



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

RÂNDSON SOARES DE SOUZA

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA:
CONSTITUIÇÃO, (DES)CONTINUIDADE E RESULTADOS**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

RÂNDSON SOARES DE SOUZA

PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA:
CONSTITUIÇÃO, (DES)CONTINUIDADE E RESULTADOS

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Souza, Rândson Soares de .
Planeamento da Atenção Primária em Saúde de
Fortaleza: constituição, (des)continuidades e
resultados [recurso eletrônico] / Rândson Soares de
Souza. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 249 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do
Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Abaiara, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Planejamento em Saúde . 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.

RÂNDSON SOARES DE SOUZA

PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA:
CONSTITUIÇÃO, (DES)CONTINUIDADE E RESULTADOS

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 14 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Maria Salette Bessa Jorge (orientadora)


Prof. Dra. Marluce Maria Araújo Assis (1º membro - UEFS)


Prof. Dr. Adriano Rodrigues de Souza (2º membro - UNIFOR)


Prof. Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos (3º membro -


Prof. Dra. Lidia Andrade Lourinho (4º membro - UECE)


Prof. Dra. Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard (suplente -

Ao Grande e Adorável Deus Pai, Filho e Espírito Santo, fonte inesgotável de bênçãos, misericórdia e paz em minha vida. Pelo Dom da Vida e pela certeza de ser estrangeiro aqui.

À minha mãe Juraci Soares, que sempre acreditou que era possível e que na simplicidade do viver me ensina os reais e bons valores do mundo da vida e de forma tão amorosa chega, sem mesmo saber, a pegar em minha mão para de novo ensinar-me a escrever. É o meu tesouro terreno!

Ao meu pai Oriel Mota, que com seu jeito de ser me ensinou que vale a pena lutar por aquilo que acreditamos ser o certo. E que me faz acreditar, mesmo em silêncio, que tenho nele a nítida referência do homem que sou.

À filha que ainda não tive e nem sei se terei, mas que em meu coração já de fato é. Obrigado Allanis Lua por me fazer enxergar e deixar-me ser enxergado em nossas transparências que de forma efetiva se deu desde tua terna infância.

Dedico este trabalho!

AGRADECIMENTOS

ESPECIAIS

À Professora Dra. Maria Salette Bessa Jorge, por sua confiança que continuará e me instigará por todo o caminho vindouro, dado que reverbera o proporcionado da base sólida de aprendizado e desenvolvimento científico para uma Enfermagem arraigada numa perspectiva da Saúde Coletiva. E, de modo particular agradeço, pela sua firmeza em proposições e exigências que possibilitou ainda mais o fortalecimento do carácter guerreiro de enfrentar os desafios com firmeza de propósitos, fazendo-me perceber que os obstáculos da vida são apenas o caminho árduo do aprendizado que (des)vela o gosto sabor do terminar e recomeçar a partir de um novo desafio. Sua garra é inspiradora! Obrigado pela compreensão real do cuidado humano, sobretudo, nas circunstâncias dialogadas. Um forte e firme eterno abraço!

À República Federativa, ao Estado do Ceará e a Universidade Estadual do Ceará(UECE), pelo investimento público na minha formação através do financiamento de pesquisas e de bolsa desde a Iniciação Científica até o Doutorado, fazendo que o filho da classe trabalhadora de fato tivesse o direito ao seu devido retorno contributivo e pudesse ter de fato oportunidades.

PLURAIS E SINGULARES

Nas pessoas de Rejane Oliveira e Leandro Carvalho, agradeço a todos(as) colegas de turma do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), agradeço pelo convívio, os compartilhamentos e construções do saber científico do mundo acadêmico. E, de modo singular, a estes dois por nos diversos momentos termos dialogado e oportunizado a vivência compartilhada do mundo real da vida.

Na pessoa do quixereense, Dr. José Wellington, agradeço a todo o Corpo Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) que juntos possibilitaram uma formação, que contribuirá para a contínua lógica de construção científica e social pautada na integralidade, na ética do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde. E, de modo singular, ao Cidadão Quixereense que me permitiu de forma prazerosa e amistosa uma maior e necessária aproximação com a perspectiva quantitativa da Pesquisa em Saúde.

Na pessoa de Gilmara, agradeço aos gerentes (coordenadores, articuladores e tutores da APS) pela disponibilidade e colaboração no estudo. E, de modo singular, pelo reencontro com esta, proporcionando lembranças da vida secundarista e na reflexão que todo esforço nessa vida vale a pena.

Na pessoa de Dra. Marluce Maria de Assis (UEFS), agradeço aos membros da banca examinadora, Dr. Mauro Serapioni (UECE), Dr. Adriano Rodrigues de Souza (UNIFOR) e Dra. Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos (UECE), por ventura das contribuições salutaras e ainda aos professores que na transversalidade do caminho da vida acadêmica contribuíram nas ocasiões de qualificações e desenhos do que poderiam ser. Singularmente, a esta pensadora com tesão e crítica ao mundo vivenciado no SUS, estendo também esta singularidade ao Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus, ao Dr. Antônio Germane Alves Pinto e à Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira.

Ao amigo e companheiro Evandro Washington Sousa Nunes (*in memoriam*), que do outro lado da vida estar a sorrir e dizendo que já sabia que todo esse caminhar teria o dia do fim. A quem me deixou registrado o aprendizado real da alegria do viver e aproveitar está vida, pois hoje eu sei que “a vida é trem-bala parceiro e a gente é só passageiro prestes a partir”. Pra sempre! Forever!

Ao meu irmão Rannyere Soares, que de forma obrigada e/ou receptiva esteve a disposição para ajudar nas idas e vindas que se deram os processos de coleta de dados desta tese. Não só por isso, mas por todo o seu saber de mundo compartilhado em nossas vidas.

À Iracema Soares que em sua expressão de uma adotada maternidade acolhedora, faz-me perceber que família estar nas relações de cuidado e se estabelece para além dos laços sanguíneos. Sou grato pela sua dedicação para comigo!

Na pessoa de Lysania Lima, agradeço a todos os familiares que ao longo de muitos anos entenderam as minhas ausências para com as prazerosas convivências. Mas de modo caloroso e afetivo sempre estão de portas e braços abertos para arrochar o nó e sempre lembrar que muito mais de longe já vim. De modo singular a essa por demonstrar que os sensíveis são tão fortes e, ao longo da vida, vão amadurecendo e descobrindo que podem sempre mais. Somos assim!

Ao parceiro de todas as horas, Germane Pinto, agradeço pelas aproximações e (des)aproximações da vida acadêmica e por sua grande contribuição na formação profissional, mas, sobretudo, pelos momentos oportunos do mundo da vida que juntos podemos trilhar e produzir com afetos os diálogos acerca do modo de pensar e sorrir a beleza imperfeição da vida.

À parceira de todas as horas Diana Muniz Pinto, agradeço pelo caminhar acadêmico que se estendeu de forma prazerosa e efetiva ao caminhar da vida a partir de uma construção de amizade que podemos sempre com o outro contar, sem pra isso está a todo dia nem mesmo a se falar. Obrigado pela nossa cumplicidade fraterna de nos impulsionar.

