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OPAS, 2007; OMS, 2008). Decorrente disso, em 1980, definiu a APS Seletiva como um “pacote” de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países em desenvolvimento a fim de acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, na desidratação oral, no aleitamento materno, nas imunizações, suplementação alimentar, alfabetização feminina e no planejamento familiar (OMS, 2008).

Essas intervenções apresentaram-se resolutivas e com um bom custo-benefício, porém, desconsideraram a garantia das necessidades básicas e questões políticas socioeconômicas para a melhoria da situação de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Essas compreensões suscitaram movimentos sociais a discutir a saúde como um direito humano, de reduzir as desigualdades sociais e garantir a equidade em saúde, por meio de políticas de desenvolvimento inclusivas por compromissos financeiros e de legislação.

Desta forma, em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) impulsionaram um movimento de Renovação da APS para fortalecê-la. Em 2005, foi lançado o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” defendendo a necessidade de se alcançar a atenção universal e abrangente (OPAS, 2007; OMS, 2008). Em 2008 a OMS, em alusão às comemorações dos “30 anos da Declaração de Alma Ata”, divulgou-se o Relatório “Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008). A fim de impulsionar e revitalizá-la, conforme Giovanella e Mendonça (2016, p.21):

Como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa ‘pobre para pobres’; integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social.

Como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde e garantia da APS, propôs-se orientá-la por meio dos Atributos Essenciais da APS, proposto por Starfield (2002). Enfatiza-se uma APS voltada para a comunidade, centrada no cuidado à família, com ‘competência cultural’ de comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais. Esses atributos são definidos como as características necessárias para desenvolver a APS abrangente e coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002; OMS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nessa perspectiva, aponta-se que os Sistemas de Saúde orientados pelos Atributos da APS são resolutivos e associam-se a resultados eficientes, gerando impactos positivos em indicadores da situação de saúde, além de demonstrarem a redução de custos em procedimentos e medicamentos, quando os recursos adequados são repassados à APS (STARFIELD, 2002). Destaca-se que, quando fortalecida, a APS pode resolver de 80% a 90% dos problemas de saúde de uma população. Compromisso que foram reafirmados na Declaração de Astana, na Conferência Global sobre Atenção Primária, em 2018 na cidade de Astana (WHO, UNICEF, 2018).

Atenção Primária à Saúde no Brasil

Paralelamente aos desdobramentos internacionais, no Brasil também ocorreram momentos significativos na definição da APS no seu sistema de saúde. Enquanto era lançado o Relatório Dawson no início do século XX, a saúde brasileira era desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, na organização de serviços de profilaxia, de caráter curativo e individual na saúde pública, principalmente na população urbana. (OPAS, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015).

Na década de 70, do século XX, houve um aprofundamento da crise econômica e aumento das dificuldades dos sistemas sociais e de saúde, emergindo financiamento de organismos internacionais para implementar práticas de medicina comunitária e reformas nas estruturas assistências à saúde. As propostas foram desenvolvidas pelas Universidades por meio de atividades de extensão acadêmica e por disparar o debate nacional sobre as discussões de APS da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, a qual o governo brasileiro não participou (OMS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Desta forma, a APS entra na agenda brasileira na criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Neste contexto, surgiu a expressão AB para se referir a ações e intervenções com base no que foi proposto como APS na Declaração de Alma Ata. Porém, não há um consenso entre autores ou o real motivo que pelo qual convencionou-se assumir a denominação “AB”, indícios apontam essa nomenclatura como uma opção ideológica contra ao caráter seletivo que tomou a APS após a definição de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países em desenvolvimento, em 1980 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Desenvolvia-se nesse contexto a RSB, um movimento para reorganização dos serviços básicos por meio da unificação do sistema de saúde e da valorização do primeiro nível de atenção. O movimento envolveu estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social e técnicos dos ministérios setoriais. Esse processo, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo de saúde promulgado na Constituição Federal do Brasil de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990; (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015).

A expansão dos cuidados primários repercutiu nos Programas de Saúde da Família (PSF) do mesmo, os quais objetivam as proposições da APS abrangente, ao invés da APS seletiva. O PSF se caracterizou como uma estratégia de integração e promoção de atividades em determinado território para enfrentar a resolução de problemas. Já a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, apesar de ser desenvolvida nos pressupostos da APS seletiva, impactou positivamente na redução da mortalidade infantil e no empoderamento de mulheres da área rural e foi expandida a fim de consolidar-se como atividade de Atenção Primária à Saúde (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

Os modelos de PSF/PACS demonstraram-se resolutivos e foi acelerada em municípios de pequenos portes com baixa capacidade instalada, ao contrário dos municípios de grande porte, com alta concentração demográfica e oferta assistencial privada. Essas ações, não foram suficientes para desvincular-se da APS seletiva e consolidar os princípios e diretrizes do SUS. Implementou-se um modelo voltado à Saúde da Família para aproximar-se da APS abrangente. (OPAS, 2007; OMS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Diante desse contexto, o Ministério da Saúde aprova em 2006 a Política Nacional de AB. Esta ampliou a concepção e incorporou os atributos da APS abrangente e a definiu como porta de entrada preferencial do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Para ampliar a resolutividades as Equipes de Saúde Família (EqSF) e diminuir tais contradições, em 2008 o Ministério da Saúde idealiza e incentiva financeiramente a criação de Núcleos de Apoio à Família (NASF) como apoio matricial. (BRASIL, 2011; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; MENDES, 2015). A sistematização de outras maneiras de implementação da APS foi ampliada na segunda Edição da PNAB, em 2011.

Nessa, definiu-se a organização territorial da APS como porta de entrada, ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado à Saúde. A RAS é pontuada por Mendes (2015) como como arranjos organizativos entre os Serviços de Saúde, e que serão desenvolvidas as diferentes ações de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado por meio de sistemas de apoio e de gestão.

A OPAS (2018), na versão preliminar do “Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?”, destaca que dentre essas barreiras, o principal problema do Sistema está relacionado ao financiamento e a insuficiência de recursos públicos disponíveis para sua consolidação. Dentre as estratégias propõem-se a ampliar e consolidar as ESF, bem como os atributos essenciais e derivados da APS, qualificação profissional em relação às tecnologias de cuidado e desenvolvimento de um sistema de regulação centrado na APS.

Tais estratégias, no entanto, vão de encontro às proposições da terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, promulgada em um cenário político desfavorável à defesa da saúde, o qual encontra-se em instabilidade política, econômica e de austeridade fiscal (GUIMARÃES, 2016; MOROSINI, FONSECA, 2018). Na “nova” PNAB, a perspectiva de realização e procedimentos como capacidade de resolução, retomando o caráter de uma APS seletiva. Ademais, admite uma equipe mínima de AB e/ou Saúde da Família, recua a presença de ACS's, diferenciação no regime de trabalho, na carga horária e no vínculo dos profissionais.

3.2 PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DA POSSIBILIDADE ESTRATÉGICA À GARANTIA DA REORIENTAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE

A efetivação do setor saúde no cenário mundial e brasileiro foi motivada pelo engajamento de diversos setores sociais para atender as necessidades de saúde, demandando conhecimento do campo do Planejamento para a sua efetivação. O Planejamento tem origem no setor produtivo e faz parte de um conjunto de funções administrativas que, também envolvem a organização, a direção e o controle, originados do processo administrativo (PAIM, 2006).

Dentre os expoentes, Peter Drucker é considerado um referencial ao delinear que “o planejamento não diz respeito às decisões futuras, mas às implicações futuras das decisões presentes” (DRUKER, 2003, p. 131), o qual focaliza o aumento da produtividade e racionalidade econômica, por meio de mudanças. Para Chiavenato (2014), o planejamento é uma função administrativa com etapas e características definidas. Com ele, determinam-se quais serão os objetivos e o que deve ser feito para alcançá-los de modo antecipado, propositivo e vinculado as demais funções. Isso implica em “não adivinhar o futuro” e a não ter uma “mentalidade simplista de solução de problemas”. Logo, consiste numa técnica orientada para a totalidade, unidade ou tarefa de uma organização, esta, compreendida como um conjunto de pessoas com finalidade, propósito e objetivos comuns.

A finalidade do planejamento é apontado por Chiavenato (2014) para determinar o quê, como, quem, quando e se alcançará a ideia ou o objetivo proposto. Para norteá-lo, são sugeridos a definição do objetivo e a flexibilização a situações futuras e não previstas, princípios tomados como universais. Associam-se as características de ser um processo permanente, contínuo, sistêmico, interativo, cíclico, de alocação de recursos, voltado para o futuro, visando à racionalidade da tomada de decisão e a um curso específico de ação. Desta forma, convém nomear três etapas para o Planejamento, a primeira para estabelecer objetivos, a segunda para a tomada de decisão e, por fim, na terceira, a elaboração de um plano. Para o acompanhamento e controle destas etapas são utilizados instrumentos como o Cronograma, Gráfico de Gandt ou a Técnica de Revisão e Avaliação (PERT) (CHIAVENATO, 2014).

O Planejamento não se restringe às atividades do setor produtivo, setor primário, mas transpondo-se aos serviços do setor terciário, sendo incorporado no setor da Saúde. Planejar no âmbito da saúde é um desafio complexo, seja pelo modo como as organizações de saúde são constituídas ou nas atividades a serem desenvolvidas. Neste

cenário, articulam-se as diferentes configurações de unidades e centros de saúde, assim como programas e serviços de saúde a serem desenvolvidos com a população. Para Paim (2006), o fazer planos e não improvisar potencializa o alcance dos objetivos, reduzindo as incertezas no processo de decisão e garante as diretrizes para que as ações sejam desenvolvidas.

Na área da Saúde Coletiva, na perspectiva de ação social, a origem do planejamento está vinculada às questões históricas do início do século XX, decorrentes das novas formas de organização da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em que se contemplou um plano geral, adaptado às condições locais de cada República Socialista (PAIM, 2006). Os países em oposição às ideologias da URSS, recorreram à proposta de planejar somente após a Crise do Capitalismo em 1929, a Inglaterra elaborou o Plano Beveridge em 1943, e os Estados Unidos com o Plano Marshall, em 1948, para a reconstrução europeia (PAIM, 2006).

Neste contexto, instalou-se a Organização das Nações Unidas (ONU), e, conseqüentemente, a OMS, legitimando o uso do Planejamento Governamental. Implicando na operacionalização das decisões decorrentes das discussões relacionadas ao âmbito da saúde, que se voltavam à medicina de família e comunidade, erradicar doenças transmissíveis e ao combate de endemias (PAIM, 2006; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

Esses investimentos econômicos, chegaram na América Latina, impactando na saúde de forma pontual e seletiva. No entanto, a crescente demanda das necessidades de saúde, sociais e humanas não eram acompanhadas com os recursos econômicos levando à busca de um método que garantisse a identificação dos problemas e oportunidades de reorientar as ações do Estado aos serviços de saúde. Contemplada no Programa pela Aliança pelo Progresso, decorrente da Carta de Punta Del Leste e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (PAIM, 2006; RIVERA, ARTMANN, 2010; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A OPAS, em parceria com o Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social da Universidade Central da Venezuela (CENDES), elaborou em 1965, um método de programa para a saúde, conhecido como CENDES/OPAS, passando a ser marco para o Planejamento em Saúde na América Latina. Estruturado no planejamento normativo que defendia a eficiência econômica, otimização de recursos e a garantia do “custo-benefício, limitando-se a encontrar as técnicas mais eficientes e pelo único ator, o Estado. Desconsiderando aspectos políticos no processo de formulação dos planos e objetivos, o

método CENDES/OPAS foi inviabilizado em decorrência do seu alto caráter normativo (PAIM, 2006; RIVERA, ARTMANN, 2010);

Nos anos de 70 e 80 do século XX, desenvolvia-se o pensamento estratégico que se contrapõe à formulação normativa dos planos de saúde, com processos interativos, considerando os vários atores e a viabilidade política (LACERDA, BOTELHO, COLUSSI, 2016). A América Latina, neste contexto, vivenciava um período de ditaduras e novas conformações políticas que não permitiam a intervenção social, o compartilhamento e a visão plural de poder. No contexto mundial, eram realizadas discussões na Conferência em Alma Ata sobre a garantia de uma Atenção Primária Abrangente, porém, consolidou-se uma Atenção Primária Seletiva (RIVERA, ARTMANN, 2010; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

Dentre as correntes do planejamento estratégico, Lacerda, Botelho e Colussi (2016) apontam três vertentes de autores latino-americanos. A primeira de Mário Testa com a Formulação do Pensamento Estratégico, o Postulado de Coerência e a Proposta de Diagnóstico; a segunda de Carlos Matus e sua proposta do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a terceira de Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barreneche na tentativa de atingir as Metas Saúde Para Todos da OMS com o plano de ação da Escola de Medellin (PAIM, 2006). Na década de 90, do século XX, os autores destacam o surgimento de uma nova vertente; o Planejamento Estratégico Comunicativo, o qual propôs uma versão mais comunicativa, orientada na busca do entendimento e na legitimidade dos planos.

Dentre essas vertentes, o PES de Carlos Matus é o mais utilizado e, influenciou o movimento sanitário brasileiro. A idealização do método, de PES, decorre das suas vivências com o método CENDES/OPAS e como Ministro da Economia do presidente do Chile, em 1982 (RIVERA, ARTMANN, 2010). Matus (1984) define o planejamento como:

Porque planificación no es otra cosa que intentar someter a nuestra voluntad el encadenado de acontecimientos cotidianos que, al final, fijan una dirección y una velocidad al cambio que inevitablemente experimente un país a causa de nuestras acciones. Pero no sólo de nuestras acciones. Los otros también intentan conducir, y a veces con más éxito que nosotros. (MATUS, p. 3, 1984).

Suas reflexões pressupõem que, para a resolução dos problemas de saúde é necessário considerar o contexto social, os atores envolvidos e aquele que planeja não se desvincula da realidade e reconhece a complexidade que envolve a estrutura de poder. Para isso, além do PES desenvolveu métodos complementares como o de Planejamento

por Projetos Orientado por Objetivo (ZOPP) e o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP) (RIVERA, ARTMANN, 2010).

O PES é realizado a partir de problemas que decorrem de múltiplas dimensões sejam política, econômica, social, cultural, dentre outras. Para compreendê-lo se faz necessária a utilização de conceitos como o Triângulo de Governo, Estratégia, Situação, Ator Social e Problema. O “**Triângulo de Governo**”, elemento central no PES, é estruturado pelo projeto de governo, o qual é compreendido como o plano para atingir determinado objetivo, a capacidade de governo que se refere aos métodos e habilidades para implementar o plano, e a governabilidade responsável pelas variáveis de recursos a serem implementados. Esses devem coexistir em equilíbrio, auxiliando na reflexão e posição de como se desenvolve o processo de planejamento (LACERDA, BOTELHO, COLUSSI, 2016; RIVERA, ARTMANN, 2003).

A **Estratégia** é necessária para alcançar os objetivos propostos, enfrentando os conflitos que possam surgir decorrentes das visões dos diversos atores sociais. Para Paim (2006) ser estratégico é checar todas as oportunidades, fragilidades, fortalezas e/ou ameaças. A **Situação** é um espaço socialmente produzido pelos diversos atores, no qual a interpretação da realidade é considerada. A **análise da situação** fica condicionada a “quem”, “porque” e “de que posição” (LACERDA, BOTELHO, COLUSSI, 2016; RIVERA, ARTMANN, 2003).

O **Ator Social** pode ser uma pessoa ou um conjunto de pessoas que atuam em determinada situação para transformá-la. Este deve ser capaz de propor intervenções, mobilizar recursos e executar o que foi objetivado. O **Problema** é definido como uma situação insatisfatória que se acumula e torna-se indesejada, a partir da visão do ator social (LACERDA, BOTELHO, COLUSSI, 2016; RIVERA, ARTMANN, 2003).

O PES compreende quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. O momento explicativo refere-se ao diagnóstico, no qual se identifica, seleciona, descreve, explica e seleciona os problemas. No momento normativo é que se deve fazer, por meio da elaboração dos objetivos, a partir dos problemas levantados. No momento estratégico são identificados o que pode ser conflitivo e que será obstáculo, verificando a coerência, a factibilidade e a viabilidade. E, no momento tático operacional, é quando se executa o PSE, completando os objetivos propostos através do acompanhamento e da avaliação contínua de um plano. Ressalta-se que o plano não é apenas um desenho no papel, mas o compromisso da resolubilidade do problema levantado pelos atores envolvidos (RIVERA, ARTMANN, 2003).

No Brasil, os desafios que marcaram o Planejamento em Saúde relacionam-se muito aos movimentos de militância sociopolítica e estão associadas ao Movimento da Reforma Sanitária. Nesse contexto, Teixeira (2010) destaca “quatro vertentes” que promoveram os processos desencadeadores de mudança no modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, apontando como uma tarefa coletiva para modificar o cotidiano e o modo de operacionalizar os serviços de saúde.