À amiga Noemia Reis, que dos estudos em Administração é hoje um ponto de direção compartilhada em equilíbrio em nossas vidas. Nas trocas de nossas ricas experiências de ver e proporcionar a roda da vida. Afinal parece simples, mas só nós sabemos e construímos a metáfora que a roda já foi inventada e só precisa girar! Agradeço e quero sempre contigo compartilhar as voltas que está roda dar.

À Família Severino Lima, de modo singular a Fabianne Lima, que pela distância física não se faz todos os dias presentes, mas nem por isso tornamo-nos ausentes, agradeço a todos a maneira gratuita do compartilhar as vitórias e decisões dessa gente da gente.

Nas pessoas de Leilson e Carlivânia, agradecer a toda a Galera do Bem (Indara e Marnewtom, Mardenia e João Paulo, Milena e Erick, Mairla e Raul) por tornarem o desligamento da vida acadêmica um desafio necessário. Mas agradeço de forma singular a parte dos pares que souberam, de modo leal, amistoso e alegre, sorrir para de fato não chorar. Muitas conquistas temos a comemorar e palavras não seriam suficientes para expressar e assim só tenho a oferecer a continuidade do meu olhar.

Na pessoa de Evelyne Viana, agradeço aos colegas, bolsistas, voluntários, pesquisadores e técnico do Grupo de Pesquisa Saúde, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) que colaboraram no crescer acadêmico e nos desafios diários do pesquisar.

À Mairla, Maria e Haroldo que no âmbito acadêmico e no da vida se fazem prestativos e necessários nas ocasiões sempre de necessidades imediatas e urgentes. Meus sinceros agradecimentos.

Na pessoa de Francisco Amorim, considerado o âmbito do novo cenário profissional vivenciado na Universidade Federal do Pernambuco (UFPE), agradeço a Divisão de Enfermagem, a Chefia de Internação e ao Grupo de Supervisores de Enfermagem, que juntos têm contribuído para o meu amadurecimento profissional e pessoal, bem como entendimento dado flexibilidade necessária nos períodos de coleta de dados em Fortaleza. De modo singular, agradeço ao seu profissionalismo, à cordial sinceridade e ao acolhimento compartilhado.

Nas pessoas de Jaldecir de Mendonça e Enaide Vieira, agradeço a Equipe de Enfermagem do meu eterno 8º Norte HC– UFPE. Espaço acolhedor que recebeu um jovem enfermeiro e ensinou a prática técnico-científica do saber-fazer em Enfermagem. De modo singular a estas pela receptividade materna adotiva encontrada. Estende-se o agradecimento aos vínculos multiprofissionais necessariamente efetivados no corre-corre diário da específica dinâmica da unidade, que por horas traz saudades, mas foi a partir das experiências com vocês vividas que

aprendi que no caminho sempre existirão novos e contínuos desafios e sempre estarei me preparando para o próximo. Sou grato pelo carinho vivenciado!

Na pessoa de Hozana Oliveira, agradeço a Equipe de Enfermagem do 9º Sul e Central de Equipamentos, pelo acolhimento realizado de modo a facilitar o convívio a partir do desafio da Supervisão da Unidade, e juntos vamos percebendo que ninguém gerencia pessoas, mas sim vivemos e trocamos experiências a fim de caminhar em direção a um mesmo objetivo e de forma amistosa e prazerosa podemos cumprir com responsabilidade o nosso dever social. De modo singular, a esta por dialogarmos formas diferentes de ver a vida, a Poeira Cósmica, o Universo, para mim Deus, pois em sua inquietude trabalha minha paciência, que para aguentar tem de ser de Jó, bem como a prática da resiliência.

Na pessoa de Fátima Trajano, agradeço a vida pela possibilidade de novos ciclos de amizades na Veneza Brasileira, que se somam aos da minha amada Terra Alencarina e juntos vão trazendo a leveza compartilhada de que todos merecemos ser feliz!

“Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si. É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti. É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz. É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós. É saber se sentir infinito num universo tão vasto e bonito, é saber sonhar! Então, fazer valer a pena cada verso daquele poema sobre acreditar... Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu. É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu. É sobre ser abrigo e também ter morado em outros corações. E assim ter amigos contigo em todas as situações. A gente não pode ter tudo, qual seria a graça do mundo se fosse assim? Por isso eu prefiro sorrisos e os presentes que a vida trouxe pra perto de mim. Não é sobre tudo o que seu dinheiro é capaz de comprar e sim sobre cada momento sorriso a se compartilhar. Também não é sobre correr contra o tempo pra ter sempre mais porque quanto menos se espera a vida já ficou pra traz. Segura teu filho no colo, sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui. Que a vida é trem bala parceiro... E a gente é só passageiro prestes a partir!”

(Trem-Bala – Ana Vilela)

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) em suas potencialidades de ser articuladora e coordenadora de cuidados na Rede de Atenção em Saúde precisa ser pensada estrategicamente e planejada com macroprocessos que estabeleçam ações que considere as reais necessidades e demandas da população, podendo a partir disso consumir seus atributos e funcionalidades. Numa arena investigativa, configuram-se como objetivos da pesquisa: analisar a constituição do planejamento na APS de Fortaleza; descrever o entendimento dos gerentes sobre o planejamento no SUS e suas relações cotidianas; identificar as estratégias adotadas para viabilizar o planejamento na APS; e discutir os desafios e possibilidades que se articulam com a constituição do Planejamento frente ao processo de consolidação da APS. Optou-se pela pesquisa com abordagem qualitativa, numa perspectiva crítica e reflexiva. O local da pesquisa foi o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, no campo da Célula de APS (CEAPS) e nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) das seis áreas administrativas das Secretarias Executivas. Os participantes da pesquisa foram 18 dirigentes que atuam no planejamento do nível central e local das Unidades de APS (UAPS). Foram utilizados, como fontes primárias de coleta de dados, a técnica de entrevista semiestruturada e, como secundária, documentos oficiais. Seguiu os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob no 1.710.586. Os dados foram analisados sob os pressupostos da hermenêutica crítica. O Planejamento da APS em Fortaleza (2014-2017) vem sendo potencializado na proposição de que este nível de atenção coordene e oriente a rede de saúde, sendo operado a partir das relações do que os atores sociais subjugados pelos (des)compassos do gerenciamento dos Macroprocessos da APS no sentido de planejar/fazer/acontecer/transformar as realidades dos territórios. Delimitado por um modelo de atenção e gestão de atendimento as condições agudas e crônicas a APS tem tido ganhos nos sistemas de apoio e logísticos considerados que ampliam o acesso dos usuários, mas que ainda não permitem a consolidação da potencialidade prepositiva e teórica de seus atributos e funções. A operacionalidade cotidiana dos atos deu-se mediada por um apoio de consultoria/tutoria que o município tem implantado desde de 2013, tendo essa se mostrada como investimento e possibilitado uma formação integrada que precisa avançar para além do forte alinhamento conceitual entre os gerentes de nível central para o de nível local, devendo promover enfrentamentos de resistência por meio de um maior cogestão que proporcione a participação mais efetiva dos trabalhadores de saúde e usuários neste processo com o desenvolvimento de líderes da saúde, pensando organizações de um contexto globalizado e moderno, que por meio de um praxis mais pedagógica faz uso do dispositivo do planejamento e (des)vela suas potencialidades diversificadas, permitindo a elaboração de estratégias que tenham viabilidade e factibilidade para o alcance de metas pactuadas a partir de um maior consensos de seus atores sociais que contemple a vertente mais comunicativa do planejamento em saúde, possibilitando assim, cada vez mais, a consolidação dos ideários do SUS a partir da superação de entraves da integração Gestão-Atenção-Formação.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Planejamento em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) in its potentialities of being an articulator and coordinator of care in the Health Care Network needs to be strategically thought and planned with macro processes that establish actions that consider the real needs and demands of the population, being able to consummate its attributes and functionalities. In an investigative arena, they are configured as research objectives: to analyze the constitution of planning in the APS of Fortaleza; to describe the managers' understanding of SUS planning and their daily relations; to identify the strategies adopted to make feasible the planning in the APS; and to discuss the challenges and possibilities that are articulated with the constitution of the Planning front to the process of consolidation of PHC. It was decided for qualitative research with a critical and reflective perspective. The research site was the municipality of Fortaleza, capital of the State of Ceará, in the field of the PHC Cell (CEAPS) and in the Regional Health Coordination (CORES) of the six administrative areas of the Executive Secretariats. The research participants were 18 managers who are involved in planning the central and local level of PHC Units (UAPS). As a primary source of data collection, the semi-structured interview technique was used and, as secondary source, official documents. The ethical precepts of the research involving human beings were followed, according to the opinion of the Committee of Ethics in Research of the State University of Ceará (UECE) under no. 1,710,586. The data were analyzed under the assumptions of critical hermeneutics. The PHC Plan in Fortaleza (2014-2017) has been strengthened in the proposition that this level of attention coordinate and guide the health network, being operated from the relations of which the social actors subjugated by the (des) measures of the management of the Macro-processes of the PHC in the sense of plan/make/happen/transform the realities of the territories. Delimited by a model of care and management of acute and chronic conditions, PHC has had gains in support and logistical systems considered that broaden the access of users, but that still do not allow the consolidation of the prepositive and theoretical potentiality of their attributes and functions. The day-to-day operation of the actions was mediated by a consultancy / mentoring support that the municipality has implemented since 2013, which has been shown as investment and made possible an integrated training that needs to move beyond the strong conceptual alignment between level managers central to the local level, and must promote resistance confrontations through a greater co-management that provides the most effective participation of health workers and users in this process with the development of health leaders, thinking organizations of a globalized and modern context, that through a more pedagogical praxis makes use of the device of planning and unveils its diversified potentialities, allowing the elaboration of strategies that have viability and feasibility to reach goals agreed upon from a greater consensus of its social actors contemplating The most communicative aspect of health planning, making it possible, more and more, to consolidate the SUS's ideas based on overcoming the obstacles of the Management-Attention-Training integration.

Keywords: Primary Health Care. Health Planning. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde.....	26
Figura 2 –	Diferenças entre planejamentos.....	36
Figura 3 –	O Postulado de Coerência de Mário Testa.....	37
Figura 4 –	O Triângulo de Governo do PES.....	38
Figura 5 –	Processo de Planejamento.....	43
Figura 6 –	Linha do tempo do planejamento em saúde no Brasil.....	63
Figura 7 –	Linha do Tempo da APS no Brasil.....	70
Figura 8 –	A metáfora da casa na construção da APS.....	81
Figura 9 –	Representação gráfica hermenêutica-dialética.....	90
Figura 10 –	Organograma da Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza....	95
Figura 11 –	Diagrama da análise hermenêutica-dialética.....	105
Figura 12 –	Planejamento na Atenção Primária em Saúde.....	112
Figura 13 –	Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.....	116
Figura 14 –	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	120
Figura 15 –	Ações e organização de macroprocessos para o fortalecimento da APS de Fortaleza.....	123
Figura 16 –	Imagem-objetivo da estrutura física das UAPS: resultados em ambiência.....	128
Figura 17 –	Síntese dos Macroprocessos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza.....	138
Figura 18 –	Oficina e seus passos metodológicos para planejar a APS em Fortaleza.....	143
Figura 19 –	Rotinas de Interações do Gerenciamento na organização e planejamentos de atividades da APS.....	153
Figura 20 –	Necessidades de equacionamento nas reflexões dos atores acerca das questões de saúde.....	165
Figura 21 –	As clássicas Funções Administrativas como luz acesa ao Planejamento na Atenção Primária a Saúde.....	168
Figura 22 –	Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na	

	Atenção Básica.....	177
Figura 23 –	Ambiente de Planejamento em Saúde Transformador das Situações Desfavoráveis.....	200
Figura 24 –	Temáticas orientadoras do desenvolvimento de gerentes líderes em saúde.....	214
Quadro 1 –	Momentos do Planejamento Estratégico Situacional.....	39
Quadro 2 –	Linhas de investigação dos desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos da relação entre o Planejamento Estratégico Situacional e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas.....	47
Quadro 3 –	Implantação e cobertura das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Fortaleza no período entre Dezembro de 2005 e Dezembro de 2015.....	98
Quadro 4 –	Participantes do Estudo.....	100
Quadro 5 –	Documentos técnicos utilizados no processo de planejamento em saúde no âmbito Federal, Estadual e Regional.....	102
Quadro 6 –	Dimensões de Análise de uso dos documentos.....	103
Quadro 7 –	Confronto dos depoimentos dos dirigentes entrevistados.....	106
Quadro 8 –	Confronto das unidades analíticas entre os participantes do estudo.....	107
Quadro 9 –	Ações de fortalecimento na estrutura operacional da APS com vista integração da RAS.....	125
Quadro 10 –	Caracterização dos Sistemas Fragmentados de Saúde.....	131
Quadro 11 –	Atributos das Redes de Atenção Coordenadas pela APS.....	133
Quadro 12 –	Momentos, objetivos e intencionalidades de produto do PES na APS de Fortaleza.....	144
Quadro 13 –	Necessidades e demandas da operacionalidade cotidiana do planejamento em saúde na APS.....	149
Quadro 14 –	Dimensões analíticas do poder.....	157
Quadro 15 –	Resultado do PCATool Brasil aplicado aos Profissionais de um das Secretarias Executivas da APS de Fortaleza.....	172

Quadro 16 – Total de Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade, Fortaleza 2004 a 2013.....	178
Quadro 17 – Coeficiente de Mortalidade por Grupo de Causas em Fortaleza de 2000 a 2013.....	182
Quadro 18 – Matriz de Análise–Variável/Determinante e respostas esperadas pelo Sistema de Atenção à Saúde com MACC.....	197
Quadro 19 – Planejamento de Ações Relevantes para o fortalecimento do MACC na APS de Fortaleza.....	199
Gráfico 1 – Anos potenciais de vida perdidos (APVP) em relação à qualidade da Atenção Primária À Saúde em 18 países da OECD, período 1970 a 2000.....	66
Gráfico 2 – Número de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita em residentes em Fortaleza, CE, segundo ano de diagnóstico, 2007 – 2013.....	180
Gráfico 3 – Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo o componente, Fortaleza, 2003-2013.....	181
Gráfico 4 – Mortalidade por DCNT, segundo sexo e faixa etária - Fortaleza, 2013.....	184