A primeira vertente está associada à gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas. Este defendeu um modelo autônomo de gestão, contemplando os pensamentos estratégicos de Matus e Testa, enfatizando uma coordenação horizontal em redes, opondo-se ao modelo piramidal de hierarquização dos serviços que eram postos. Enfatiza a centralidade na rede básica dos cuidados ligados a política de humanização, por meio do acolhimento e do vínculo (RIVERA, ARTMANN, 2010).

A segunda vertente fundamentada na teoria do Agir Comunicativo, resgata momento planejamento estratégico comunicativo representado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), resgata momentos do PES e propõe uma gestão de escuta, com líderes, práticas de argumentação e de redes de conversação, decorrentes da gestão organizacional e desenvolvimento de capacidades pelo referencial da psicossociologia (RIVERA, ARTMANN, 2010).

A Vigilância à Saúde, a terceira corrente, propõe um modelo de pensar inverso aos modelos de assistência, a fim de combater a fragmentação dos programas verticais da Saúde Pública. O PES torna-se uma possibilidade de atuar em problemas transversais e de modo intersetorial, fortalecendo a linha da Promoção à Saúde por meio de um sistema regionalizado, de integração da epidemiologia clínica e social para integração dos setores. Neste modelo, destacam-se as contribuições de Eugênio Vilaça Mendes no planejamento e conformação das Redes de Atenção à Saúde (RIVERA, ARTMANN, 2010).

A Escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da USP, a quarta vertente de Planejamento em Saúde, se destaca pelo trabalho em equipe e multidisciplinar, com abordagem integrada e continuada de atendimento, ultrapassando enfoque patológico. Destaca-se a preocupação com a linguagem, na mesma vertente do LAPA, na busca pela integração dos serviços pelos estabelecimentos dos processos comunicativos e reflexões do trabalho em saúde (RIVERA, ARTMANN, 2010).

Reconhecendo a existência de singularidades e de perspectivas teórico-metodológicas distintas nas quatro vertentes de planejamento, estas dialogam no processo de trocas mútuas e aprendizagens, complementando-se ao enfatizar o agir comunicativo,

o planejamento situacional, o acolhimento-diálogo e o resgate comunicativo. Esse contexto de avanços e desafios, está associado às ações decorrentes da implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, exigindo o repensar constante de mudanças e de reformas necessárias para a consolidação dos seus princípios e diretrizes.

No Brasil, a sua dimensionalidade geográfica e as profundas diferenças socioculturais, representam uma complexidade para a implantação de normas gerais e conteúdo de caráter técnico-processual, dando a impressão de um modelo esgotado, com dificuldades de sustentabilidade e não atendendo as demandas da população. O Pacto pela Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2006, traduz o compromisso público de gestores para orientar a consolidação do SUS, integrado por três componentes: Pacto Pela Vida, Defesa do SUS e de Gestão do SUS. Propondo-se a execução do SUS, mudanças no processo de trabalho, adesão solidária aos termos de compromisso de gestão, a regionalização, descentralização, a integração dos repasses dos recursos federais e a unificação das variadas normas e diretrizes (BRASIL, 2009).

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS, qualificação, aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão, entre os entes federados, a consolidação e o avanço do processo decorrentes da Reforma Sanitária Brasileira, implementou-se o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) como estratégia de governo para contribuir no aperfeiçoamento permanente da gestão e dos instrumentos de planejamento da ação governamental, previstos na Constituição Federal de 1988, o Planoplurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LO) (BRASIL, 2009).

Destaca-se que no PlanejaSUS as construções serão coletivas, o que implica definir objetivos, mobilizar recursos, identificar barreiras e entraves e verificar a coerência, factibilidade e viabilidade do que será definido nos planos, conforme proposto no PES de Carlos Matus. Mendes (2013) destaca que para essa operacionalização é necessário a implantação de RAS, esta, definida como a organização poliárquica dos serviços de saúde, vinculada por uma missão única, objetivos comuns e ações cooperativas interdependentes, fundamentadas pelo PES.

Processo singular que identifica a AB como centro de comunicação e ordenadora do cuidado (MENDES, 2015). Embora tenham sido inúmeras iniciativas de consolidar o processo de Planejamento em Saúde, ainda há fragilidades para a consolidação dessas ações, as quais encontram-se permanentemente ameaçadas por instabilidade política e de austeridade fiscal (GUIMARÃES, 2016). Desta forma, resgatar os enfoques teóricos -

metodológicos do Planejamento em Saúde, são essenciais para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde orientados pela AB.

As quais possam garantir os princípios e diretrizes do SUS e desenvolvê-la como primeiro nível de atenção pode impactar na mudança do modelo hegemônico de saúde. Possibilitando a comunicação entre as ações e serviços dos três níveis de Atenção à Saúde, desenvolvendo o trabalho coletivo e fomentando estudos que avaliem e desenvolvam ferramentas para sustentar o processo de trabalho (SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

As sociedades são movidas pelo trabalho que transformam a realidade com a utilização de múltiplos instrumentos, aproximando os meios de trabalho com os objetos e os trabalhadores, desenvolvendo o processo de trabalho. (GOMES, JUNIOR, 2015). Santos, Mishima e Merhy (2018) compreendem o trabalho em saúde como uma prática social com a finalidade de responder às mudanças das concepções de saúde-doença-cuidado para a sociedade.

Em uma perspectiva marxista, o trabalho é visto como um processo que se constitui por fenômenos que se inter-relacionam e são marcados pela sua natureza histórica e social que podem ser mutáveis em determinadas condições nas quais o trabalho é produzido (REIS, DAVID, 2010). Assim, o processo de trabalho voltado para o fortalecimento da AB, busca superar a lógica de uma atenção à saúde rígida e hierarquizada, desenvolvida por cada núcleo profissional nas equipes de saúde, suas ações ainda reverberam o modelo hegemônico biomédico, cujo objeto de trabalho é o corpo (ABRAHÃO, 2007; DALBELLO-ARAÚJO, 2011; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018, CARRAPATO, et al, 2018).

Campo que envolve questões subjetivas da vida, do cuidado ao ser humano e que são influenciadas por ações e encontros com o outro, de tal modo que esses sujeitos possam produzir saúde a partir dos relacionamentos (FARIA, DALBELLO-ARAÚJO, 2011; GOMES, JUNIOR, 2015). Para Abrahão (2007) e Gomes e Junior (2015) a partir desses encontros e relações, ocorre trabalho vivo com capacidade para romper o modelo hegemônico. Articulado a assistência à saúde necessária com os espaços coletivos, a gestão, a produção do cuidado como uma dinâmica de fluxos que percorram todo o sistema para a resolubilidade das ações em saúde.

O trabalho vivo, proposto por Merhy (2002), está em repensar processos de trabalho a partir da dimensão subjetiva, mobilizando as pessoas para a renovação e invenção de normas instituídas historicamente. Contribuindo efetivamente para a mudança das equipes e no fazer em saúde não reduzindo à dimensão meramente

tecnológica (MERHY, FRANCO, 2008). O cotidiano das equipes de saúde é marcado pelas atividades gerenciais e administrativas que limitam a capacidade dos profissionais em serem expressivos e criativos (CARRAPATO, et al, 2018).

Reis e David (2011) afirmam que a finalidade do trabalho em saúde é a ação terapêutica a grupos ou indivíduos por meio da promoção, prevenção e a cura. Em oposição ao trabalho vivo, o trabalho morto restringe-se ao cumprimento das demandas dos protocolos, procedimentos, atendimentos e agendas institucionalizadas, e que muitas vezes, a condução desse tipo de processo gerencial faz com que o profissional não tenha interesse pelo ato de cuidar e seja desenvolvido sob vigilância ou de estímulos econômicos (ABRHÃO, 2007).

O estudo de Gomes e Junior (2015) mapeou o que a literatura produziu sobre processo de trabalho em saúde até o ano de 2012, identificando majoritariamente estudos sobre os elementos que compõem o processo de trabalho e de como se caracterizam na área da Saúde Coletiva. Em menor número, foi abordado o processo nas demais áreas como a da saúde mental e da mulher e reflexões acerca de conceitos e teorias que o sustentam.

Analisar o cotidiano do trabalho e discutir em equipe é uma estratégia. Para Faria, Dalbello-Araujo (2011) ilustram a possibilidade de pactuar atividades entre os envolvidos no processo produtivo. As quais possam olhar e analisar o que produzem e “colocar em cheque” os aspectos que provocam ruídos, influenciam no trabalho e impossibilitam fortalecer a AN.

As ações ou ferramentas para potencializar o processo de trabalho na AB, devem promover rupturas nas ações pontuais ofertadas pelo modelo de Atenção à Saúde. Para responder a esses desafios, Merhy (2005) identifica nos serviços de saúde a existência de tecnologias leve, leve-dura e duras. Destacando que as **tecnologias leves** que permeiam o estabelecimento de vínculo, acolhimento e escuta qualificada, as **tecnologias leve-dura** que compreendem conhecimentos técnicos-científicos específicos, e **tecnologias dura** dos equipamentos, normas e estruturas que devem estar articuladas ao trabalho de gerenciar o próprio serviço com a gestão do cuidado.

Na AB, esses pressupostos desenvolvem-se paralelamente ao trabalho das equipes de saúde ao definirem seu território definido, adscrever a população, estabelecer relação de vínculo e confiança com a comunidade, desenvolver o acolhimento, dentre outras atividades (BRASIL, 2006). Estas desenvolvidas a partir da produção subjetiva de cuidado, uma tecnologia leve, que implica na reorientação da equipe na responsabilização com as demandas usuário.

A existência de normas e protocolos não impossibilita que os trabalhadores tenham liberdade para a criação do seu trabalho. Em experiência realizada com uma equipe de saúde da família sobre o processo de trabalho que desenvolviam, foi observado o envolvimento entre pessoas e o debate em relação a “matéria prima” complexa do trabalho, o usuário. A discussão coletiva gerada teve potencial transformador à medida em que foram identificados os problemas do cotidiano e do processo de trabalho e desenvolvidos em um fluxo em que os profissionais poderiam analisar as suas atividades (FARIA, DALBELLO-ARAÚJO, 2011).

Mehry e Franco (2003) desenvolveram, o fluxograma analisador, o qual pretende ampliar a compreensão das equipes, de como se desenvolve o seu processo de trabalho, com o foco central no usuário. Esse implica no repensar de aspectos que permeiam as gestões municipais e estaduais, na formação e na construção de novos saberes e práticas em saúde. Com a capacidade de provocar rupturas nos processos instituídos a partir da análise e representações produzidas coletivamente em representações gráficas, traduzido em um formato visível para partilhar as responsabilidades de pactuar compromissos coletivos. A Planificação da Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010) busca contribuir para a mudança do modelo de cuidado hegemônico, reafirmando o fazer em saúde do cotidiano dos serviços voltados para a AB a partir do fortalecimento dos processos de trabalho.

3.3 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Planificação da Atenção à Saúde proposta pelo CONASS como um processo de planejamento da atenção à saúde horizontal, a qual amplia a relação entre os diferentes sujeitos que fazem saúde, prevalecendo a troca de informações e a construção coletiva de saberes. Para tal, foi proposta a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) e a Planificação da Atenção Ambulatorial Especializada (PAAE) (BRASIL, 2009, 2018).

Enquanto a Planificação da APS pretende problematizar e refletir o fortalecimento da AB como ordenadora da rede, a Planificação da AAE garante a continuidade do cuidado no nível secundário e terciário. O Processo da Planificação da Atenção à Saúde vai modificando-se conforme as necessidades que são levantadas em seu percurso. No período de 2004 a 2017 foi sendo aprimorado e hoje consolidado em cinco gerações (BRASIL, 2019). A Figura 1, ilustra a “Linha do tempo” da Planificação da Atenção à Saúde.

Figura 1: Linha do tempo da Planificação da Atenção à Saúde



Fonte: Mendes, 2017.

O chamado “Ponto de Partida”, a 1ª geração da Planificação da Atenção à Saúde, aponta as primeiras experiências das oficinas desenvolvidas em Belo Horizonte, em Minas Gerais no ano de 2004, com metodologias que contemplavam a construção coletiva de conhecimentos, proporcionando aos participantes apropriação de conceitos e

ferramentas para instrumentalizar o processo de trabalho das equipes de saúde em seu cenário de atuação (MENDES, 2013; BRASIL, 2011). Oportunidade em que foi (re)desenhada os serviços de AB à Saúde para reduzir o quantitativo de internações por condições sensíveis no Estado de Minas Gerais. Decorrente disso, o CONASS adaptou o método com o qual eram desenvolvidas as oficinas temáticas.

A Segunda Geração da Planificação da Atenção à Saúde foi denominada de Planificação da Atenção Primária à Saúde e aprimorava o planejamento de atenção à saúde a partir de 11 oficinas temáticas que discutiam os seguintes temas segundo Brasil (2018, p. 27-275):

- **Oficina I As Redes de Atenção à Saúde:** Esta primeira oficina oferece reflexão sobre a situação de saúde, os principais problemas de saúde a serem enfrentados e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender às necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema;
- **Oficina II A Atenção Primária à Saúde no Estado:** Esta oficina promove análise da APS nos municípios, a sua forma de organização, a sua resolubilidade e permite aos participantes a reflexão a respeito da complexidade dos problemas que as equipes da APS têm de enfrentar na sua rotina. Trabalha a importância da mudança na concepção da APS para a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados do sistema de saúde;
- **OFICINA III Territorialização:** Esta oficina tem o objetivo de discutir a territorialização e adscrição dos usuários às UBS/ESF como estratégia de organização da atenção e elemento fundamental para a vinculação dos usuários às equipes de APS;
- **Oficina IV Vigilância Em Saúde:** Esta oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes à Vigilância em Saúde e sua fundamental inserção na organização e no processo de trabalho das equipes da APS;
- **Oficina VI A Organização da Atenção à Saúde na Unidade Básica de Saúde:** Esta oficina apresenta os modelos de classificação de risco para as condições agudas e crônicas e permite aos participantes a compreensão da necessidade de se incorporarem mudanças no processo de trabalho dos pontos de atenção para acolher adequadamente os usuários de acordo com as suas necessidades;
- **Oficina VII Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar:** Esta oficina permite a reflexão sobre a incorporação de instrumentos de análise da situação em que pessoas vivem e trabalham, e sobre a importância de se adotarem estes instrumentos no planejamento das ações de saúde na APS;
- **Oficina VIII A Organização da Assistência Farmacêutica:** A oficina propõe uma reflexão sobre a organização da assistência farmacêutica no âmbito da APS, o planejamento das ações relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica e sua importância para a melhoria dos resultados da atenção à saúde;
- **Oficina IX Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde:** Esta oficina apresenta os sistemas de informação em saúde e permite a reflexão sobre a importância da alimentação e da utilização das informações e também da análise de situação de saúde para planejamento, programação e tomada de decisão, monitoramento e avaliação;
- **Oficina X Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento:** Esta oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes aos

sistemas de apoio diagnóstico e logísticos e a compreensão da estruturação desses apoios para a APS. Aborda também as metodologias de monitoramento e avaliação da APS;

- **Oficina XI A Contratualização Das Equipes Da Aps:** Esta oficina introduz o instrumento de contrato de gestão e a utilização de incentivos para as equipes como instrumento de melhoria da qualidade da atenção prestada, dos resultados da atenção e de estímulo às equipes.

As oficinas temáticas poderiam ser adaptadas e customizadas conforme as necessidades locais de cada Estado e das equipes técnicas do Ministério da Saúde. A estratégia metodológica utilizada para o processo de implantação das Oficinas era:

Ao iniciar o processo de implantação das Oficinas de Planificação da APS nos Estados, é realizada na SES uma reunião preparatória [...] objetivo é discutir a operacionalização da Planificação e o papel do estado e dos municípios nesse processo, bem como a criação do grupo condutor, além da pactuação nos Colegiados dos Gestores Regionais (CGR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)[...] utilizados trabalhos em grupo, com estudos dirigidos, estudos de caso, com apresentação e sistematização das discussões em plenária, além de aulas interativas (BRASIL, 2009, p.21-22).

O alinhamento conceitual da AB como função resolutiva e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde, desencadeou a formulação da Portaria nº 4.279/2010 e estabeleceu diretrizes para organizar e fortalecer a AB e, dentre as estratégias, a Planificação da Atenção à Saúde. Em Jardim/Ceará (P05), por exemplo, foram realizadas oito oficinas, enquanto que na 4ª CRS/RS foram realizadas seis oficinas (LAGO, FERNANDES, MOREIRA, 2013; MAIA et al, 2016; BRANDOLT, et al, 2017; FORNO et al, 2017).

Os momentos de reflexão e aprendizado são destacados por Monteiro e colaboradores (2013) como essenciais para identificar a situação de saúde, conhecer a realidade a partir da elaboração dos Planos de Ação. Possibilitando a relação do binômio facilitador/participantes entre dirigentes técnicos, gestores municipais e equipes de saúde, ao combinar atividades presenciais e de dispersão que mobilizaram as equipes em seu processo de trabalho (BRASIL, 2011a; DORNELES, et al, 2017).

A terceira geração da Planificação da Atenção à Saúde, implementou Laboratórios de inovação e de tutorias para observar a AB como efetiva, eficiente e prestada com maior qualidade pela implementação de novos modelos de atenção. Os Laboratórios de inovação das condições crônicas foi desenvolvido em Unidades Básica de Saúde em que se acompanhavam o atendimento de usuários com hipertensão, diabetes e depressão. Apontando a redução de até 60% da demanda às Unidades de atenção especializadas, relacionados à classificação de riscos, ao correto atendimento às urgências azuis e verdes e à estabilização das condições crônicas (BRASIL, 2018a).

A quarta e a quinta geração da Planificação da Atenção à Saúde são decorrentes da necessidade de “ampliar acesso, melhorar as estruturas físicas dos pontos de atenção, estruturar os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os sistemas logísticos, para que a atenção primária possa ser resolutive” (BRASIL, 2018a, p.29). Incorporando-se na quarta geração a Planificação da Atenção Ambulatorial Especializada em continuidade aos cuidados das condições crônicas coordenada pela AB e na 5ª geração a assistência farmacêutica e os sistemas clínicos entre a AB e a atenção hospitalar (BRASIL, 2018a)

A Planificação da Atenção à Saúde mostrou-se exitosa em diferentes Estados como no Paraná, São Paulo, Ceará e Pernambuco (BRASIL, 2018). Uma vez que faz o uso de oficinas para o apoio das equipes multiplicadoras, contribuindo para implementação de ações e estratégias nos espaços da AB. Aprimorando o cuidado em rede e promovendo reflexões entre os trabalhadores das equipes de saúde, gestores e técnicos de saúde estaduais e municipais (BRASIL, 2011).

A Planificação da APS realizada em Araguaia/Pará contribuiu para o aprofundamento metodológico, impactando nos profissionais, no fortalecimento da saúde e na transformação da realidade (LAGO, FERNANDES, MOREIRA, 2013). Oliveira Júnior (2014) destacou as construções conjuntas entre gestores municipais e facilitadores institucionais que impactaram na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte (6ªRS/RN) como referência do processo de planificação no Estado. No entanto, apontou como negativas as relações de poder político partidário que enfraqueceram o campo das políticas de saúde do estado.

Nícola (2018) apresenta um instrumento validado para o Processo da Planificação da Atenção Primária à Saúde, destacando-a como uma ferramenta potente a ser utilizada pelos gestores estadual e municipal de saúde. Lago, Fernandes e Moreira (2013) apontam que a avaliação geral da Planificação pelos participantes foi positiva (96,4%), assim como o método utilizado (92,9%). Embora as reivindicações e preocupações exploradas pelos gestores e pelas equipes, verificou-se consensos que as oficinas de Planificação proporcionaram mudanças significativas no contexto sócio-político-operacional de implantação das redes de atenção na 6ªRS/RN (OLIVEIRA JUNIOR, 2014; OLIVEIRA, 2017).

O processo de planificação, não foi só importante para os profissionais, mas para a atuação multidisciplinar, contemplando a inserção de estudantes da saúde em formação acadêmica. Tal processo gerou uma pluralidade de olhares ao desacomodar e instigar as equipes, pois viabiliza a qualificação do processo de trabalho da Secretaria Estadual de

Saúde, das coordenadorias regionais de saúde, nas ESF e UBS possibilitando a pactuação da institucionalização das práticas de cuidado profissional (BRASIL, 2018a; HALBERSTADT, et al, 2017; MAIA, et, al, 2016).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o percurso metodológico definido para a execução do estudo. Trata-se do “conjunto de processos pelos quais se torna possível conhecer uma determinada realidade, produzir determinado objeto ou desenvolver certos procedimentos ou comportamentos” (OLIVEIRA, 2002, p.57). Apresenta-se o delineamento de pesquisa, sua estratégia, abordagem, natureza, objetivo e técnicas. Posterior, são detalhados os métodos para o planejamento, coleta e análise. Por fim, são expostas as considerações éticas do estudo.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A escolha pelo delineamento de pesquisa qualitativa, deve-se a responder os objetivos propostos pelo estudo por se ocupar da realidade social, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes daqueles que são atores sociais. Para que possam ser compreendidos os significados, a intencionalidade com que os participantes atribuem às suas vivências, percepções e valorizando-os como atores desse processo (MINAYO, DESLANDES, COSTA, 2016).

Procura-se, insistentemente, compreender e interpretar da forma mais fiel possível a lógica interna dos sujeitos, refletindo em fenômenos sociais complexos (MINAYO, DESLANDES, COSTA, 2016). Sendo a mais adequada para compreender os fenômenos dentro de determinado contexto e que envolvem a investigação de uma temática pouco discutida. A qual pode proporcionar uma investigação mais ampla, formular hipóteses e conhecer uma realidade que não se encontra descrita ou explorada de forma suficiente na literatura (PIOVESAN, TEMPORINI, 1995; FLICK, 2016).

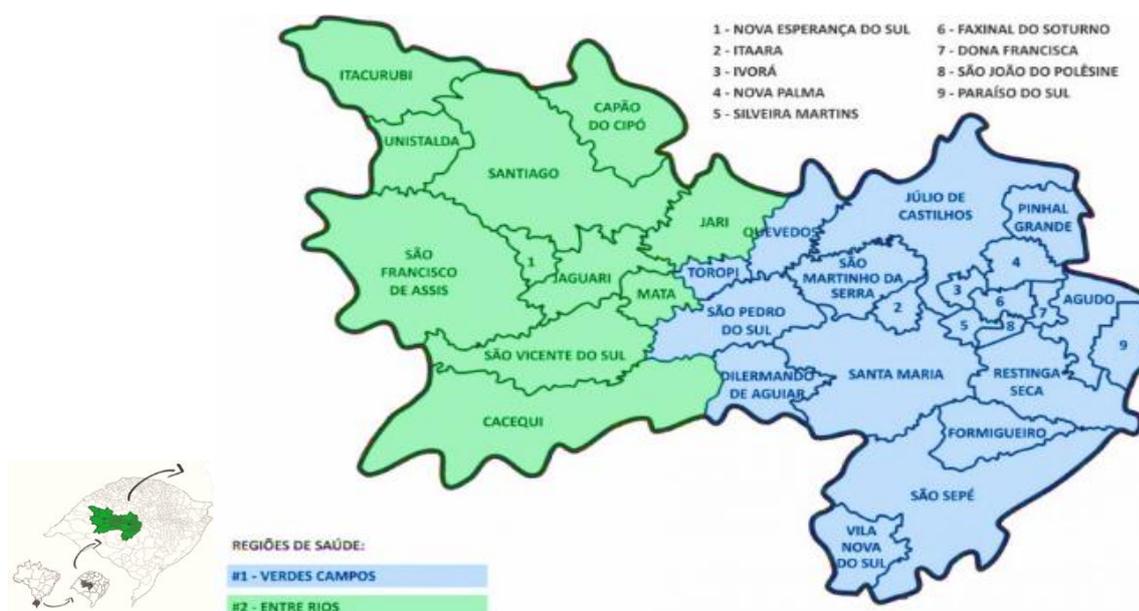
4.2. CENÁRIO

O estudo foi desenvolvido no cenário de atuação da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, situada na região central do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Nesta Coordenadoria foi desenvolvido o primeiro processo de Panificação da Atenção à Saúde do estado do RS intitulado “Projeto Piloto da Planificação da Atenção à Saúde”, em parceria com a assessoria do CONASS e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES).

A 4ªCRS/RS, com sede na cidade de Santa Maria, é responsável pelas Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios. A Região de Saúde Verdes Campos possui uma

população de 435.653 habitantes, distribuída em 21 municípios e com estimativa de 44,91% de cobertura de ESF e 62,51% de APS. A Região de Saúde Entre Rios possui uma população de 123.416 habitantes, distribuídos em 11 municípios e estimativa de 84,84% de cobertura de Atenção Básica e Saúde da Família). (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). As Regiões de Saúde estão ilustradas na Figura 02.

Figura 02: Municípios que pertencem à 4ª CRS/RS



Fonte: Adaptado de Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/4-crs-santa-maria>

A 4ª CRS/RS está estruturada administrativa para assessorar os municípios sob sua responsabilidade em Vigilância em Saúde, Planejamento, Assistência Farmacêutica e conta com o Núcleo Regional de Ações em Saúde (NURAS/4ªCRS/RS). O NURAS/4ªCRS/RS assessora as ações destinadas a AB, as quais organizam-se em Políticas Transversais (Humanização, Saúde Mental, Alimentação e Nutrição, Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS, Saúde Bucal e Populações Vulneráveis) e as Políticas dos Ciclos Vitais (Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso).

Cabe destacar que dentre os 32 municípios, Santa Maria é o único que possui ações de apoio à qualificação profissional, à integração ensino-serviço, ao controle social e à saúde do trabalhador, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS).

4.3 PARTICIPANTES

Os profissionais selecionados para participar da pesquisa foram aqueles que conduziram o processo de implementação da Planificação da Atenção à Saúde dos Grupos Condutores Regional e Municipal. As profissionais que participaram do estudo foram incluídas através da “*snowball sampling*” ou “amostragem em bola de neve”.

Esta técnica é comumente utilizada nas pesquisas sociais na qual os participantes iniciais indicam novos participantes ou novas fontes, estes indicam novos participantes sucessivamente até atingir os objetivos propostos no estudo. Quando os sujeitos indicados começaram a repetir os conteúdos obtidos, sem acrescentar novas informações relacionados ao Processo de Implementação da Planificação da Atenção à Saúde foi interrompido o estudo e considerado o “ponto de saturação” dos dados para o estudo, não sendo contatados os profissionais que estavam em licença de trabalho no período da coleta de dados (YIN, 2016). Definido como primeiro participante um integrante do Grupo Condutor Regional de Saúde e que indicou os participantes subsequentes para conduzir o estudo.

Foram identificados 24 profissionais que conduziram o Processo de implementação da Planificação da Atenção Primária à Saúde. Foram excluídos dois profissionais que se encontravam em licença de trabalho durante a coleta dos dados, dois não aceitaram participar do Estudo e 13 eram profissionais cursando pós-graduação. Foram incluídos no estudo 07 participantes gestores, com formação de nível superior e vínculo profissional estatutário.

Estes, eram de diferentes núcleos profissionais, atuavam a mais de cinco anos nos serviços de saúde e ocupavam cargos de gestores durante o Processo de Implementação da Planificação da Atenção Saúde. A maioria dos participantes eram do sexo feminino, média de 47 anos de idade e todos possuíam pós graduação em nível *latu sensu* ou *stricto sensu* na área da AB ou Saúde da Família.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida entre os meses de março a outubro de 2019 e foi conduzida pelas técnicas de busca documental e entrevista semiestruturada.

4.4.1 Documentos

Foi solicitado ao NURAS/4^aCRS/RS e ao NEPeS/Santa Maria o acesso aos materiais resultantes do Processo da Planificação de Atenção à Saúde. Flick (2016) salienta que apesar desses materiais não terem sido produzidos com o propósito de uma pesquisa, que sinalizam e contam histórias e memórias.

A partir do acesso a esses materiais foram identificados 2560 arquivos digitais diversificados, sendo que a maioria eram de fotos, atividades de dispersão, listas de presença, planilhas de organização logística e de atividades desenvolvidas posteriores às oficinas da Planificação, presenças manuais, relatórios, cartas institucionais, portarias, materiais teóricos, entre outros. Estes foram organizados e aproximados em pastas digitais que ilustram a 1) A implantação da Planificação; 2) Decisões deliberadas na Coordenação e Gerência da 4^aCRS/RS e/ou Grupos de trabalho; 3) Atividades decorrente da dispersão e 4) Outros.

Foram considerados para o estudo 19 materiais produzidos que respondessem aos objetivos do estudo, sendo um termo de compromisso (M01), quatro relatórios (M02,M10,M12,M13) seis manuais de apoio às oficinas (M03,M04,M05,M06,M07,M08,M09) e duas cartas institucionais (M10, M14). Estes foram identificados pela letra alfabética M, seguido de número arábico crescente, conforme a ordem cronológica que foi elaborado.

4.4.2 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi utilizada como uma ‘conversa com finalidade’ e explorou significados que foram produzidos na Planificação pelos profissionais, possibilitando que o próprio sujeito realizasse reflexões sobre como foi a sua participação, inserção e as vivências durante o Processo de Implementação (MINAYO, DESLANDES, COSTA, 2016). Destaca-se que a interação com os participantes, realizada durante a observação participante, foi necessária para desenvolver um “relacionamento social” com os participantes e que foram francos e sinceros, evitando a ambiguidade ou incompreensão de termos ou ideias.

Foi realizada, primeiramente, uma Entrevista Piloto com uma profissional que participou e se envolveu diretamente do Processo de Planificação da Atenção à Saúde, e no momento da Implementação era discente de graduação em Enfermagem e não possuía vínculo estatutário para a adequação do roteiro com as questões norteadoras. As questões que serviram para conduzir a Entrevista Semiestruturada foram: “Conte-me sobre sua formação profissional e do seu cenário de atuação profissional”; “como você se envolveu com a planificação?”; “o que significou a Planificação?”; “gostaria de destacar algo que tenha realizado ou que lhe vem a memória?”; “há mais alguma coisa que deseja falar, alguma ressalva que queira fazer?”.

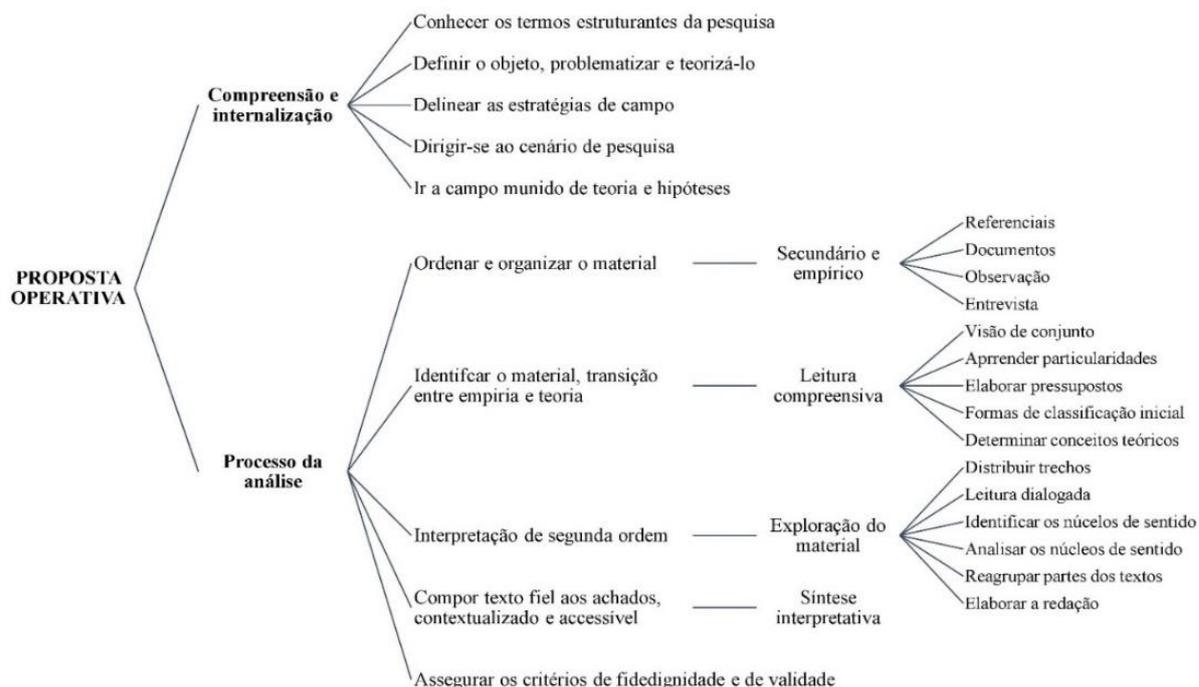
Para cada participante da pesquisa, foi realizado convite formal e agendado o dia, horário e local de acordo com sua disponibilidade. A fim de assegurar os princípios éticos da pesquisa, a cada entrevistado foi explicitado os objetivos, esclarecidas as dúvidas e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) para fornecer o seu consentimento através por meio da assinatura em duas vias de igual teor, uma destinada à pesquisadora e outra ao participante.