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ação Integrada de Saúde
ANPES	Associação Nacional de Programação Econômica e Social
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEACC	Célula de atenção às Condições Crônicas
CEADT	Célula de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
CEAES	Célula de Atenção Especializada à Saúde
CEAPS	Célula de Atenção Primária à Saúde
CEASM	Célula de Atenção à Saúde Mental
CEAUE	Célula de Atenção às Urgências e Emergências
CELAF	Célula de Assistência Farmacêutica
CEPAL	Planejamento na América Latina
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
COHES	Coordenadoria dos Hospitais e Unidades Especializadas
COPAS	Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde
CORAC	Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde
CORES	Coordenadoria das Regionais de Saúde
COTEC	Coordenadoria de Tecnologia da Informação
COVIS	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CPPS	Políticas de Saúde do Centro Pan-americano de Planificación em Salud
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CSC	Centro de Serviços Compartilhados
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Economia Aplicada
ISEB	Instituto Superior de Estudos Brasileiros

MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RASM	Rede de Atenção em Saúde Mental
RASP	Rede de Atenção Psicossocial
SER	Secretaria Executiva Regional
SES	Secretarias de Estaduais de Saúde
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNESCO	Organização Educacional Científica e Cultural das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unida para a Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
ZOOP	“Zielorientierte Projektplanung” – Planificação de Projetos orientada a objetivos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	O ITINERÁRIO DO PESQUISADOR AO ANDAR NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE E A DESCOBERTA DO OBJETO DE ESTUDO..	20
1.2	OBJETO DE ESTUDO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	23
1.3	QUESTIONAMENTOS, OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS.....	29
2	APORTE TEÓRICO CONCEITUAL.....	31
2.1	PLANEJAMENTO EM SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO DO SUS: CORRENTES TEÓRICAS E POLÍTICA INSTITUCIONAL	31
2.1.1	Pensamentos e Propostas Metodológicas do Planejamento em Saúde: CENDES-OPS, PES e os dilemas, desafios e possibilidades de novas concepções.....	32
2.1.2	O contexto brasileiro do planejamento em saúde na interface da descentralização: uma abordagem acerca da instrumentalidade político-institucional.....	51
2.2	PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: POLÍTICA, E HISTÓRICO DE SUA CONSTITUIÇÃO.....	65
2.2.1	Contexto histórico da constituição e dos entendimentos dos atributos e funcionalidades da Atenção Primária em Saúde no Brasil.....	65
2.2.2	Política e Planejamento no fortalecimento do acesso a Atenção Primária em Saúde: propostas, mecanismo e instrumentos.....	77
3	MÉTODO.....	88
3.1	HERMENÊUTICA E DIALÉTICA.....	88
3.2	TRAJETÓRIA DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS.....	91
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	92
3.3.1	Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza-CE: Rede de Atenção Primária e sua articulação com outras redes assistenciais.....	93
3.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETAS DE DADO.....	99
3.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DOS DADOS.....	100
3.6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DISCURSOS.....	104
3.7	QUESTÕES ÉTICAS.....	108

4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	109
4.1	ENTRE O PLANEJAR E O PROGRAMAR: APS NA INTERFACE DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	109
4.1.1	Disposição para o planejamento: rotinas, programas e delimitações da gestão.....	110
4.1.2	Programação da APS na (des)integração da rede: oferta, demanda, pactuações e ajustes no atendimento.....	123
4.2	OPERACIONALIDADE COTIDIANA DO PLANEJAMENTO NA APS....	140
4.2.1	Programação das ações da APS em Fortaleza: demandas, organização e a interação dos atores sociais no planejamento das atividades.....	140
4.2.2	Monitoramento, controle e avaliação: a gestão da APS gerenciada com foco na construção de redes de cuidados crônicos?.....	170
4.3	RELAÇÕES ESTREITAS NA APS: AVANÇOS E DESAFIOS.....	204
4.3.1	Relações estreitas na APS: tutoria e as possibilidades de formação integrada para fortalecer o Planejamento em Saúde.....	204
4.3.2	Relações estreitas na APS: necessidade de desenvolvimento de gerentes líderes em saúde para fortalecer o planejamento estratégico.....	211
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219
	REFERÊNCIAS.....	223
	APÊNDICES.....	241
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	242
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	243
	ANEXOS.....	244
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO DE PESQUISA DA SMS.....	245
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO DE PESQUISA DA COGETS.....	246
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	247

1 INTRODUÇÃO

1.1 O ITINERÁRIO DO PESQUISADOR AO ANDAR NA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE E A DESCOBERTA DO OBJETO DE ESTUDO

O interesse pela pesquisa começou ainda na Iniciação Científica (IC) oportunizado pela participação no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) enquanto estudante do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Curso de Graduação em Administração pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Nessa época, a fim de fazer a articulação das áreas estudadas, o objeto de estudo escolhido foi o planejamento como dispositivo de consolidação do acesso a Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM).

Em 2011, depois de formado e com a inserção no mercado de trabalho priorizou-se as oportunidades e as experiências de atuação como professor de disciplinas teórico e práticas de cursos técnicos em enfermagem das cidades da Região Metropolitana de Fortaleza e do interior do estado do Ceará. A priorização se deu pelo desejo apaixonado e latente da docência, desejo esse que hoje é alimentado pela continuidade das experiências de ensino no âmbito universitário. No exercício dessa paixão, as aulas práticas de ensino oportunizam as vivências cotidianas das tensões e conflitos que envolvem o acesso, a organização e o funcionamento dos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao passar do tempo, as vivências práticas do cotidiano dos serviços de saúde permitiram uma reflexão e a necessidade de um posicionamento enquanto ator social e político do SUS. Assim, percebi e entendi a necessidade de dar continuidade a formação profissional para subsidiar o aprofundamento de uma prática profissional transformadora.

Em meio às reflexões vislumbra-se o desejo de adentrar num mestrado e dar continuidade a pesquisa no âmbito acadêmico. O esforço se tornou necessário para que isso se tornasse uma realidade. Como fruto do esforço, após seleção pública, logrei êxito para cursar o Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem. Os vínculos com o GRUPSFE foram reafirmados e com isso intensificou-se as discussões e ampliação de conhecimento por meio dos estudos acerca dos avanços, retrocesso, desafios e continuidades que permeiam a consolidação do SUS, dando destaque ao estudo das temáticas; acesso aos serviços de saúde, regionalização em saúde e planejamento em saúde, configurando, como temática central de estudo; o planejamento em saúde na consolidação de rede regionalizada de atenção em saúde, e mais especificamente a Rede de Atenção Psicossocial (RASP).

A decisão pela carreira acadêmica sempre foi uma realidade e em meio as necessidades e exigências para adentrar ao mundo do ensino universitário. Mas para além dessa reflexão, o clima era favorável para se aventurar nas possibilidades do conhecimento por meio da continuidade na pós-graduação em nível de doutorado.

Ademais, a UECE a época já oferecia cursos de doutorado próprio em enfermagem e em Saúde Coletiva num programa de ampla associação pela UFC, UECE e Universidade de Fortaleza (UNIFOR). A decisão pela saúde coletiva se deu na perspectiva de somar conhecimentos para além do núcleo base da profissão, mesmo o GRUPSFE em sua ampla gama de pesquisa já sendo um espaço para tal. Decidir então enveredar pelo caminho da continuidade com o grupo e com minha orientadora, pois esse se apontava o caminho mais promissor somado a atuação de docente como professor substituto da graduação em enfermagem na própria UECE desde o segundo período do mestrado.