O dispositivo eletrônico de áudio foi utilizado para gravar as entrevistas e realizadas anotações que posteriormente transcritas em um editor de texto, Word, para análise. Estas com duração média de 40 minutos. Estes foram identificados pela letra alfabética E, seguido de número arábico crescente, conforme a ordem cronológica de realização(E01, E02...E07).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise da coleta dos dados foi realizada a partir da proposta operativa (MINAYO, DESLANDES, COSTA, 2016). Para facilitar a compreensão da análise a autora propôs um “decálogo”, dividindo-o em duas partes: na primeira atenta que para uma boa análise há necessidade de compreender e internalizar alguns pressupostos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a definição do objeto, e na segunda discorre sobre o processo da análise propriamente dito (MINAYO, 2012, MINAYO, DESLANDES, COSTA, 2016; MINAYO, COSTA 2019). Conforme ilustra a Figura 03:

Figura 03: Síntese da proposta operativa de análise qualitativa



Fonte: Elaboração da autora, 2020

A análise desses dados iniciou por meio da leitura de primeiro plano, compreensiva e exaustiva a fim de obter uma visão do conjunto dos dados coletados. Foram elaborados pressupostos iniciais e identificados alguns conceitos teóricos por meio de reações e marcações coloridas nos trechos em um intenso movimento de “ir e vir”, “copiar e colar” e “sublinhar e colorir” entre as observações registradas no diário de campo, dos materiais produzidos e das entrevistas semiestruturadas.

Após desencadeou a interpretação de segundo plano a partir do manuseio e exploração do material, destaque dos trechos, frases e analisando núcleos de sentido. Tais expressões resultaram na redução e reagrupação dos trechos a partir dos destaques das categorias desenvolvidas. E que por fim, possibilitou a síntese interpretativa que dialogará com os objetivos do estudo e realizou as associações com os pressupostos iniciais.

Para assegurar os critérios de fidedignidade e de validade da análise de dados proposta por Minayo (2016), a exaustividade da análise foi definida pelo esgotamento dos dados, a clara separação dos trechos trabalhados, a homogeneidade e a exclusividade dos dados para determinadas categorias. Assim como foi assegurada a objetividade da análise, a qual outros possam utilizar a mesma técnica, chegar aos mesmos resultados e a (re)formulação das hipóteses.

A partir da síntese interpretativa desenvolvida na análise dos dados, foram desenvolvidos dois tópicos para responder aos pressupostos iniciais: 1) PLANIFICAÇÃO

DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DO PROCESSO À IMPLEMENTAÇÃO e 2) FORTALEZAS E FRAGILIDADES DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDES.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu às recomendações da Resolução nº466/2012 que regulamenta as pesquisas que envolvem os seres humanos e asseguram os preceitos da bioética como a autonomia, privacidade, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012) e a Resolução nº580/2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS (BRASIL, 2018c).

Estes foram garantidos aos participantes pela assinatura do TCLE (Anexo A), o qual foi seguindo os preceitos éticos, contando com informações dos pesquisadores, justificativa, os objetivos e os métodos de coleta de dados, explicitação dos desconfortos e riscos, benefícios, a assistência integral, a liberdade em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, manutenção do sigilo e da privacidade, recebimento de uma via do TCLE, cobertura das despesas e indenização de algum eventual dano decorrente da pesquisa.

Os dados coletados foram utilizados único e exclusivamente para a execução do presente projeto e a confidencialidade, privacidade e o sigilo sobre todas as informações coletadas foram mantidos por meio de assinatura do Termo de Confidencialidade (Anexo B). Os materiais impressos e digitais decorrentes do projeto ficarão sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Teresinha Heck Weiller, por um período de cinco anos, e serão guardados em um armário na Sala 1308, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), após este período, serão descartados.

A devolutiva da pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM será por meio de dissertação de mestrado, publicação de artigos científicos, construção de trabalhos completos/resumos e apresentação em eventos, apresentação no Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva, disciplinas relacionadas à AB do curso de Enfermagem/UFSM. Para à 4 CRS/RS e ao NEPeS/Santa Maria será desenvolvida uma Roda de Conversa, e a construção de relatórios e materiais informativos para serem utilizados pelas Instituições.

O projeto foi autorizado institucionalmente para a realização da pesquisa pela 4^a CRS/RS e pelo NEPeS/Santa Maria, foi cadastrado no Gabinete de Projetos da UFSM sob nº 050471, na Plataforma Brasil, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética de

Pesquisa da UFSM sob Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 03355018.4.0000.5346 e parecer nº 3.073.876/2018 (Anexo C). O Projeto foi financiando CAPES, por concessão bolsa de demanda social – Código de Financiamento 001.

5 RESULTADOS

A partir da análise dos dados, serão apresentados os resultados que respondam aos objetivos de conhecer a implementação da Planificação da Atenção à Saúde em uma Coordenadoria Regional de Saúde e a identificar as fortalezas e fragilidades deste Processo na 4ªCRS/RS.

5.1 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DAS REIVINDICAÇÕES À IMPLEMENTAÇÃO

As discussões que aproximaram a Planificação da Atenção à Saúde para a Região Central do Estado do Rio Grande do Sul estão vinculadas ao contexto da situação de saúde neste cenário. Relacionadas as reivindicações dos Secretários Municipais de Saúde para a melhoria dos serviços da atenção secundária e terciária, não repasse financeiro e de investimento por parte da Secretaria Estadual de Saúde junto à rede de atenção à saúde. Os participantes do estudo relatam que o *“atraso do governo no repasse do pagamento de recurso aos hospitais da Região, [levou a situação que estes ficaram] sem leito [hospitalar] disponível para casos graves, de internação”* (E02). Nesse sentido, relatou-se que:

“Os Secretários [municipais de saúde] vinham fazendo o movimento de reivindicação junto à Secretaria Estadual por melhoria dos serviços na Região. Mas, as solicitações [dos Secretários, municipais de saúde] s eram voltadas à rede de urgência e emergência, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar, UTI, entre outros.” (E01)

Cabe destacar que essas demandas estavam vinculadas *“ao fechamento da Rede Hospitalar de pequeno porte na Região [...] e motivou a Secretaria Estadual de saúde, no ano de 2015, apresentar a Planificação aos municípios como uma estratégia para qualificar o processo de trabalho da AB”*(E07) e que, conseqüentemente, desencadearia na redefinição de fluxos e pactuações nas Redes de Atenção à Saúde. O município de Santa Maria foi vanguarda no processo de interiorização da Planificação, na medida em que realizou uma mobilização interna e com os demais municípios da 4ªCRS/RS para trazer esta proposta para a Região, demonstrado pelas falas a seguir:

“Quando a Secretária [de saúde do município] soube que teria toda uma estrutura e apoio, ela começou a dizer ‘Não! Esse

município é muito mais estruturado que o nosso município, tem um perfil mais vulnerável, precisa organizar sobretudo a sua Atenção Primária’... ela levou os dados do município e ‘arrancou’ [a proposta da Planificação], no sentido de dizer assim “vou apresentar dados que o nosso município precisa de muito mais apoio que o teu.” (E03)

“Fui começar a discutir, aí eu fui tentar trazer para nós, mobilizei outros secretários de saúde para que viesse para nossa Região. Que é uma das mais precárias do Estado, no interior, nunca vem nada para nossa Região Central... eu entendi que os Secretários deveriam ter um olhar para cá, um investimento, uma mobilização.” (E07)

Tal processo poderia atender às demandas que vinham sendo solicitadas dos Secretários para a SES. Foram necessárias a articulação e mobilização dos Secretários de Saúde para justificar a necessidade desse investimento em Regiões de Saúde interior do RS. Para habilitar-se ao Processo de Planificação foi apresentado diagnóstico da situação de saúde do Município de Santa Maria, esse é, na 4ªCRS/RS, o município com maior população que identificou a existência de escassez de recursos financeiros destinado à AB como retrata o entrevistado 01 e ressalta que a “cobertura de AB era inferior a 50%”(E01).

A precariedade da Rede Básica impacta nos fluxos de atenção à saúde da Região e fomenta, conseqüentemente as discussões com a SES. Os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria apresentaram indicadores de saúde, conforme o relato do entrevistado a seguir:

“Perfil epidemiológico, de morbimortalidade foi relevante comparado com esses outros municípios... foram apresentados a estrutura dos serviços, cobertura de AB, falta de conexão da Rede de Atenção Primária com os demais serviços da Rede básica e com os outros níveis... nós somos a Região comparada com as outras do Estado, que tem o maior percentual de usuários do SUS versus o número de serviços ofertados, esse foi o dado mais relevante.” (E07)

Desta forma, para que os incentivos e repasses financeiros fossem realizados para o município de Santa Maria e aos demais, a SES propôs investir nos serviços de AB da 4ªCRS/RS, por meio da Planificação da Atenção Primária à Saúde. Entendendo que fortalecendo este nível de Atenção seria possível atender às reivindicações dos Secretários Municipais de Saúde e viabilizando as estratégias para garantia dos princípios

e diretrizes do SUS e da AB como coordenadora do cuidado e ordenar a Rede de Atenção à Saúde, conforme os relatos a seguir:

“O Estado propôs investir na região primeiramente na APS, entendendo que melhorando a APS a gente conseguiria dar conta de algumas reivindicações da atenção especializada e alta complexidade... O CONASS com os Secretários apresentou o Projeto no dia 22 de julho de 2015... definindo que esse projeto não seria só para [Santa Marial, mas eram para todos os municípios da Região que quisessem aderir.” (E01)

“O Secretário Estadual de Saúde propôs que junto com o repasse do recurso, os municípios deveriam também aderir a Planificação para qualificar a AB dos Municípios, entendendo que uma AB fortalecida previne a hospitalização, dessa forma, diminui a necessidade de leitos em hospitais, em hospitais gerais, propondo que os municípios trabalhassem nesse sentido, de fortalecimento da APS.” (E02)

A proposta da Planificação da Atenção Primária à Saúde foi apresentada durante as reuniões da Comissão Intergestora dos Secretários de Saúde Municipal e Estadual no segundo trimestre de 2015. Para a celebração desta proposta, foi desenvolvido um termo de adesão e de compromisso que *“refere-se à qualificação dos profissionais vinculados à Secretária Municipal de Saúde para a organização do processo de trabalho previsto na Planificação da Atenção Primária à Saúde” (M01).*

A sensibilização com os secretários municipais de saúde foi com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a Planificação e, posteriormente, mobilizar as equipes de saúde para que houvesse a adesão a proposta. A fala a seguir ressalta que:

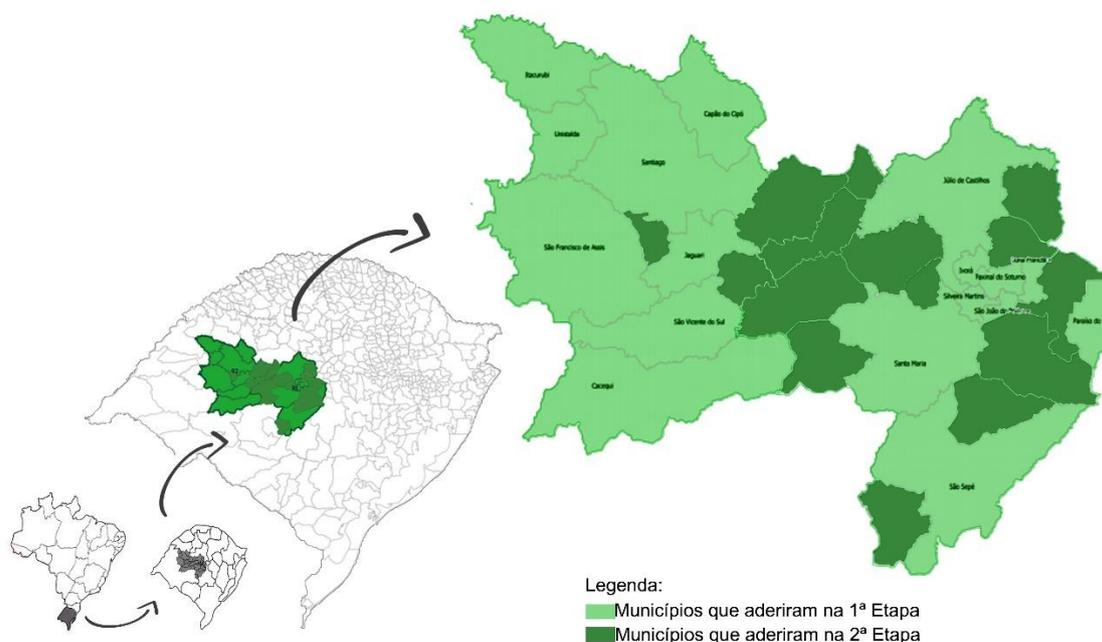
“Foi aberta uma adesão espontânea, uma adesão com assinatura simbólica desses municípios, que entenderam a proposta como interessante e achavam que tinham condições de mobilizar suas Equipes... para isso fizemos uma campanha direta com os Prefeitos e Secretários por telefone, por e-mail, para fazer a divulgação do que era o projeto e pedindo adesão.” (E01)

Como a adesão deveria ser espontânea e voluntária, coube ao gestor municipal de saúde manifestar o seu aceite, o que resultou em uma participação parcial do conjunto de município da 4ªCRS/RS. Desta forma, a sua efetivação ocorreu em duas etapas em que *“o CONASS, a SES e a 4ªCRS/RS pactuaram com as secretarias municipais de saúde a primeira etapa” (M01).* O participante do estudo relatou que os municípios eram *“Agudo, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Ivorá, Julio de Castilhos, Paraíso do Sul, Santa*

Maria, São Sepé, São João do Polêsine e Silveira Martins, Cacequi, Capão do Cipó, Itacurubi, Jaguarí, Santiago, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul e Unistalda” (E01).

Na segunda etapa foi pactuado *“junto aos gestores a expansão das oficinas e tutoria, a partir de março de 2018, para os 15 municípios restante”*(M13), esses que aderiram foram *“Quevedos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; Vila Nova do Sul, Jari e Mata”* (E01). A Figura 04 ilustra os municípios que fizeram a adesão na 1ª etapa e aqueles que aderiram na 2ª etapa.

Figura 04: Municípios que aderiram ao Processo de Planificação da Atenção à Saúde



Fonte: Adaptação de Rio Grande do Sul, 2020.

A metodologia da Planificação da Atenção Primária a Saúde proporcionou o envolvimento de usuários, profissionais e gestores, para compreensão da proposta metodológica, dos momentos de organização e na pactuação de atividades, manifestado pelos participantes como:

“A Planificação parece simples: uma metodologia de trabalho, com momentos de estudos entre profissionais e gestores, com reflexão da prática e alinhamento de conceitos da Atenção em Saúde. Seguida de tutoria, em unidades laboratórios, para a

operacionalização dos conceitos, reorganizando os processos de trabalho de equipes e gestores.” (M09)

Para que essa proposta fosse desenvolvida, os profissionais da 4ª Coordenaria Regional de Saúde junto aos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde viabilizaram um Grupo Condutor para desenvolver as oficinas e tutorias. Oportunidade em que foram elaboradas estratégias para organização logística, sensibilização dos profissionais das equipes da AB, material de apoio didático, infraestrutura e os critérios para definir os profissionais apoiadores. Assim, coube ao grupo condutor a tarefa de:

“Articular [com os profissionais], organizar os dias [de trabalho, os profissionais das Unidades e os facilitadores por grupos de trabalho... gerenciavam o número de facilitadores por atividade e discutiam previamente as oficinas com os facilitadores e os técnicos da 4ªCRS/RS.” (E02)

“Não foi algo fácil, assim para fazer a logística e organizar, porque era um número grande de profissionais... o grupo condutor tinha que ver toda a logística, desde local, coffee break, e foi bem intenso... a gente conseguiu espaço com as Instituições de Ensino... tinha que se pensar em como se liberava esses profissionais[das equipes, as escala[de trabalho] desses profissionais.” (E06)

A sensibilização ocorreu com os secretários municipais de saúde para viabilizar a participação dos profissionais da Rede de AB de seus municípios. Para tal, as Unidades de Saúde tiveram suas atividades suspensas por dois dias consecutivos para assegurar a participação dos profissionais nas oficinas. Possibilitando a participação de *“agentes comunitários de saúde, o médico, a enfermeira, o técnico, a recepcionista e profissionais da higienização”*(E06). A amplitude dessa ação na 1ª etapa da Planificação da Atenção Primária a Saúde envolveu:

“Aproximadamente 1.200 profissionais da APS, 120 apoiadores e facilitadores, 101 Unidades de Saúde, 64 Equipes de Saúde da Família, 41 Equipes de Saúde Bucal, oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família e 409 Agentes Comunitários de Saúde”. (M11)

Foram realizadas sete oficinas que abordaram as temáticas relacionadas ao Processos de trabalho desenvolvidos na APS e intituladas *“Oficina Mãe: As Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Primária à Saúde no Estado”*(M03); *“Oficina 1: Plano Regional de Saúde e Pontos de Atenção”*(M04); *“Oficina 2: Territorialização”*(M05); *“Oficina 3: Vigilância Em Saúde”*(M06); *“Oficina 4: A Organização dos Processos de Trabalho em Saúde e a Organização da Atenção à Saúde na UBS”* (M07); *“Oficina 5:*

Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar; Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde” (M08) e a “Oficina 6: Sistema de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento e Organização da Assistência Farmacêutica” (M09).