O espaço familiar e produtivo me impulsionava a ficar, mas a reflexão sobre qual papel exerceria frente aos dilemas do SUS era uma indagação, faltava-me algo, uma vivência prática nesse sistema. Mas poderia ser adiada e doutorado ser uma meta conquistada e continuada, e assim foi. Pois, além dos doutorados já existentes, tinha se uma nova oportunidade, uma vez que ao fim do meu mestrado a UECE teve seu curso de mestrado em saúde pública ampliado para programa de mestrado e doutorado em saúde coletiva. Seleção feita e aprovação foi uma surpresa, dado que a orientadora afirmava que não era a hora ainda e deveria me preparar para mais na frente, mas a característica de teimoso por ela em nossa relação muitas vezes a mim atribuído não me podia ser diferente e assim disse vou fazer e ver o resultado. A surpresa foi porque dado o fim do processo tive a primeira colocação entre os colegas aprovados, fato esse que atribuo ao incentivo e a cobrança contínua, tensionada e produtiva da pessoa líder, pesquisadora e mulher Maria Salete Bessa Jorge, a quem não posso mais direcionar elogios se não será orientado subtrações.

A temática a ser pesquisada não seria outra senão continuar com os desafios da temática de planejamento em saúde. Mas a intenção foi redirecionada a medida que os resultados dos trabalhos desenvolvidos na graduação, especialização e mestrado me revelavam que a prática do planejamento numa perspectiva do cotidiano das instituições em saúde (Estratégia Saúde da Família - ESF e Centro de Apoio Psicossocial - CAPS) não era assumida em sua plenitude ora pelos gestores, ora pelos trabalhadores e usuários do sistema. Nota-se um vácuo quando da análise dos instrumentos, técnicas, desejos e intencionalidades daquelas estratégias contidas nos planos de saúde. Existiria algo que enfraquecia sua efetivação no espaço micro das relações de poder, pois o “deve ser”, pensado pela construção

intelectiva de técnicos da área encontrava e encontra grandes dilemas e desafios para de fato se efetivar em “pode ser”.

Decidiu-se então pesquisar não apenas acerca da efetivação dos planos, mas da constituição do planejamento da Rede de Atenção Primária em Saúde. Em que se recorta o então objeto de estudo que na subsecção seguinte é detalhado.

Saindo do núcleo até então pesquisado (saúde mental), tendo o intuito e o desejo de adentrar outras áreas. De modo específico se reconhece também as potencialidades da atenção primária para coordenar e ordenar a rede de atenção em saúde. Somado a esse entendimento, tem-se a breve experiência dos atendimentos como enfermeiro assistencial por oportunidade de em consequência dos acompanhamentos de alunos de cursos técnicos de enfermagem na região metropolitana de Fortaleza ter sido convidado para retirar, por seis (6) meses, férias de colegas de profissão. Curto período, mas bastante para instigar a reflexão acerca das reais funcionalidades da Atenção Primária à Saúde (APS), dado que se observar as práticas biomédica e curativa em detrimento do planejamento das práticas de promoção e prevenção em saúde consubstanciada principalmente pelo território vivo que forma APS. E ademais se observou que essa por muito tempo não tem conseguido ser a principal “porta de entrada”, dado as dificuldades que entram os mecanismos de referência e contra referência.

No decurso do caminhar e frente ao novo e inesperado surge a possibilidade efetivada de assumir concurso público para enfermeiro assistencial no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco e descobri e desvelei a possibilidade como a lacuna que faltará para conhecer dos três níveis da tão hierarquizada Rede de Atenção. Pois dia a dia tenho escutado e acompanhado os depoimentos do peregrinar de tantos usuários que para chegar e ter direito a assistência no topo da pirâmide leva até dois (2) anos. Experiência rica que tem me possibilitado sair do contexto teórico e adquirir um olhar mais crítico sobre a reflexão do SUS, bem como amadurecer para em novas experiências ampliar os nichos de atuação como docente. É um momento de passagem, rico e necessário no caminho da continuada formação.

As reflexões acerca do SUS e sua complexidade instigam a pensar e então estudar o suposto vácuo entre o dito teórico dos planos e ações de planejamento em saúde para a dita relação sujeito/práxis dos que o efetivam. Era preciso pesquisar o planejamento e seus movimentos em toda sua constituição, conhecendo seus instrumentos, mecanismos e, sobretudo os atores responsáveis pela construção, elaboração e consolidação de um plano, de sua efetivação e todo seu processo, mesmo sabendo dos ditos modos de ascendência preconizados pelo SUS.

Surge então a necessidade de estudar o plano/planejamento a partir das secretarias, coordenações, células, assessorias e núcleo que existem para tal. Pois se pressupõe que o vácuo da dicotomia teórico-prático está na falta ou não pactuação de consensos entre gestores, trabalhadores e usuários. Uma vez que por, muitas vezes, diagnosticou-se que havia uma diferença entre o planejado e o proposto pelos órgãos gestores e o executado na relação trabalhador-usuário.

1.2 OBJETO DE ESTUDO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Este estudo se pauta na análise da constituição do planejamento da Atenção Primária em Saúde em Fortaleza, considerando as dimensões político-institucional e operacionalidade cotidiana em que esse acontece, buscando assim a dimensão viva dos processos que viabilizam o cuidado em saúde.

O planejamento em saúde se torna instrumento para a gestão participativa na conformação estratégica de diretrizes, metas e operacionalidade executiva das demandas e necessidades da população em seu território. A análise multidimensional direciona seu olhar investigativo para as articulações político-institucionais, o financiamento e as demandas de custeio, os processos de determinação e produção social da saúde, a organização e funcionamento da rede de atenção à saúde.

O processo planejamento em saúde no SUS vem se conformando pelas pactuações colegiadas político-institucionais a partir de normatizações, decretos e portarias ministeriais que indicam a necessidade dos territórios, microrregiões e macrorregiões se articularem entre si para compor uma assistência integral à saúde e uma gestão compartilhada dos serviços e tecnologias em saúde (ASSIS et al, 2009).

No Brasil, a descentralização como diretriz do SUS operacionalizada hegemonicamente na dimensão financeira, pelo financiamento, avaliação e controle bem como pela organização dos serviços e pela hierarquização dos níveis de complexidade. Concomitantemente, a regionalização dos serviços e dispositivos assistenciais conjuga a implementação de políticas pactuadas por gestores e representantes no controle social (ASSIS et al., 2009; ELSON, 2009; RIBEIRO, 2009; DOURADO; ELIAS, 2011)

Os entraves para a plenificação do direito à saúde convergem para o dimensionamento dos dispositivos assistenciais nas regiões mais longínquas e na própria cobertura nos territórios diversos do País. A consolidação do planejamento-gestão-atenção no

formato regionalizado das áreas de saúde requisita investimento tecnológico-assistencial, articulação político-institucional e participação ativa.

Expressivamente, o desafio maior é ampliar a qualidade do acesso aos serviços de saúde da população viabilizando inovações na forma de gerir o cuidado em saúde para superar reproduções de enfoques restritivos dos programas de saúde pública, hegemonicamente centrados na epidemiologia das doenças de massas configurados como aspectos importantes à discussão de mudança de modelo assistencial (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

O acesso aos sistemas que focam a universalidade deve ocorrer por livre escolha do usuário, independente do nível de complexidade tecnológica. A dispor de um planejamento epidemiológico, sócio demográfico e financeiro, as produções cuidadas têm como finalidade ético-assistencial a manutenção da vida, para tanto, o direito à saúde requisita a universalização e a integralidade a partir do evento disparador da entrada no sistema (JESUS; ASSIS, 2010).