As oficinas temáticas compreenderam *“trabalhos de grupo, exposições, debates, leitura de textos de apoio, dramatizações, exercícios e utilização de roteiro para trabalho de campo[...] no intervalo entre as oficinas eram propostos os trabalhos de dispersão” (E05). O trabalho em grupo “estabeleceu-se por meio da relação do binômio facilitador/participante, de forma horizontalizada, prevalecendo a troca de informações e a construção coletiva de propostas” (M09).*

O grupo de facilitadores por profissionais da Rede e de Residentes do programa de Residência em Área Profissional da Saúde da modalidade Multiprofissional da UFSM com a tarefa de conduzir a metodologia proposta pela Planificação da Atenção Primária a Saúde favorecendo o “encontro com o outro”. Potencializando a participação dos profissionais, a discussão e a condução das atividades de dispersão, estimulando *“participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento[...] através de exercícios em grupos, exposições para sistematização das informações trabalhadas, exercício de desenho e programação de uma rede temática, disponibilizado material bibliográfico” (M02).*

Ao final de cada oficina temática, pactuou-se uma atividade prática com os gestores municipais de saúde e os profissionais das equipes de saúde, denominada de atividade de dispersão. Permitindo que *“os profissionais verificassem in loco as discussões nas oficinas temáticas, avaliadas como método muito bom, no qual todos participavam” (E07). E que possibilitou o encontro dos dirigentes técnicos com os gestores “participação dos dirigentes e técnicos que atuam nas regionais de saúde e de gestores municipais e suas equipes” (M11).*

Ao término das seis oficinas propostas, iniciava o processo tutorial, no qual foram realizadas atividades *in loco* nas Unidades de Saúde para acompanhar a organização e gerência dos processos. Os tutores eram profissionais externos a equipe e *“alguém que entenda o funcionamento da unidade no seu cotidiano, pois é ele quem vai auxiliar no redesenho de novos processos” (E04).*

A Planificação da Atenção Primária à Saúde proposta pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo CONASS, desta forma, foi definida no Relatório a seguir como:

“Um processo de planejamento da atenção à saúde que considera todas as suas etapas... [buscando o] fortalecimento da AB; construção coletiva de conhecimento e reflexão das práticas

[desenvolvidas na AB]; propiciando aos profissionais apropriação de conceitos e ferramentas da sua prática.]” (M14)

Os profissionais a compreendem como a *“oportunidade de avançar na qualidade do cuidado em nossa região, [pois] não conseguíamos fazer a diferença [em nossos serviços] e nossos gestores [secretários de saúde] clamavam por subsídios de recursos e serviços”* (M02). O qual seria *“um processo único [de articulação] entre todos os níveis [de atenção à saúde] porque a lógica da Panificação é fazer com que o modelo funciona em Rede hierarquia”* (E01). Para os profissionais este processo foi entendido como um processo que *“não é só para organizar a APS [AB] ou o processo de trabalho dela, porque exige discussão com os [diferentes] níveis de atenção”* (E04).

Para o participante da entrevista foi possível identificar que *“eu vejo como um sinônimo de reorganizar, mas de ter ferramentas para organizar o Processo de Trabalho da APS”* (E03). As ações foram sendo desenvolvidas com a implantação da Planificação da Atenção Primária à Saúde e produziu diferentes compreensões deste processo, constituindo-se como uma ferramenta de trabalho para conhecer o perfil epidemiológico e programar as ações de saúde nos municípios, demonstrado pelas falas:

“Havíamos passado pelas seis oficinas e começando a tutoria, que a gente conseguiu compreender que era este desenho todo... uma reorganização de todos os processos da Atenção Primária dentro das Unidades de Saúde e dentro do território, para dar conta de uma mudança de modelo... inicialmente eu entendia que era uma organização, era para caminhar para um modelo da Saúde da Família, mas ainda não visualizava essa questão do modelo dos agudos e crônicos bem definido, que faz toda a diferença no que a gente está querendo alcançar.” (E01)

“Para que as equipes de saúde possam ter um processo de trabalho que possa ser similar, que tem um processo mais organizado e qualificado com foco não só na questão que a gente tinha de atender as demandas agudas, de poder pensar nas questões crônicas, no processo de trabalho e conhecer o território, permite conhecer o perfil epidemiológico, e a partir deste organizar suas ações.” (E04)

“É uma reorganização dos serviços, é algo que estava posto, mas veio como algo para os profissionais e para a gestão pensarem em um novo modo de fazer, de como se organiza o processo de trabalho dentro dos espaços, dos cenários da APS.” (E06)

Ainda que diferentes percepções tenham sido levantadas sobre o que significou a planificação, esta proposta não foi identificada como um processo inovador a ser

desenvolvido na AB. Pelo contrário, retomou atividades consideradas “triviais” e que devem ser realizadas no cotidiano de uma equipe de saúde como conhecer e definir o território, realizar o cadastramento, conhecer o perfil epidemiológico que são atribuições das equipes da AB, como revelam as falas:

“Eu acho que assim, não tem nada de novo, a Planificação vem para mostrar às pessoas ou lembrar os trabalhadores do que a gente tem que fazer. Mas, esse lembrar é no sentido de que eles [a Planificação traz uma metodologia de trabalho, algumas ferramentas para que a gente possa operacionalizar melhor.” (E03)

“Eu entendo que ela é uma metodologia de qualificação do processo de trabalho, que já existe, nada mais que isso. Você trabalha hoje no dia-a-dia mas não sabe o porquê daquele trabalho, o porque você tem que fazer um cadastro, o porque você tem que estratificar o risco de uma condição crônica, o porquê o acolhimento tem que ser de uma forma e não de outra, qual a melhor forma de se fazer, de se ter um acolhimento na Unidade de Saúde.” (E02)

“É um processo bem interessante, não é nada mais que todas as unidades deveriam fazer sempre, mas naquela correria, naquele, vai e vem do dia-a-dia alguns processos acabam ficando de lado e você faz mais o trivial. Não se preocupando com algumas coisas que são mais importantes e que irão facilitar o teu trabalho. Eu acho que a Planificação trouxe isso, acho que abriu mais essa janela, essa porta, para que as equipes visualizassem a sobrecarga [de trabalho] a organizar o dia-a-dia da Unidade e estar de olhos nos indicadores, no cadastramento dos usuários”. (E05)

Descrita como um processo contínuo e sistemático para os profissionais compreenderem-se gestores do cuidado *“como que eu planejo lá na minha unidade, independente da gestão [municipal], mas eu enquanto profissional que estou lá dentro, eu sou gestor da Unidade, o gestor da clínica”* (E06).

A Planificação da Atenção Primária à Saúde apresentou aos trabalhadores e gestores dos diferentes níveis de atenção possibilidade de repensarem o seu fazer proporcionada pela Planificação. A estratégia em desenvolver oficinas, apresentar ferramentas para serem utilizadas no processo de trabalho e atividades *in loco* permitem com que os profissionais possam compreender as necessidades da população a partir de saberes embasados cientificamente.

5.2 FORTALEZAS E FRAGILIDADES DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na 4ªCRS/RS a implementação Planificação da Atenção Primária à Saúde foi potente para organização do processo de trabalho da equipe, disseminando conceitos da AB, oferta de ferramentas de gestão e para a qualificação dos serviços da rede de atenção dos municípios que integram a referida coordenadoria. Oportunizando aos profissionais e gestores revisitar o processo de trabalho executado nas Unidades de saúde, como destacam:

“Acho que uma potencialidade foi a disseminação dos conceitos de Atenção Primária entre todos os profissionais, foi um movimento de estudos de reflexão em massa... Porque a AB volta para a discussão dos gestores”. (E01)

“As Unidades [de saúde] estavam precisando de um gás, de uma iniciativa nova de qualificação profissional e, eu acho que era uma alternativa para mexer nos processos de trabalho dentro da equipe. [Possibilitando às equipes] reconhecer que estavam realizando o quê e por que estavam realizando. Elas estavam em algo muito automático, fazendo por fazer, não se dando em conta do que estavam fazendo, qual era o objetivo daquilo, para que isso serviria, qual era a intenção da melhoria daquele processo? acho que serviu para oxigenar os profissionais de forma teórica.” (E02)

Os participantes do estudo apontaram que o “olhar para as equipes” foi um dos primeiros momentos que eles tiveram para “parar e refletir” sobre o seu fazer. Participando *“como Co gestores, realizando a gestão do cuidado e de movimento práticos, definindo quais projetos os serviços pactuariam”* (E01). Sendo possível olhar para as equipes, foi uma valorização.” (E03).

O tempo disponibilizado para essas atividades, oportunizou aproximar, integrar e responsabilizar os profissionais das equipes de saúde. Desta forma, foi possível ressignificar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família como revela:

“[Acredito] que todos da equipe terem sido liberados para fazer as oficinas teóricas foi bem importante, porque todos foram valorizados nesse processo. A potencialidade foi isso, da equipe junto poder entender que o processo é de todos e que as atividades se qualificam nas equipes se todos estiverem envolvidos.” (E04)

“A equipe pode ver muitos processos que podem estar ajudando e não precisa sobrecarregar um profissional, eu acho que é responsabilizar cada um, fazendo com que muitos processos andassem, que melhorassem muito o atendimento dos usuários, que pode ter realmente um acesso.” (E05)

“A potencialidade é essa questão de as equipes poderem sentar e discutir o seu Processo de Trabalho, que todos se sintam integrantes dessa construção... toda a equipe é responsável por um território, que a ação de um vai contribuir com a de outra”. (E06)

“Foi a movimentação das equipes, o parar para pensar e refletir, o planejar, discutir junto, o qualificar as equipes, o pensar o processo de trabalho.... essa mobilização é válida, de produzir sentido para os trabalhadores, melhorar o cotidiano das ações em saúde alinhado aos princípios e diretrizes do SUS, é um dos movimentos, ou das possibilidades mais potentes que tem.” (E07)

“Senti[me] revigorado a cada oficina temática, quando pude observar as "pequenas grandes" mudanças no processo de trabalho das equipes, na atuação dos gestores municipais, na troca de experiências e cooperação horizontal entre as equipes, e na aproximação dos trabalhos da gestão estadual.” (M12)

A Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS, embora, não tenha apresentado novos conteúdos ou temáticas para a AB, propiciou encontros entre os diferentes atores para a efetivação de ferramentas de dispositivo de gestão, objetivando a superação da empiria relatado pelos participantes como:

“Essa é a lógica, é fazer com que as equipes consigam parar e refletir, mas não refletir o vazio, refletir com metodologia, com ferramentas. E acho que faz pensar, ou, traz a ideia de a questão de ‘o que eu tenho aqui? Qual o diagnóstico situacional? Como será organizada a [necessidade] da minha população?’”(E03)

“Essas Unidades incorporaram um trabalho maravilhoso, elas tiveram a oportunidade de ter ferramentas de organizar o seu cenário na APS... fazer saúde fundamentado em teoria... Parar de fazer saúde pelo achismo, pelo que sempre fez, isso foi a maior potência.” (E06)

Identifica-se que o propósito da organização do processo de trabalho, integrar a equipe de saúde e de atingir o cuidado do usuário é um investimento na qualificação profissional e, por si só, é uma potencialidade. Para que isso ocorresse “as Secretarias [dos municípios], [possibilitaram] as Unidades fechar por dois dias consecutivos,

avisando a comunidade, não tendo problema na falta de atendimento, tudo muito organizado, mas por conta da autorização e mobilização da gestão” (E02). Assim como não houve problemas ou conflitos com usuários, uma vez que eles entenderem da necessidade de tempo para a sua formação, revelando que:

“A população foi informada pelo jornal, devidamente informando que estaríamos fechando as Unidades dois dias para qualificação e o mais incrível de tudo isso é que nunca teve um ruído sobre isso, a população quando soube que era para qualificação, aceitou e cooperou”. (E07)

Percebe-se que quando *“o trabalhador e a gestão conversam e dialogam, as equipes conseguem [por sua vez] pensar nas mudanças [necessária] de processo, por menor que sejam. É alguma mudança”* (E06). Este movimento é revelado como *“uma potencialidade, todo e qualquer investimento que você para com uma equipe e discute processo de trabalho, qualifica as pessoas.”* (E05).

Destaca-se que o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS aprofundou as relações com as Instituições de Ensino Superior (IES) pública e privada, o Telessaúde, o Departamento de AB as SES do RS. Observando que *“a gente teve muita parceria da Residência [em Área Profissional da Saúde modalidade Multiprofissional], com a 4ªCRS/RS [...] eu acho que nunca se teve tanto trabalho conjunto antes desse período, a 4ªCRS/RS se mostrou tão perto e próxima”*(E03).

As IES que colaboram com a planificação possibilitaram a utilização de *“várias ferramentas de apoio, foram momentos muito ricos, a SES estava sempre presente, o diretor da AB estava aqui discutindo processos”* (E06). Potencializando a proposta de *“trabalhar com uma lógica de apoio das instâncias superior e institucionalizar prática de organização do processo de trabalho, essa era a ideia”* (E07).

Ainda que o olhar para as equipes, para o seu processo de trabalho e para a integração interprofissional foi destacado como potencialidade, identificaram-se fragilidades no processo de implementação da Planificação da Atenção Primária à Saúde. Dentre elas, a incompreensão do que seria a proposta, enfatizou-se que *“embora, todos da Equipe [de saúde] tenham participado desse processo, alguns não entenderam muito bem, eles entendem como um processo de cobrança”*(E04) e *“tem a questão da aceitação do profissional de que não é mais um trabalho a ser feito”* (E06).

O fato de a Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS ter sido “projeto Piloto” para a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, foi percebido

por gestores e profissionais como aumento nas atividades cotidianas e posterior avaliação como revela a fala seguir:

“Por sermos piloto, nós desconhecíamos o processo como um todo, esse desconhecimento às vezes desmobilizou alguns participantes, tipo “ah, eu não sei aonde isso vai dar, eu não sei se o Estado vai renovar esse projeto com a mudança do governo”, a gente vem também de uma cultura de vários projetos que se iniciam e não finalizam, né, “isso vai acabar como todos os outros”. (E01)

No transcorrer das atividades, foram sendo identificadas pelas equipes, demandas para organizar o processo de trabalho e que não dependiam da sua governança. Elas foram solicitadas à gestão das Secretarias Municipais de Saúde e tratavam da necessidade de contratação de profissionais para integralizar às equipes, qualificação da infraestrutura de Unidades, bem como da reposição de materiais de consumo e de apoio pedagógico. Como estas, fruto das discussões provenientes da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS, não foram, na sua grande maioria acatadas pelos gestores municipais, gerou para os profissionais de saúde uma percepção negativa deste processo. Como revelam as frases a seguir:

“Algumas coisas não dependem da equipe, e que dependem da gestão ou de um nível estadual ou federal... as equipes precisam de recursos humanos e materiais para dar conta de algumas ações... acho que sozinhos enquanto servidores, tem muita coisa que a gente não consegue, pois extrapolam daquilo que é nosso.” (E04)

“Sem recursos humanos, se inviabiliza uma figura [do profissional tutor] que consiga olhar para essa equipe periodicamente, ou com certa periodicidade, mas de alguma forma dando respaldo técnico de uma visão de como anda o trabalho das equipes.” (E03)

“Muitas vezes eram demandas pequenas a serem resolvidas pelas Gestão e, não acontecia. Isso se passava para os profissionais como mais um curso, que não era algo que projetasse processos de mudanças e de avanços na APS”. (E06)

A inviabilização de atividades nas equipes de AB, comprometeu a efetividade da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS no decorrer da sua implementação. A sistematização das discussões, do estar junto e da disponibilidade de tempo resultaram *“foi uma desacomodação geral, mas que surge efeito se tiver*

continuidade” (E03). Assim “toda a institucionalização de uma nova ação, ela é difícil, ela tem que ter continuidade, este é o maior desafio, quando não se tem continuidade efetiva, todos erram no processo” (E07).