Para Assis, Villa e Nascimento o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal a rede de atenção em saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de um planejamento participativo.

Abreu de Jesus e Assis (2010) concebem acesso como a “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele na rede de atenção em saúde em busca da resolução dessa necessidade que podem envolver os fatores econômicos, culturais, sociais, intersetoriais e a estrutura de governo de um país, colocando o acesso como objeto fundamental do planejamento no Brasil.

Nesse sentido, urge a necessidade de transpor o modelo piramidal de hierarquização dos serviços de saúde para a integralização circular e múltipla nas linhas de cuidado em consonância com as necessidades de saúde da população. Os níveis de complexidade da atenção à saúde devem estar definidos como dimensões do processo de cuidado dos indivíduos e das coletividades, mas sem fragmentar a atenção à saúde em parcialidades (CECÍLIO, 1997).

O Artigo 2.o. do Decreto 7.508 traz a definição de “porta de entrada” como “serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS”, exigindo importante debate acerca do acesso na rede de saúde, uma vez que, de acordo com modelo de atenção de saúde em vigência, a ESF é a possibilidade única e concreta de acolhimento nos diversos territórios,

apesar de que tal definição possa expressar diferentes portas de entrada, a fim de focalizar a atenção nas pessoas e em suas necessidades e, por conseguinte, caminhar na rede (BRASIL, 2011). Para tanto, é preciso ressaltar que o acesso na rede de saúde ainda se encontra assentado num modelo de atenção tradicional, a partir de um número predefinido de atendimentos, sem levar em conta a demanda dos usuários do território, fazendo que estes usuários tenham buscado vários serviços a partir de sua condição de acessibilidade, rapidez e capacidade de resolução de problemas, construindo, assim, fluxos assistenciais com diversas portas de entrada. Trata-se de uma porta em que o usuário entra, recebe alguma resposta e sai. Não se trata, portanto, de uma porta que garanta a entrada para a continuidade da assistência, acarretando inúmeras discussões sobre a questão do acesso nos palcos do planejamento em saúde.

Assim, o ato de planejar as ações e serviços de uma rede de atenção em saúde toma sua importância, dado que como diria Matus (1993), “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”, e se assim fosse pensado a realidade do SUS, assumir-se-ia uma caótica desorganização, o que resultaria em o acesso inadequado aos diferentes pontos e redes assistenciais, visto que não teria a identificação e direcionamento dos serviços por linhas de cuidados, bem como não existiria a possibilidade com critérios definidos de avaliação do que de fato vem sendo feito.

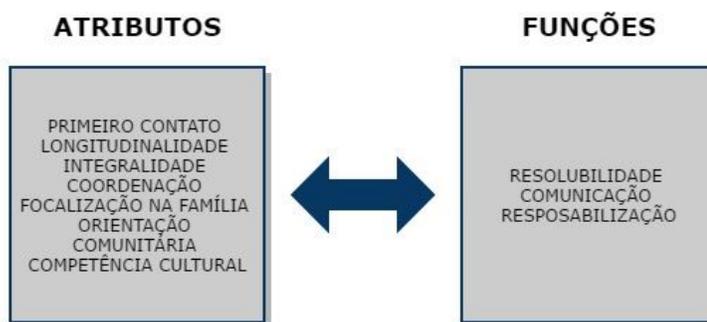
A organização e estruturação do SUS pressupõem que na maioria das populações, são mais frequentes casos que necessitam de atenção em serviços de menor complexidade do que aqueles com maior complexidade. Sendo que para melhor alocação e utilização dos recursos assistenciais, também é preciso considerar o custo para manter determinada unidade de saúde com relação à sua produtividade. (SILVA, 2011; JESUS; ASSIS, 2010).

No SUS a ESF é uma aposta política e institucional para inversão do modelo de atenção à saúde no Brasil que prioriza a promoção da saúde, lógica preventiva, centralidade territorial da assistência e o cuidado em rede de saúde. Constitui uma iniciativa de acesso ao SUS pelo aumento da porta de entrada na rede básica de serviços e dispõe de uma equipe básica para o acompanhamento e controle das ações de saúde na comunidade (BRASIL, 1994; 1999; 2006f).

Dessa forma, a APS, como parte integrante das Redes de Atenção à Saúde (RASs), estrutura-se em atributos e funções (Figura 1) a fim de fortalecer a atenção à saúde de forma acessível, integral, de baixo custo e ampliado, conformados como uma estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde como um todo e que orienta os recursos para as necessidades da população e coloca menos ênfase nas tecnologias mais densas voltadas para

as condições e eventos agudos e praticadas, principalmente, nos hospitais (STARFIELD, 2002).

Figura 1 – Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde



Fontes: Adaptado de Mendes (2002) e Starfield (2002).

Para manter a universalidade, a integralidade e a equidade no desenvolvimento das ações, o SUS deve dispor de uma rede assistencial que priorize a APS e mantenha a resolutividade pela integração dos serviços entre seus níveis de complexidade. A estruturação e organização funcional do SUS é a atividade inicial para manter a cobertura territorial da atenção à saúde.

Assim, o ato de planejar as ações e serviços de uma rede de atenção em saúde toma sua importância, dado que como diria Matus (1993), “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”, e se assim fosse pensado a realidade do SUS, assumir-se-ia uma caótica desorganização, o que resultaria em o acesso inadequado aos diferentes pontos e redes assistenciais, visto que não teria a identificação e direcionamento dos serviços por linhas de cuidados, bem como não existiria a possibilidade com critérios definidos de avaliação do que de fato vem sendo feito.

No contexto do SUS, o planejamento e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios é objeto de grande parte do seu arcabouço legal, indicando processos e métodos de formulação, interpretados, muitas vezes, como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria. No entanto, não se tinha um processo integrado e o que ocorria no geral era pseudoprocessos de planejamento com a finalidade de cumprir as exigências da Lei Orgânica da Saúde. Sendo por ocasião da experiência de construção do I Plano Nacional de Saúde, em 2004, que evidenciou a dificuldade institucional e a baixa incorporação de atividades do Planejamento em todas as esferas da gestão do SUS. A partir

dessa constatação o Ministério da Saúde assumiu a iniciativa de construir um Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), definido como “a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS”, através de um processo de construção coletiva (BRASIL, 2007). De fato essa é a proposta, pois o que tem ocorrido no geral são pseudoprocessos de planejamento com a finalidade de cumprir as exigências instrumentais da Lei Orgânica da Saúde.

No entanto, sabe-se que não se pode pensar o planejamento apenas numa concepção restrita de instrumentalidade, pois a resolução das demandas e necessidades dos usuários no SUS exige da rede de saúde uma atenção integral no modo de planejar o cuidado a partir de ações de saúde (MATTOS, 2004; AYRES, 2009) O limiar para a resolutividade assistencial é o suprimento das necessidades de saúde, e não apenas das demandas, que se constituem na determinação social do processo saúde-doença (CECÍLIO, 2001).