A existência de equipes de saúde incompletas impactou na continuidade das atividades da Planificação, em que *“a gestão entendeu que tinha que ser em todas [Planificação em todas equipes] e acho que isso foi um fator não favorável, no momento que se expandiu e que tu não tens recurso suficiente para dar suporte, acompanhar” (E06). E, também foi relatado que em “muitos momentos que a gente estava discutindo de forma mais sistemática com as equipes e que parece que regredimos, ao afastar periodicidade das reuniões, dos encontros com os tutores”(E05), enfatizando que “como já vinha construindo essa parte teórica, o desafio se deu no dia a dia mesmo para garantir horário à tutoria, da equipe estar junto e ter o mesmo entendimento da importância das ações para organizar os processos de trabalho”(E04).*

Os participantes do estudo enfatizaram a falta do posicionamento da Gestão em assumir a AB como ordenadora da rede de atenção. Referem ainda que a não existência de políticas para a fixação dos profissionais na rede de AB no período em que a Planificação estava sendo realizada, fragilizou a continuidade da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS, revelada nos trechos a seguir:

“Em nível Estadual a organização das Coordenarias Regionais é para atuarem em modelo fragmentado. Pois, estamos divididos dentro de núcleo de ações, “em caixinhas ainda” tais como, política da criança, política da mulher, do homem, do idoso [...] [Essa estrutura] mostrou-se complexa quando precisamos quebrar a cultura do processo de atenção à saúde que é fragmentado, instituído em todos os níveis de Atenção, em cenários moldados historicamente pela oferta de mercado e não pela demanda de cuidado. Cenários mesclados de interesses políticos, técnicos, comerciais e outros[...] A AB de nossos territórios é desafiada diariamente para implementar modelo de redes tão explícito na teoria do SUS.” (E01)

“Então, era um momento de o município ter assumido: “bom, como vou organizar a APS, vai ser ESF? Vamos transformar essas outras Unidades? Como vou organizar esses processos?”. Porque todas as portarias (do Ministério da Saúde) trazem a reorganização da AB, tendo estratégia as equipes de saúde da família[...] então eu acho que isso fragilizou.” (E05)

“Eu acho que o faltou, foi da gestão assumir processo, “nós queremos isso, nós vamos fazer isso”, de pensar gestão que tem que investir na APS, porque não adianta fazer todo um movimento de Planificação se não se dá a condição da AB ser

fortalecida, ser ampliada... Então, eu acho que a questão mais frágil foi essa, da gestão assumir um compromisso, isso não se incorporou como sendo dela, parece que a única responsabilidade é a mudança dos profissionais.” (E06)

“Muitos desses saíram [profissionais residentes que participaram da Planificação da Atenção Primária à Saúde] e chegou um momento que muitos não quiseram, pela demanda do serviço... a grande falha foi de não ter tido metas, primeiro a gente vai fazer isso, a gente não absorveu isso de ter colocado metas, e tentar trabalhar com os profissionais... se avançaria muito mais se o município tivesse dado a continuidade no processo de uma forma intensa, se a gestão tivesse dado continuidade, aí não se perde os processos e nem se fragilizam.” (E07)

Outra fragilidade mencionada foi que não se obteve “*uma avaliação deste processo, uma avaliação consistente*” (E01) e assim “*como qualquer processo novo a gente só vai conseguir fazer de fato um monitoramento daquilo que a gente olhando o... vai ter resultado se eu conseguir monitorar, avaliar... nisso ela perdeu força, por conta dessa falta deste monitoramento.*” (E03). Destacando que não foi prevista a avaliação e monitoramento da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS, para avaliar o fortalecimento da AB como ordenadora das redes de atenção à saúde.

As fortalezas e fragilidades desencadeadas desse Processo pelos participantes, decorrem de um esforço coletivo de atender as necessidades locais de saúde e que podem ser solucionadas na AB. Nesse sentido, o movimento de um grande de quantitativo de profissionais provocou, de algum modo, reflexões e desencadeou novos processos de trabalho com e nas equipes de saúde que garantissem a coordenação do cuidado e, talvez, a ordenação da Rede de Atenção, tão almejado para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo demonstraram que a implementação da Planificação da Atenção à Saúde, voltado para a AB na 4ªCRS/RS, decorreu das necessidades locais, como a reivindicação da melhoria dos serviços da atenção secundária e terciária, da falta de repasses financeiros e da precariedade de recursos humanos e físicos disponíveis. Para que tais questões fossem atendidas, utilizou-se como estratégia o fortalecimento dos serviços do primeiro nível e a atenção a partir da qualificação profissional, impactando diretamente na redefinição de fluxos das Rede de Atenção à Saúde.

Neste cenário, a busca pela melhoria dos serviços não é algo inovador, pelo contrário, foi percebida em estudos conduzido por Weiller e colaboradores (2014) que avaliou a AB pelo instrumento *Primary Care Assessment Tool* versão Brasil (PCATool Brasil) sob a perspectiva de usuários adultos, cuidadores de crianças e profissional. O qual mensurou a presença e a extensão dos elementos estruturantes da AB, os atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção) e derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural).

A fragilidade dos serviços de saúde da AB em municípios da 4ªCRS/RS foi identificada em estudo de usuários adultos de Damaceno (2015) que avaliou o atributo acesso, identificando que apenas 42,13% dos entrevistados acessavam Unidades Básicas ou Estratégias de Saúde da Família. Estudos de Signor (2016), Bandeira (2016) e Kessler e colaboradores (2018, 2019) identificaram que a população avaliou os atributos da integralidade, da coordenação da atenção e da longitudinalidade, respectivamente, como insatisfatórios, revelando que a rede não está orientada para a AB. Ressaltando a necessidade de intervir nos serviços de AB da 4ªCRS/RS para desenvolver ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção de agravos decorrentes dos baixos escores atribuídos aos atributos essenciais. Apontando para a necessidade de reforçar as políticas públicas de atenção à saúde, no investimento da formação profissional, ampliação da cobertura de Saúde da Família e em reorientar o modelo assistencial de saúde para o modelo da AB.

Estudo desenvolvido no município de Santa Maria que integra à 4ªCRS/RS, apontou que a taxa de cobertura de saúde da família na rede de AB deste município é baixa, “pouco mais de ¼ da sua população” (FARIA, 2018, p.101). O estudo realizado por Streck (2019) apontou que na 4ªCRS/RS a Região de Saúde Entre Rios de 79,14% de cobertura de Saúde da Família e de 81% de AB, e na Região de Saúde Verdes Campos a cobertura de 39,1% de Saúde da Família e de 67,7% de AB. Inferindo que mais de 25%

da população não tem acesso aos serviços do primeiro nível de atenção e aproximando dos resultados se aproximam ao da Pesquisa Nacional de Saúde, desenvolvida em 2013, que estimou a população “SUS dependente” no Rio Grande do Sul em 49,5% e no Brasil em 56,2% (MALTA et al, 2016).

Os estudos de Damaceno (2015) e Pucci (2017) realizados no cenário da rede de AB da 4ªCRS/RS verificaram que 73,44% dos usuários adultos que acessam as unidades de saúde não possuem plano privado de saúde, dependendo exclusivamente dos serviços ofertados pelo SUS. Reforçando a necessidade de investimentos públicos no primeiro nível de atenção de saúde por apresentarem baixa capacidade de resposta aos problemas de saúde e inviabilizando que a AB seja ordenadora das Redes de Atenção e coordenadora do cuidado fomentando, conseqüentemente, a manutenção do modelo hegemônico (FARIA, 2018).

A realidade da atenção à saúde fomenta discussão acerca da efetivação de um Sistema de Saúde que tenha capacidade de ofertar ações e serviços que atendam às necessidades de saúde da população e não de uma demanda de serviços ofertada pelo mercado. Quando orientados pelos atributos do acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção, orientação familiar e comunitária e da competência cultural, proporcionam resultados eficientes e impactam positivamente no desenvolvimento da AB (STARFIELD, 2002). Mendes (2011) evidencia que quando fortalecida resolve de 80% a 90% dos problemas de saúde da população.

Propondo, desta forma, a organização da atenção à saúde em Redes de Atenção à Saúde, que garantam que a integração dos diferentes níveis de atenção, por meio da AB como ordenadora e coordenadora do cuidado à Saúde. Operacionalizada por sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, tele assistência e informação em saúde) e logístico (regulação do acesso, registro eletrônico em saúde, sistema de transporte em saúde) (MENDES, 2011).

As evidências que a literatura pontua sobre a organização em Redes de Atenção à Saúde relaciona-se a melhoria da qualidade dos serviços, dos resultados sanitários, da satisfação dos usuários e no fortalecimento da AB (MENDES, 2010). Estudo de Silva (2011) analisa os desafios que estão presentes no SUS para promover a integração das redes de atenção, relacionando as necessidades de saúde com a gestão intergovernamental, aperfeiçoando a pactuação entre as esferas de governos para qualificar a AB e expressá-la como ordenadora das redes.

Esta, é investigada por Bousquat e colaboradores (2017) e sinalizaram a existência de fragilidades na compreensão da sua amplitude e na repercussão nas ações e serviços.

Os autores destacam que a AB é reconhecida pela população do Estado de São Paulo como um meio para retirada de medicação, aferição da pressão arterial, realização de curativos e outros procedimentos simples. Destacam a baixa resolutividade clínica e as condições estruturais das Unidades de Saúde, além do “mix” público-privado na contratação de serviços, como consultas especializadas, exames e reabilitação física.

A superação dos desafios para que a AB desempenhe o seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde, deve considerar, além das necessidades de saúde, o território, o perfil epidemiológico, o acolhimento, a avaliação de risco e a organização do trabalho para garantir a integração das práticas e continuidade do cuidado (LAVRAS, 2011). As quais foram identificadas nos estudos desenvolvidos com a utilização do PCATool Brasil na Rede de AB da 4ªCRS/RS por Damaceno (2015), Bandeira (2016), Signor (2016), Pucci (2017), Flores (2017), Streck (2019) e Kessler e colaboradores (2019). Os autores são enfáticos ao sinalizarem que a falta de investimento público na Rede de Atenção à Saúde, a inviabiliza. Sobrecarregando os demais níveis de atenção e gerando o “abarroamento” da população internada em hospitais e pronto-atendimentos (FARIA, 2018, p. 101)

Para Malta e colaboradores (2016) o financiamento adequado do Sistema Único de Saúde poderia garantir tais pressupostos e ampliar o acesso a melhorias dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população. Porém, no atual cenário político brasileiro, acentua-se a redução da oferta de ações e serviços em saúde a serem desenvolvidos na AB e decorrentes do congelamento de investimentos no setor saúde definido pela Emenda Constitucional nº 95 de 2017 que contingência os recursos por 20 anos (DUARTE, EBLE, GARCIA; 2018; LIMA, CARVALHO, COELI, 2018). Implicando na restrição da expansão da AB e impactando diretamente nos cuidados a serem ofertados pelos serviços de atenção à saúde na 4ªCRS/RS, em que 83% da sua população depende exclusivamente do SUS (DAMACENO, 2015).

Soma-se a este cenário de restrição financeira, a permanência das práticas de saúde voltadas à cura, acentuando o modelo hegemônico biomédico e desconsiderando a transição epidemiológica e demográfica que passa o Brasil. Expresso por Mendes (2010) em sistemas fragmentados que se voltam às condições agudas e que não tem a capacidade de uma resposta social de integração entre os serviços. Em um cenário que apresenta um modelo de saúde que não tem tido apoio político, e desta forma encontra dificuldades para responder as demandas de saúde da população, foram realizadas proposições que partem do planejamento em saúde para qualificar e implementar estratégias voltadas para

AB, possibilitando o desenvolvimento do trabalho coletivo (SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

Merhy e Franco (2008) afirmam que é a partir do trabalho que as sociedades são movidas e transformam sua realidade, pois partem da premissa que esta é mutável. Nessa perspectiva o trabalho humano realizado nos serviços de saúde e, especialmente quando realizado na AB, tem a capacidade de superar práticas rígidas e hierarquizadas, buscando compreender a subjetividade do cuidado (ABRAHÃO, 2007; DALBELLO-ARAÚJO, 2011; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018, CARRAPATO, et al, 2018), desenvolvidos por relacionamentos e no encontro com o outro, instituídas no cotidiano das equipes de saúde (FARIA, DALBELLO-ARAÚJO, 2011; GOMES, JUNIOR, 2015).

Para Franco e Merhy (2004) o “trabalho vivo em ato” se efetiva pela mobilização dos trabalhadores em saúde em (re)pensar e renovar práticas que historicamente foram instituídas. A mobilização dos profissionais de saúde foi identificada em estudo desenvolvido por Rodrigues, Santos e Pereira (2014), no Acre, em que relatam a experiência de um outro processo de implementação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Para que ocorresse a adesão e compreensão da magnitude do PMAQ-AB foram necessários cerca de dois anos de sensibilização de gestores, profissionais e usuários para comprometerem-se com as mudanças nos serviços de saúde. Processo esse, que permitiu olhar no cenário nacional para as ações desenvolvidas no cotidiano das unidades e garantir adesão à proposta (PINTO, SOUZA, FLORÊNCIO, 2012)

A Planificação da Atenção Primária à Saúde proposta na 4ªCRS/RS obteve adesão parcial (53%) dos gestores das Secretarias Municipais de Saúde, fragilizando-o desde sua implementação. Para Flores e colaboradores (2018), o caráter voluntário da adesão pode estar associado a ideia de ser este, mais um programa, “que vem e vai”, ou vinculado à incentivo financeiro do desempenho. Nessa perspectiva, a Planificação por constituir-se em uma proposta de governo e não assegurar aos gestores municipais contrapartida financeira para seu desenvolvimento, podem ter contribuído para as fragilidades encontradas.

O estudo documental desenvolvido por Ribeiro e colaboradores (2019) analisou as reflexões das equipes da 4ªCRS/RS na fase das oficinas temáticas da Planificação da Atenção Primária à Saúde e verificaram que estas produziram impacto na atenção em saúde e nos processos de trabalho das equipes participantes. Apontando que as atividades de planejamento e organização dos processos de trabalho foram importantes dispositivos de educação no trabalho diário em saúde.

Os pressupostos metodológicos da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS aproximaram-se dos pressupostos teóricos do Trabalho Vivo em Ato proposto por Mehry e Franco (2009) e dos referenciais do Planejamento Estratégico de Carlos Matus (1984), uma vez que se operacionaliza a partir da definição de objetivos, reorganização dos processos de saúde, desenvolvida por ferramentas e formalizada em plano para subsidiarem a tomada de decisão na resolução das necessidades de saúde da população (CHIAVENATO, 2014). Potencializando, o alcance da AB (PAIM, 2006; RIVERA, ARTMANN, 2010).

Estudo realizado com os profissionais da rede de AB da 4ªCRS/RS desenvolvido por Flores(2017) identificou que destes, 68% possuíam formação complementar em nível de Pós-Graduação nas diversas áreas do saber e que 44% atuavam a menos de 5 anos na equipe de AB, refletindo na rotatividade das equipes nos serviços de saúde. Esta realidade foi verificada quando, por ocasião da pesquisa, os profissionais manifestaram que terem participado das atividades da Planificação possibilitou conhecer o território, o perfil epidemiológico, indicadores de saúde dentre outras. Revelando que estes profissionais que estão atuando na AB desta Região desconhecem o papel que tem e devem desempenhar na AB.

A proposição de intervenções em nível Regional e Estadual são necessárias para que os trabalhadores conheçam, reconheçam e assumam o seu papel na AB e, por outro lado, instiguem a gestão a comprometer-se com a fixação de profissional. Para Pinto, Souza e Florêncio (2012); Rodrigues, Santos e Pereira (2014); Silva e colaboradores(2017) e Flores e colaboradores (2018) a não compreensão do que significa a Planificação da Atenção à Saúde decorre da falta de interlocução entre a gestão e os profissionais das equipe de saúde, fragilizando-a. Estudo de Silva e colaboradores (2017) que avaliou a percepção de gestores incorporarem da implementação do PMAQ em seus processos de trabalho como proposta de qualificação e avaliação da AB, encontraram resultados semelhantes.

A Planificação da Atenção Primária à Saúde foi sendo apreendida pelos profissionais de saúde durante o processo de implementação como “mais um trabalho”. Os responsáveis técnicos da condução compreendiam como oportunidade de repactuar as atividades desenvolvidas na Rede de Atenção à Saúde da 4ªCRS/RS consideradas “triviais” (conhecer o território, o perfil epidemiológico e indicadores de saúde).

Os estudos realizados pelo CONASS nos anos de 2009 e 2010 apontam a Planificação da Atenção à Saúde como processo de planejamento da atenção em saúde (BRASIL, 2009, 2010). Em 2011, o conceito da Planificação foi ampliado incorporando

referenciais que envolvam a construção coletiva do conhecimento, fundamentados em conceitos e ferramentas sistematizadas nos Cadernos de AB e na PNAB de 2006 propostos pelo Ministério da Saúde para serem utilizados no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Ao serem analisados os documentos e acompanhando a execução desse processo na 4ªCRS, infere-se que esta proposta associou os modelos do planejamento normativo e do planejamento estratégico em suas atividades, especialmente nas oficinas e tutorias. Entretanto, verificou-se que não aprofundou e não fez a opção teórico metodológica por nenhum dos dois modelos. Revelando que a Planificação da Atenção à Saúde não é um método novo de planejamento, mas tem como mérito sistematizar o conhecimento produzido, conformando em um dispositivo de apoio para a gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Atualmente, a Planificação da Atenção à Saúde encontra-se em processo de (re)construção conceitual decorrente das experiências que vem desenvolvendo na AB e nos demais níveis que compõem a Rede de Atenção à Saúde. Identificadas em estudos de Neto e Barbosa, 2018; Barcella, Possuelo, Krug, 2018; Costa, 2019; Dornelles et al, 2016; Evangelista, et al, 2019; Guedes, et al, 2019; Oliveira Júnior, 2014; Neto, Silva, et al, 2017; Rolim, et al 2018, como um movimento potente para garantia da AB como ordenadora da RAS.