Complementar, o SUS enfrenta impasses na persistente fragmentação e burocratização do cuidado até mesmo em iniciativas estratégicas como a atenção primária em saúde. De modo geral, há baixa acumulação de instrumentos e ferramentas para uma gestão inovadora da prática, levando ainda em conta as peculiaridades do trabalho em saúde (autonomia dos trabalhadores, disputa de projetos terapêuticos, etc.) e a própria corresponsabilização e participação social (MENDES, 2011).

Ao demarcar a integralidade como um dos princípios do SUS orientadores da construção da rede assistencial, evidencia-se aqui a inserção dos profissionais e usuários dos serviços de saúde, entendendo que é preciso que a produção do cuidado seja planejada que esteja impregnada com as mais variadas formas de pensar e agir em saúde, associando então às práticas profissionais as executadas também enquanto ator gestor ou gerente dos serviços de saúde, sendo essas transversalizadas pelas as ações de promoção e prevenção em saúde que visam dar conta das demandas das pessoas, no atendimento às necessidades de saúde, individuais e coletivas (SANTOS; ASSIS, 2006).

A partir da interlocução entre saber e prática assistencial e gerencial, a abordagem da integralidade do cuidado permeia as práticas do planejamento nos serviços de saúde, exigindo uma compreensão sobre os movimentos inter-relacionais que movimenta os atores sociais e suas representações de poder na determinação das ações de saúde, de educação e de controle social (CLAPIS *et al.*, 2004; SILVA, 2006).

Os desafios para a integração em rede convergem na superação de tais entraves: pequena diversidade dos pontos de atenção à saúde; precariedade resolutiva da Atenção Primária à Saúde; carência de sistemas logísticos para intercomunicação dos pontos

assistenciais; e a fragilidade dos mecanismos de governança nas redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Ao colocar a APS como um eixo estruturante de um sistema, potencializando-a como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, é um dos principais desafios vistos pela gestão. Porém, uma APS resolutiva e de qualidade assume a coordenação como a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integralizado com os diferentes pontos de atenção e compreendido nas dimensões vertical com os demais níveis do sistema; e horizontal, que envolveria a articulação entre a própria equipe de APS, serviços de saúde e equipamentos sociais. Com isso, fortifica-se a integração da rede, corroborando com a formação de vínculos e a coordenação de cuidado e promovendo a construção de fóruns integrados de discussão entre a atenção básica e especializada, a telemedicina e o apoio matricial – estratégias com potencialidades para superar a distância entre gerentes e profissionais dos dois níveis assistenciais e a fragmentação da rede (GIOVANELLA *et al.*, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2014).

Em tempo, a APS indica mudanças no setor, mas ainda não demonstram grandes impactos no conjunto dos serviços de saúde. As dificuldades para ampliar a cobertura da ESF principalmente nos municípios de grande porte e a inoperância frente aos processos de trabalho das equipes e aos fluxos fragmentados e não continuados de atendimento designam certo descaso com a prioridade da promoção à saúde como garantia de direitos do cidadão.

Relevam-se então as tensões que se agravam nas portas de entrada dos serviços e nas emergências dos grandes e médios centros urbanos não somente por falta de implicação dos profissionais, mas também pela escassez de recursos públicos, pela utilização inadequada dos recursos disponíveis, por políticas de financiamento verticalizadas que não contemplam as necessidades da população, que são também determinantes do caos anunciado diariamente pela mídia (PINTO, 2013).

Coadunando, assim com o entendimento de Abreu de Jesus e Assis (2011), que é preciso reconhecer a compreensão do planejamento como um processo social que inclui determinações abstrato-formais, relativas ao avanço do conhecimento científico e técnico, bem como determinações históricas, relacionadas com as condições políticas e institucionais onde esse se realiza, o que para os autores traria a possibilidade de mapear diversas concepções que enfatizam alguns aspectos seja técnico, metodológico, político ou social do planejamento em saúde.

Nesse sentido, a constituição das redes de serviços de forma planejada e resolutive, bem como a realidade envolvida nos atributos da APS é um desafio complexo, pois envolvem desejos e intencionalidades coletivas, conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos e articulação do planejamento, gestão, financiamento e avaliação. E, nesse contexto, apresenta-se um dos dilemas do SUS no tocante a constituição do planejamento da Rede de APS, uma vez reconhecido seus atributos e suas funcionalidades.

De tal modo que instiga algumas prévias reflexões e outros tantos questionamentos acerca das concepções do planejamento, que inclui; como se constitui de fato o planejamento em saúde? Em que medida o planejamento é vislumbrado para além da utilização de técnicas e procedimentos simples? E em que medida da relação práxis/sujeito os processos de planejamento se tornam acessíveis a todos e podem contribuir para romper lógica dominante? Como planejamento ascendente no campo da saúde pode ser de fato viabilizado? Como o planejamento tem contribuído para o processo de implementação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tendo a APS as funções de coordenadora e /ou ordenadora da rede de cuidados?

Há tantas perguntas e podem ter-se algumas respostas já sabidas e / ou divulgadas frente a produção do conhecimento no campo da saúde coletiva, mas o que se observa-se é a necessidade de mais estudos que estejam para além das perspectivas tradicionais e meramente avaliativas. Neste estudo, enfatiza-se o potencial da discussão na possível (re)formulação de propostas estratégicas que favoreçam a relação sujeito/práxis nos processos de constituição do planejamento na rede de APS com reconhecimento de suas diferentes concepções, atributos e funcionalidades. Propõe-se então o planejamento pensado para além de sua inerente instrumentalidade e em outras concepções atribuídas. E, que sobretudo possa ser (des)velado o suposto vácuo a partir da construção e produção do conhecimento acerca do objeto estudado.

1.3 QUESTIONAMENTOS, OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

De modo específico, e pós apresentação da problemática e sua contextualização, tomam-se os questionamentos centrais deste projeto de tese:

- Como se dá a constituição do planejamento na Atenção Primária em Saúde em Fortaleza?
- Que entendimento possuem os gerentes da APS acerca do Planejamento em Saúde?

- Quais as dificuldades e facilidades que se articulam com a constituição do Planejamento frente ao processo de implantação da Atenção Primária em Saúde?

Nessa arena investigativa, configuram-se os objetivos da pesquisa:

Objetivo Geral:

- Analisar a constituição do planejamento na Atenção Primária em Saúde de Fortaleza (2014-2017).

Objetivos Específicos

- Descrever o entendimento dos gerentes sobre o planejamento no SUS e suas relações cotidianas.
- Identificar as estratégias adotadas para viabilizar o planejamento na Atenção Primária em Saúde.
- Discutir os desafios e possibilidades que se articulam com a constituição do Planejamento frente ao processo de consolidação da Atenção Primária em Saúde.

Nesse sentido, sob inspiração, reflexão e experiência aos questionamentos e objetivos, apresentam-se os **pressupostos teóricos** do estudo:

- 1- O Planejamento em Saúde está inserido num contexto de disputas, poderes e conflitos que repercutem na condução dos processos de conformação da Rede de Atenção Primária em Saúde, mas esse ainda não é tomado pelos atores sociais com um empoderamento de lógica de um dispositivo de transformação social e consciência sanitária. De tal modo que se observa um vácuo dicotômico da relação teórico-prático, daquilo que pode ser chamado de “deve ser”, “pode ser” e de fato é.
- 2- A proposta de planejamento contida nos documentos oficiais reflete uma perspectiva normativa de forte instrumentalidade, mas essa não se faz preponderante, pois o planejamento se vivifica a partir das relações dos atores sociais, que mesmo nos descompassos de suas práticas potencializam em maior ou menor grau, transformações das realidades de saúde.