Os estudos destacam como principal fortaleza da Planificação a (re)organização dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde. Estes permitem aprofundarem a compreensão sobre as atividades que desenvolvem. Nesse sentido, para Faria, Dalbello-Araujo (2011) o processo de trabalho é a transformação do objeto, cujo instrumentos são os profissionais, agentes constituintes das relações, a partir da construção conjunta de quem idealiza e executa as ações em saúde possibilita superar práticas fragmentadas e o caráter punitivo da fiscalização por desempenho nas equipes.

Estudo de Schimit e colaboradores (2015) que objetivou descrever as implicações da gestão do trabalho no cuidado na AB, apontou o abandono da gestão, a falta de escuta, o autoritarismo e a descontinuidade no cuidado no processo de trabalho na equipe investigada. Já para os estudos de Schimit e colaboradores (2017,2019) destacou-se como necessidade fortalecer a organização da equipe de saúde, qualificar as ações e serviços, além de estabelecer fluxos assistenciais com os demais pontos de atenção. Ou seja, “terem capacidade instalada satisfatória na média e alta densidade tecnológica não os dispensa de sedimentarem a AB para efetivar a RAS com integralidade” (SCHIMIT, et al, 2017, p. 178).

O trabalho em saúde, quando ressignificado, tem o potencial de transformar o cotidiano, bem como, o processo de trabalho (FARIA, DALBELLO-ARAUJO, 2011; MEHRY, 2005). O “olhar para as equipes” foi mencionado como potencialidade da Planificação na 4ªCRS/RS, momento em propiciou a aproximação entre os profissionais das Equipes de Saúde, valorizando-os para a condução das ações e serviços por eles desenvolvidos. Promovendo, desta forma, a cogestão dos processos em oposição às práticas de autoritarismo identificadas por Schimith e colaboradores (2015). Para Guedes e colaboradores (2019) iniciar a Planificação com as equipes de AB decorre da possibilidade efetiva de aproximá-las dos municípios da região, estabelecendo trocas e vivências, que poderão impactar em mudanças na organização dos processos de trabalho, contribuindo para a integralidade das ações nesse nível de atenção.

Os autores Evangelista e colaboradores (2019) ao descreverem o planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde na Região Leste do Distrito Federal, destacam a Planificação como instrumento de gestão para a organização dos processos que envolvem a territorialização, cadastramento das famílias, estratificação de risco, classificação de riscos familiares, diagnóstico local, atendimento por bloco de horas, dentre outros.

Estudos desenvolvidos por Guedes e colaboradores (2019) no Paraná contribuíram para a diminuição das filas e do tempo para agendamento de consultas e exames, estimulando com os demais níveis de atenção na Rede. Neto e Barbosa (2018) destacam a estratificação de famílias, de crianças até 2 anos, de gestantes e da população com condições crônicas de saúde (diabetes e hipertensão) como contribuição da planificação. E, para Silva e colaboradores (2017), foi no cuidado às pessoas diagnosticadas com Diabete Mellitus, sistematizado com o uso das ferramentas apresentadas, a sua maior contribuição. Para Costa (2019), a qualificação das condições laborais e do trabalho em equipe otimizam os serviços disponibilizado para a população.

Dornelles e colaboradores (2016) destacam que a planificação contribuiu no processo de formação de profissionais de saúde, vinculado ao Programa de Residência em Área Profissional da Saúde na modalidade Multiprofissional da UFSM, que na oportunidade atuavam junto às equipes de AB e de vigilância do município de Santa Maria e na 4ªCRS/RS. Estes atuaram como apoiadores institucionais junto às equipes de saúde em todas as etapas do Processo nesta Região, sendo estes constituidores prioritários do grupo condutor das atividades da Planificação.

O estudo em tela identificou que o objetivo de redefinir os fluxos e estabelecer pactuação nas Rede de Atenção à Saúde da 4ªCRS/RS não se efetivou por um conjunto

de fragilidades. Essas, decorrentes das características do território, da rotatividade dos trabalhadores e dos gestores nas instâncias estadual e federal, fazendo com que propostas e programas como o PMAQ-AB e a Planificação da Atenção à Saúde, dentre outros, não se efetivassem na Rede de Atenção à Saúde por não se constituírem em política de Estado e sim de Governo. Portanto, sujeitas a todas as mudanças de curso e humor presentes nas gestões públicas, analisadas por Junqueira e colaboradores (2009) e pontuam que os profissionais “permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e das diferenças entre governos que se sucedem no poder”, ou seja, de qual modo os profissionais são contratados e quais as condições sociopolíticas que se desenvolvem neste trabalho.

Para Cecílio e Reis (2018) na AB permeiam os desafios do subfinanciamento, da crise econômica, do empobrecimento da população, da mudança de perfil epidemiológico, dentre outros. Acentuando a complexidade da formulação de políticas que não consideram a diversidade brasileira e não dialoga com as especificidades locais, determinando novos modelos de saúde entre um governo e outro.

A análise da organização administrativa e sanitária do SUS realizada por Santos e colaboradores (2018) inferiu que, quando os gestores municipais não se apropriam e/ou protagonizam a execução das políticas públicas, tornam-se dependentes das transferências de recurso do governo federal. Resultando em ações e serviços definidos em esferas superiores, subordinando as Coordenadorias Regionais de Saúde a executarem ações que nem sempre são adequadas à realidade local. Pois, foi referido no estudo que a cada nova gestão de Secretários Municipais e Estadual de Saúde são implementadas novas propostas, projetos e programas, não tendo continuidade os projetos e programas em andamento.

Dessa forma, as construções dos processos desenvolvidas pelas equipes de saúde são desfavorecidas e inviabilizadas na AB como modelo ordenador da rede e coordenadora do cuidado. Em estudo desenvolvido na 6ªRS/RN foi verificado que as mudanças do contexto sócio-político-operacional fragilizaram a implantação das redes de atenção na região e no Estado do Rio Grande do Norte, que estavam se consolidando (OLIVEIRA, JUNIOR 2014).

Para Guedes e colaboradores (2018) existe um percurso a ser desenvolvido para que de fato as mudanças possam ser incorporadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, por trabalhadores e usuários do sistema público de saúde. Neste contexto, para a Planificação da Atenção à Saúde ser incorporada no fazer diário em saúde, há necessidade de instituir mecanismos de monitoramento e avaliação, os quais não estejam sujeitos à transitoriedade das relações de poder econômico e político, desconsiderando os micro

movimentos de gestão das equipes de saúde, apontado por Cecílio e Reis (2018) como invisíveis para os gestores.

Nota produzida por Noronha e colaboradores (2018) sobre o futuro do SUS, reafirma o enfraquecimento do setor decorrente das sucessivas Emendas Constitucionais que esvaziam a regulamentação do financiamento para o setor público de saúde. Apontando “estrangulamento fiscal” e a reversão dos dispositivos legais que geram obstáculo a atender a Constituição Federal, considerando o impacto das transições demográficas epidemiológicas na produção dos serviços de saúde. Tais inquietações políticas tentam desenvolver o SUS e são, para Santos (2018), resultados de um movimento de resistência para garantir a sustentabilidade um Sistema Universal e não um Sistema de cobertura universal.

Tais desafios convidam as gestões municipais e estaduais a repensar e produzir no modelo de cuidado hegemônico, a partir da avaliação do que está sendo realizado. Sustentando politicamente o fazer em saúde garantido pelo que Contandriopoulos e colaboradores (1977) intitulam de uma “atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem”, a avaliação em saúde.

Para Bosi e Uchimura (2009) a avaliação qualitativa com o objetivo de compreender dimensões que não são possíveis expressar em indicadores a partir da avaliação quantitativa, voltando-se a subjetividade dos processos. Para Tanaka (2011, p.931), “o marco referencial teórico mais pragmático para a avaliação de qualidade” sustenta-se na Tríade de Donabedian. Em que se mensuram a qualidade da atenção à saúde, quantos e quais são os recursos a serem ofertados e verificando o “quanto” do objetivo foi alcançado como resultado de processo (DONABEDIAN, 2003). Silva (2011) infere a possibilidade de utilizar a avaliação nos serviços de saúde para apoiar o processo de tomada de decisões, o aperfeiçoamento das intervenções realizadas, prestar contas à sociedade e/ou incorporar práticas de qualidade em saúde.

Neste contexto, a Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS ao desencadear junto as equipes de saúde precisa ter continuidade e ser assumida como uma ação importante pela Coordenadora Regional. Uma vez que ainda está em andamento e necessita atender aos pressupostos iniciais de redefinição de fluxos e pactuações das redes de Atenção à Saúde.

Desta forma, é necessário retomar os pressupostos do PES para contemplar as diversas dimensões que envolvem o Processo da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS. Definindo, de fato, qual Projeto será estabelecido pela Coordenadoria Regional e os Municípios e quais serão os recursos, humanos ou

financeiros destinado a viabilizar sua implementação. Para Paim(2006) há necessidade em ser estratégico para que possam ser observados as oportunidade e fragilidades que podem decorrer no alcance dos objetivos. Assim como estar atento a “quem”, “porque “e “de que posição” os profissionais dos diferentes cenários se envolvem e atuam na Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS. Tendo a capacidade de propor intervenções diante dos problemas que podem ser surgir.

O caminho se iniciou, mas há muito a ser percorrido para que ela, de fato, se consolide como um dispositivo de planejamento em saúde reconhecido por gestores municipais, trabalhadores e usuários de do SUS. Desta forma, os momentos do PES serão desenvolvidos na Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS a partir das fragilidades identificadas pelos profissionais e serão elaborados objetivos para solucionar as questões identificadas como necessidade. Identificando e reconhecendo o que poderá ser conflitivo na sua resolutividade e realizando o acompanhamento e avaliação contínua do que está sendo proposto.

Nesse sentido, os limites para o desenvolvimento deste estudo se relacionam aos participantes da pesquisa, no qual a participação foi de apenas gestores que implementaram a Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS e não foi considerado os profissionais que participaram das Oficinas e Tutorias, bem como os profissionais que estavam realizando Pós Graduação. Assim como o estudo considerou apenas a 1ª etapa Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS e conseqüentemente, não é possível estender os resultados obtidos para a 2ª etapa e generalizar conclusões da implementação da Planificação da Atenção à Saúde nas demais Coordenadorias Regionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ªCRS/RS inicialmente se configurou como uma estratégia da Secretária Estadual de Saúde para o fortalecimento da AB e pactuação das Redes de Atenção à Saúde. Buscando responder às reivindicações locais ao não repasse de recursos financeiros pelo gestor estadual e federal que acarretam a sobrecarga dos serviços ambulatoriais e hospitalares da Região.

Desta forma, o Projeto Piloto denominado de Planificação da Atenção Primária à Saúde mobilizou gestores, profissionais da saúde e usuários de dezessete municípios que integram à 4ªCRS/RS para discutir os processos de trabalho desenvolvidos por equipes que atuam na AB dos respectivos municípios. Este processo, possibilitou o diálogo entre os trabalhadores das equipes de saúde dos municípios, e deste com as equipes dos demais municípios da Região, com os gestores municipais, regionais, estadual e federal e com as instituições de ensino superior. Oportunizando momentos de discussão, reflexão e de qualificação das ações e serviços desenvolvidos nos serviços de AB.

Os encontros promovidos pela Planificação da Atenção Primária à saúde na 4ªCRS/RS oportunizaram o (re)pensar e o planejar das práticas desenvolvidas empiricamente no cotidiano das equipes, por meio do aprofundamento de referenciais teóricos que potencializaram momentos de construção do conhecimento. Embora, a Planificação da Atenção proposta não tenha sido identificada como um processo inovador com potencial para mudança nos serviços de AB dos municípios, teve como mérito a sistematização do conhecimento produzido, conformando-se num dispositivo de apoio para a gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Cabe destacar que a Planificação implementada no período de 2015 a 2017 na 4ªCRS/RS não atingiu seus pressupostos iniciais de redefinir fluxos e pactuar as Redes de Atenção à Saúde por um conjunto de fragilidades. Aponta-se a não compreensão dos gestores e dos profissionais de saúde sobre a importância da continuidade do processo. Pois, neste período houve trocas no nível municipal, estadual e federal, eventos estes que retardam a continuidade do trabalho até o momento construído.

A Planificação da Atenção Primária à saúde constituir-se-á em fortaleza quando for compreendida pela gestão e comunidade como investimento na qualificação profissional, ao disponibilizar tempo protegido para a equipe de saúde possam (re)pensar o processo de trabalho que está implementando na Rede. Para se configurar como um dispositivo que possa auxiliar nas Redes de Atenção à Saúde, precisa ser expandida para os demais municípios no território nacional, possibilitando a produção de reflexões

teóricas acerca da sua efetividade, pois um único Projeto Piloto é insuficiente para dizer sobre sua efetividade.

Desta forma, há necessidade de continuidade de estudos que possam avaliar a sua efetividade e consolidá-la como dispositivo de gestão das Redes para fortalecer a AB como ordenadora do cuidado e coordenadora das Redes e que sua continuidade nesta Região não dependa somente dos interesses dos gestores. Considerando que sua implementação foi uma oportunidade de ampliar conhecimentos no campo da saúde e dos diferentes núcleos profissionais, possibilitando o protagonismo dos profissionais nos diferentes cenários da atenção à saúde, seja na gestão ou no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4232440/mod_resource/content/1/APS%20e%20o%20processo%20de%20trabalho%20em%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.
- ANDRADE, L.O.M. et. al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. in: SOUZA, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- BANDEIRA, D. **Avaliação da aps: uma análise da coordenação da atenção nos municípios do interior do rs**. 2016. p.77. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.
- BARCELLA, R. C.; POSSUELO, G. C.; KRUG, S. B. F. Proposta de implantação da planificação da atenção básica em um presídio regional do rio grande do sul: estudo piloto. In: Promoção da Saúde em debate, 2018, Santa Cruz. **Anais...** Santa Cruz: UNISC, 2019. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q7Q2drV_p3wJ:https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/scps/article/download/19106/1192612128+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 24 jan. 2020.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 24 jan. 2020.
- BOUSQUAT, A. et al . Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1141-1154, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.
- BRANDOLT, C. R.; et al. Introdução do modelo Planificação em município do Rio Grande do Sul: relato de experiência. In: I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde, 04 abr. 2018, Chapecó. **Anais...** Chapecó: CIPPS. Disponível em: . Acesso em: 18 jul. 2018
- BRASIL, 2012 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm>. Acesso em: 24 jan. 2020.
- _____. Casa Civil. 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**, poder executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.html>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde: **CONASS**, 2010. 108 p. (CONASS Documenta; 21). Disponível em: < https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_21.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011b. 436 p. – (CONASS Documenta, 23). Disponível em: < https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2018a. 301p. (CONASS Documenta, 31). Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Constituição (1988). **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>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, poder executivo, Brasília, DF, 21 out. 2011a. disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, **Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Resolução nº580/2018 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº550. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 2018c. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; PLACIDELI, Nádia. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saude soc.**, São Paulo , v. 27, n. 2, p. 518-530, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200518&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

CECILIO, L.C.O.; REIS A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n. 8, 00056917. 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração: abordagens descritivas e explicativas**, Volume II. 7. Ed, Barueri, SP: Manole, 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **A avaliação na área da Saúde: Conceitos e métodos**. In.: HARTZ, Z.M.A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

COSTA, V.F.C. O Processo de implementação da tutoria da planificação da atenção primária em uma unidade laboratório de um município do interior de Goiás. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"**. v. 4, n. 3, p. 208-215.2019. Disponível em: < <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ly2wocWDeQkJ:www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/download/87/114/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

DAMACENO, A. N. **Atenção primária à saúde: avaliação do acesso de primeiro contato em municípios do rio grande do sul**. 2015. 93p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2015.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993. Disponível em: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5636/6132>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

DORNELES, T.C.; et al. O residente multiprofissional na construção da planificação da atenção primária à saúde relato de experiência. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 319-329, dez., 2016. Disponível em: < <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2329/1730>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

DRUKER, P. F. **Prática de administração de empresas**. Ed 1, Rio de Janeiro, RJ: Cengage, 2003. 397 p.

EVANGELISTA, M. J. O.; et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, 2019.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602115>. Acesso em: 24 jan. 2020.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Análise coletiva do processo de trabalho: reflexões pertinentes. **Rev APS**, v, 14, n. 2, p. 229-232, abr/jun. 2011. Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14755>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

FARIA, R. A territorialização da atenção primária à saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região Sul do Brasil. **Hygeia**, v. 14, n. 29, p. 89- 104, set, 2018. Disponível em: < <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/44129/24217>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2012. 206p.

FLORES, G. M. S.; et al . Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

FLORES, K. **Pcatool-brasil versão profissionais: avaliação do Atributo acesso de primeiro contato na atenção Primária à saúde em municípios do interior do rio Grande do sul**. 2017. 175p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

FORNO, H. C. D.; et al. Planificação na Atenção Primária à Saúde: um estudo reflexivo. In: Jornada Internacional de Enfermagem: Atenção Primária em Saúde - Rede em Conexões, 03 a 05 de maio de 2017, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: JIE . Disponível em: <<http://www.universidadefranciscana.edu.br/eventos/maiseventos/Anaiss.aspx?id=d/VmbbfhRSo=>>>. Acesso em: 24 jan. 2020

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n. 8, p. 1-5, 2018. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00029818/en>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

_____. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOMES, L. T. S.; JUNIOR, S. I. S. Processo de trabalho em enfermagem na saúde da família: revisão da literatura. **Rev APS [Internet]**, v. 18, n. 3, p. 390-397, set. 2015. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2123/902>. Acesso em: 24 jan. 2020.

GUEDES, B. A. P.; et al . A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 2125-2134, June 2019 . Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602125&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

GUIMARÃES, J. et al. **Risco e futuro da democracia brasileira: direito e política no Brasil contemporâneo** / Juarez Guimarães ... [et al.] (organizadores) – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2016. 468 p. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Brasil/fpa/20170912052252/pdf_1424.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

HALBERSTADT, B. M. K.; et al. Interface entre formação e a Planificação da Atenção Primária em Saúde: percepções acadêmicas. In: I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde, 04abr. 2018, Chapecó. **Anais...** Chapecó: CIPPS. Disponível em: <<https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/CIPPS/article/view/7294>> . Acesso em: 18 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100923.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

JUNQUEIRAI, T. S.; et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 122-133, mar. 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

KESSLER, M.; et al . A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Rev. Bras. Enferm., Brasília**, v. 71, n. 3, p. 1063-1071, mai 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

KESSLER, M.; et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 186-193, mar. 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200186&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

LACERDA, T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na atenção básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Planejamento-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

LAGO, S. S. C. P; et al. Planificação da Atenção Primária à Saúde no Pará: a experiência do Araguaia. **An Congr Bras Med Fam Comunidade**. Belém, v. 12, n. 1167, mai. 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/944>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

LAPÃO, L.V.; et al. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil e na região de Lisboa, Portugal. **Ciências & Saúde coletiva**, 22(3):713-723, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300713&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 jan. 2020.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

MAIA, D. J. B.; et al. A introdução do modelo Planificação em município do Rio Grande do Sul: relato de experiência. In: Jornada Acadêmica Integrada, 17 e 21 de outubro de 2016, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: JAI UFSM. Disponível em: <<https://portal.ufsm.br/jai/trabalho/trabalho.html?action=anais>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

MALTA, D. C.; et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232016000200327&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em : 24 jan. 2020.

MATUS C. **Política y plan**. Caracas: IVEPLAN; 1984.

MEGIER, E. R.; et al. Planificação da atenção à saúde: perspectiva da literatura brasileira. In: 6º Congresso Internacional em Saúde, 2018, Ijuí. **Anais...** Ijuí: UNIJUI. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/11172/9765>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

_____. A construção social da atenção primária à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS**, 2015. 193 p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. F. **Trabalho em saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. In: Pereira, Isabel Brasil Dicionário da educação profissional em

saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, 478P. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

_____. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2004, 296p.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>.

_____. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14ªed. São Paulo: Hucitec; 2014. 406p.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia**. 1ª ed. São Roque: Ludomedia, 2019. 80p.

MINAYO, M.C.S. DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (orgs.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016. p.96.

MOROSINI, M. V. G.C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 33, p. 2017. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00206316/en>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

NETO, C.G.S; BARBOSA, M. I. S. Estratificação de risco das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: a contribuição da psicologia. **SANARE**, Sobral, v. 17, n.01, p. 06-14, jan./jun., 2018. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1217/648>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

NICOLA, T. **Construção e validação de um instrumento de avaliação do processo de planificação da atenção primária à saúde**. 2018. 99p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Fundação Univ. Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 2018.

NORONHA, J. C.; et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2051-2059, June 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602051&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

OLIVEIRA JÚNIOR, S. A. O. **Planificação da rede temática de atenção na 6ª região de saúde do rio grande do Norte**: análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais. 2014. 124p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (org.). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_o_redes_atencao_sus_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf)>. Acesso em : 24 jan. 2020.

PAIM, J. S. **Planejamento em saúde para não especialistas**. In: Campos, Gastão Wagner. Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. Disponível em: <http://www.pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/PLANEJAMENTO_EM_SAUDE_.pdf>. Acesso em : 24 jan. 2020.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação Implementação. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v.38, nº especial, p. 358-372, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

PIOVESAN, A. TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, aug. 1995 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

PIZZIMENTI, C. Sou feita de retalhos. **Uma pitada de encanto**. 2018 Disponível em: <<https://www.facebook.com/UmaPitadaDeEncantoByCrisPizzimenti/photos/a.200584316753071/1313050845506407/?type=3&theater>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

PNUD. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 2016. Disponível em:<<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

PUCCI, V. **Pcatool-brasil versão profissionais: avaliação do atributo acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde em municípios do interior do rio grande do sul**. 2017. 165p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2015. Acesso em : 24 jan. 2020.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. Fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: Uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14347>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

RIBEIRO, A. C.; et al. Primary care planning process theme workshops: prospects of the health teams. **International Journal of Development Research**, v. 09, n. 11, p. 30413-30418. 2019. Disponível em: <<https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/17053.pdf>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Informativo da Atenção Básica. 2.ed. Porto Alegre: **Governo do Estado do Rio Grande do Sul**, 2017. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/17174353-boletim-informativo-n-2-maio-2017.pdf>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. In: _____ (Org.). Análise estratégica e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 17-35

_____. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

RODRIGUES, V.; SANTOS, C. R. I.; PEREIRA, M. U. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 173-181, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600173&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

ROLIM, E. C. et al. Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no distrito federal. **Com. Ciências Saúde**. V. 29, n. suplementar 1, p. 79-83. 2018. Disponível em: <<http://www.esccs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/171/258>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300861&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

SCHIMITH, M. D.; BRETAS, A. C. P.; et al. Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Enfermería Global**, v. 38, p. 205-219, abri. 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_administracion2.pdf>. Acesso em : 24 jan. 2020.

SCHIMITH, M. D.; BRETAS, A. C. P.; SIMON, B. S.; et al. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em santa maria (RS). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 163-182, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

SCHIMITH, M. D.; BUDÒ, M. L. D.; et al. Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na atenção primária à saúde Rev. **Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 9, ex, p. 1-18, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28053>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

SIGNOR, E. **Avaliação da integralidade na rede de atenção primária à saúde em municípios do interior do rs**. 2016. P. 100. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

SILVA, L. M. C.; et al. Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 397-403, aug. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400397&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

STRECK, M. T. H. **Prevalência do atributo acesso de primeiro contato na APS à saúde da criança e do adolescente**. 2019. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 24 jan. 2020.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. P.161. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. **O SUS em perspectiva**. in: Tratado de Saúde Coletiva. Gastão Wagner de Sousa Campos et al. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

WEILLER, T. H.; et al. PCATool (Primary Care Assessment Tool): Avaliação da Atenção Primária na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS). **Biblioteca Lascas**, 2014; 10(3). Disponível em: <<http://www.index-f.com/lascas>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

WHO; UNICEF. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. **World Health Organization/ United Nations Children's Fund**. 2018. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/10/gcphc-declaration.pdf>>. Acesso em : 24 jan. 2020.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone e endereço para contato: (55)991396692 (Elisa); e-mail elisa.rucks@gmail.com; Rua Coronel Niederauer, nº1081, apto 21, Bairro Centro, Santa Maria – RS, CEP nº97.105-121.

Local da coleta de dados: 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS) e Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS/Santa Maria).

CAAE nº: 03355018.4.0000.5346

Prezado (a)! Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL” de forma totalmente voluntária e, antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações deste documento. A pesquisadora, irá responder e esclarecer todas as suas dúvidas e questionamentos antes de você decidir em participar.

O Processo da Planificação à Saúde de destaca como um processo potencial de Planejamento das Redes de Atenção à Saúde e a refletir o papel da Atenção Primária À Saúde como ordenadora desta Rede. Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo geral compreender o processo da Planificação da Atenção à Saúde na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (4ªCRS/RS) e como objetivos específicos são conhecer o processo da Planificação da Atenção à Saúde na 4ª CRS/RS, descrever o processo da Planificação da Atenção à Saúde na 4ª CRS/RS e identificar as potencialidades e fragilidades do processo da Planificação da Atenção à Saúde na 4ª CRS/RS. Os dados serão coletados por meio da observação participante, documentos e entrevista semiestruturada. Os dados serão registrados em um diário de campo e, posteriormente, serão digitados em um editor de texto para que possam ser analisados, pela proposta operativa desenvolvida por Maria Cecília de Souza Minayo.

Os **benefícios diretos** estão associados a reflexão da construção de conhecimentos sobre o Processo de Panificação da Atenção à Saúde, das ações de planejamento da Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -

2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

atenção à saúde e da construção coletiva dos saberes. Destaca-se como **benefício indireto** à contribuição para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde. **Não estão previstos riscos**, contudo você poderá sentir desconforto, cansaço, inquietude ou ansiedade durante a entrevista semiestruturada.

Caso seja identificado ou você manifeste que está sentindo algum tipo de desconforto, inquietude ou ansiedade durante a pesquisa, vamos interrompe-la, assim como você tem o direito, a qualquer momento, de se recusar a responder aos questionamentos e a retirar o seu consentimento, finalizando a pesquisa sem nenhum prejuízo, interferência ou penalização. E, caso, houver alguma despesa de deslocamento para participar, esta será ressarcida pela pesquisadora, e será garantida a indenização diante de algum risco que decorra da pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão armazenadas em um armário na Sala 1308, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Dra. Teresinha Heck Weiller e após serão descartados. A pesquisadora se compromete a garantir o sigilo e a privacidade da sua participação, não o identificando em nenhum momento quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

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, expressei minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Santa Maria ____, de _____ de 20 ____

Teresinha Heck Weiller

Pesquisadora responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -
2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

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

Termo de Confidencialidade dos dados

Título do projeto: PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 991396692 (Elisa)

Locais da coleta de dados: 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS) e Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS/Santa Maria).

CAAE nº: 03355018.4.0000.5346

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos dados que serão coletados por meio da observação participante, documentos e entrevista semiestruturada. Concorde, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

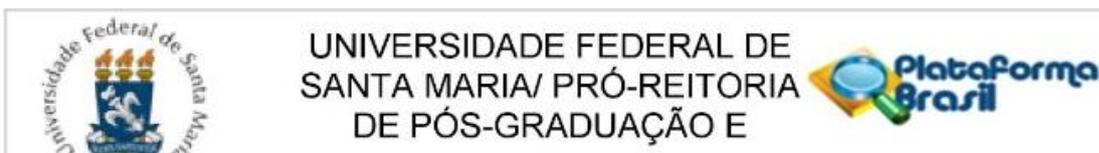
As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão armazenadas em um armário de posse da Profª Drª. Teresinha Heck Weiller, localizado na Sala 1308, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Dra. Teresinha Heck Weiller.

Santa Maria 21, de novembro de 2018

Teresinha Heck Weiller

Pesquisadora responsável

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Teresinha Heck weiller

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03355018.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.073.876

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado vinculada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM, caracteriza-se como pesquisa exploratória-descritiva, com análise qualitativa.

Os participantes que serão convidados para fazerem parte da pesquisa serão os profissionais dos Grupos Condutores Regional e Municipal do processo da Planificação da Atenção à Saúde da 1ª e 2ª fase, totalizando 24 profissionais de saúde. Os profissionais serão incluídos no estudo através da "amostragem em bola de neve". Serão utilizados como instrumento de coleta de dados documentos, observação participante e entrevista. Será solicitado ao NURAS/4ªCRS e ao NEPeS/Santa Maria o acesso aos manuais, relatórios e demais documentos produzidos nesse período. A observação participante será realizada nos cenários de atuação do NURAS/4ªCRS e no NEPeS/Santa Maria em, pelo menos, quatro turnos da semana, totalizando 16 horas semanais, que será acordada devidamente com os profissionais dos Serviços em questão, a fim de otimizar a observação nas atividades e ações relacionadas ao Processo da Planificação da Atenção à Saúde. A entrevista semiestruturada será realizada com agendamento prévio com cada participante, o que definirá o local apropriado e o horário que melhor lhe convém.

Para analisar e interpretar os dados, será utilizada a proposta operativa desenvolvida por Minayo. Apresenta cronograma de execução e orçamento.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

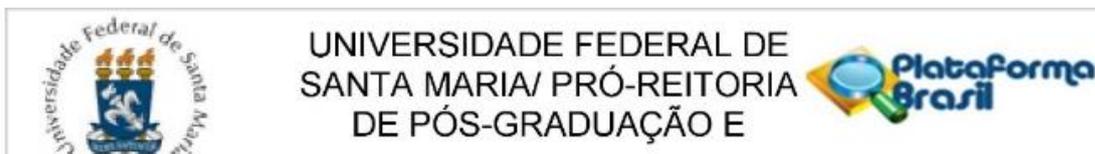
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.073.876

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: compreender o processo da Planificação da Atenção à Saúde na 4ª CRS/RS.

Objetivo secundário:

- Conhecer o processo da Planificação da Atenção à Saúde na 4ª CRS/RS;
- Descrever o processo da Planificação da Atenção à Saúde na 4ª CRS/RS;
- Identificar as potencialidades e fragilidades do processo da Planificação da Atenção à Saúde na 4ª CRS/RS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não estão previstos riscos diretos, contudo, poderá haver desconforto, cansaço, inquietude ou ansiedade ao serem observados ou ao responder aos questionamentos relacionados às suas vivências e percepções em relação à Planificação. Caso a pesquisadora identifique ou o participante manifeste algum tipo de desconforto durante a observação participante ou entrevista semi-estruturada, a pesquisa será interrompida sem prejuízo.

Benefícios: os benefícios diretos aos participantes estão associados a reflexão da construção de conhecimentos decorrentes da Planificação da APS e que repercutiu entre os profissionais e os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, através das ações de planejamento da atenção à saúde e/ou de construção coletiva dos saberes para a prática assistencial e gerencial. Destaca-se como benefício indireto à contribuição para o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

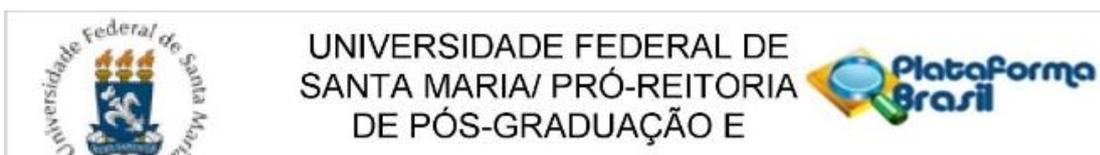
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, autorização institucional, registro no GAP, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido.

Recomendações:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.073.876

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1261263.pdf	23/11/2018 10:05:53		Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/11/2018 10:03:54	ELISA RUCKS MEGIER	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/11/2018 10:02:52	ELISA RUCKS MEGIER	Aceite
Folha de Rosto	PLANIFICACAO.pdf	22/11/2018 18:03:18	ELISA RUCKS MEGIER	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4CRS.pdf	21/11/2018 22:50:18	ELISA RUCKS MEGIER	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	NEPES.pdf	21/11/2018 22:47:24	ELISA RUCKS MEGIER	Aceite
Outros	CONFIDENCIALIDADE.pdf	21/11/2018 22:42:51	ELISA RUCKS MEGIER	Aceite
Outros	GAP.pdf	21/11/2018 22:38:22	ELISA RUCKS MEGIER	Aceite

Situação do Parecer:

Aprovado

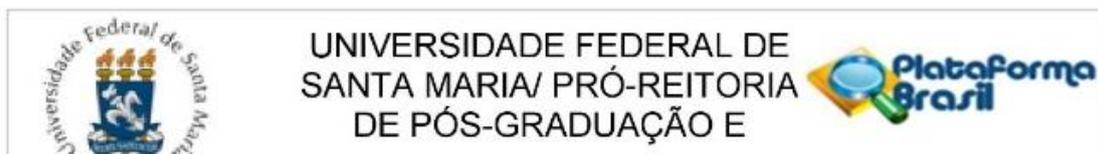
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 11 de Dezembro de 2018

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.073.876

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com