2 APORTE TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO DO SUS: CORRENTES TEÓRICAS E POLÍTICA INSTITUCIONAL

Nesta seção apresentam-se os marcos conceituais e históricos que, no decorrer da construção desta tese, são referenciados pela interface da produção do conhecimento sobre a temática do objeto de estudo, ou seja, as conformações teóricas propulsoras das construções sócio históricas da política e planejamento em saúde do contexto brasileiro, e, sobretudo, na construção do SUS, a partir, e/ou por meio, da constituição da APS.

A produção científica acerca do Planejamento em Saúde tem se fundamentado em um conjunto amplo de abordagens teórico-metodológicas que guardam em si suas diferenças e semelhanças, bem como suscitam diferentes discussões e polêmicas que emergem das concepções e atribuições dadas a esse. Mas o que se propõem é o vislumbrar das dissonâncias e consonâncias das articulações possíveis, pois é o empoderamento dessas que aglutinam e somam forças para suas práxis, uma vez que este é reconhecido como processo social transformador e é compreendido para além da dimensão técnica-metodológica de uma simples guerrilha ou jogo de estratégias cartesianas.

Para tanto, pode-se ainda citar acerca da alfabetização em saúde, um termo introduzido na década de 1970 e de importância crescente na saúde pública, visto que trata-se de satisfazer as exigências complexas da saúde numa sociedade a partir do desenvolvimento de habilidades e da compreensão dos fatores que estão influenciando o processo saúde-doença-cuidado. De modo que a alfabetização não se refere apenas à transformação individual, mas também à transformação contextual e social, em busca de empoderamento em saúde, sociocultural e político (SØRENSEN et al., 2012, tradução nossa).

Frente à pesquisa que busca empoderamento acerca da temática em suas compreensões, faz-se necessário reconhecer, entre inúmeros estudos, a importância da produção de Abreu de Jesus e Assis (2011) intitulada “Desafios do Planejamento na Construção do SUS”, uma vez que apresentam com domínio a complexidade da temática a partir de uma sistematização da produção científica de 20 anos (1990 a 2010) e de maneira dialética disparam motivações para discutir os caminhos do pensamento e da construção histórico-social do planejamento em saúde abordando as configurações e tendências que envolvem as tensões, os conflitos e o poder que se (des)vela por e nos atores/sujeitos que possibilitam a práxis do planejamento em saúde.

Assim, de maneira a articular o objeto de estudo de forma mais específica é primeiramente caracterizado o Planejamento em Saúde a partir de suas correntes teóricas com articulação de momentos históricos de suas práticas consubstanciadas pela história da Saúde Pública e das inovações propostas pelo novo pensar e agir em saúde envolta pelo saber em Saúde Coletiva junto à construção do SUS.

Pormenorizando o objeto, segue-se a tese na intenção de apresentar o marco teórico conceitual acerca do histórico do planejamento da APS com abordagem acerca dos mecanismos, métodos e instrumentos que se articulam a PNAB para que se garanta a universalidade, integralidade e a equidade preconizada pelo SUS mediante a práxis de atores/sujeitos (indivíduo, família, comunidade, sociedade, governo e organização) que em suas representações de poder constroem e vivenciam as experiências que estão envoltos os dilemas e desafios de transformação no modo de pensar estrategicamente à saúde.

2.1.1 Pensamentos e Propostas Metodológicas do Planejamento em Saúde: CENDES-OPS, PES e os dilemas, desafios e possibilidades de novas concepções

O planejamento historicamente é uma terminologia bastante utilizada seja na perspectiva individual ou mais fortemente no cotidiano que permeia a política e administração dos diferentes espaços das organizações públicas ou privadas. Basicamente, consiste em definir objetivos a serem alcançados, sendo que para que isso ocorra é necessário traçar um plano específico de estratégias para que se possa sair de uma situação conhecida para uma situação desejada.

Tem-se que perspectiva histórica do planejamento em sua primazia pode ser ilustrada pela história bíblica de José do Egito. Este foi capaz de interpretar os sonhos do faraó e pode identificar problemas, reconhecer oportunidades e traçar objetivos e metas para a ação (SAMPAIO, 2006). No entanto, em si considerado as possibilidades de organização mais moderna de sociedade, foi a partir de 1917 na Rússia que o planejamento vincula-se ao primeiro esforço da humanidade em transformar o modo de organização da sociedade, que por meio da Revolução Soviética programa o socialismo. Ao longo desse período não havia unanimidade entre os teóricos e políticos do então Partido Comunista Soviético acerca do planejamento da política estatal de centralização da produção e da distribuição, mas sabe-se então que são inegáveis os avanços econômicos e sociais ocorridos na União Soviética apesar dos estigmas. A partir desse contexto, o planejamento foi por muito tempo considerado

ferramenta de Estado “comunista”, algo “demoníaco” e que deveria ser “exorcizado” (PAIM, 2008).

Na esfera social, iniciativas como o Plano Beveridge (1943) na Inglaterra foi referência para a criação do Serviço Nacional de Saúde nesse país em 1948. Após a II Guerra Mundial, os países europeus encontravam-se em crises de desemprego, inflação e produção, necessitando ainda de desenvolver o capitalismo. Nesse cenário, os Estados Unidos aderiram ao planejamento e patrocinaram o Plano Marshall para reconstrução europeia. A criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seus componentes; Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Educacional Científica e Cultural das Nações Unidas (UNESCO), entre outros, o legitimaram (PAIM, 2008; SAMPAIO, 2006).

O Plano Marshall deslocou-se para a América do Sul. Por meados de 1940, sob influência da ONU planejamento é introduzido na América Latina num pensamento próprio em que se entendia ser necessário superar as diferenças econômicas entre os países capitalistas centrais e periféricos. Na década de 1950 foi criada a Comissão Econômica para o Planejamento na América Latina (CEPAL). Nesta época o planejamento era entendido enquanto instrumento para o desenvolvimento. Este era entendido como o crescimento do produto nacional e aceleração do ritmo deste crescimento, sendo significativa a industrialização, a modernização, num contexto em que a racionalidade do cálculo econômico e do planejamento as acompanhava (GALLO *et al.*, 1992).

As proposições cepalinas se desenvolveram com raízes em diferentes países da América Latina, criando uma tradição teórico-prática que subsidiaram propostas de planos e programas. No Brasil, época do Governo Café Filho em 1954 o Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB) contribui com ideias cepalina e foi um centro de formação política, ideológica e de orientação democrática e reformista de um projeto ideológico comum para o Brasil por meio do planejamento e da intervenção econômica-sociocultural (TOLEDO, 2005).

No governo de João Goulart (1961 – 1964), foi fundada a Associação Nacional de Programação Econômica e Social (ANPES), com o objetivo de realizar estudos para o desenvolvimento de planos para governos futuros” e que abriria o caminho, a partir de 1964, para o desenvolvimento crescente de estruturas de planejamento governamental no Brasil. O Estado estava se preparando para “guiar” e “promover” o crescimento econômico no Brasil, o que seria efetivado plenamente no contexto do regime militar que encerrou a breve experiência democrática da República de 1946 (ALMEIDA, 2004, p.13).

No ano 1967, surge o Instituto de Pesquisa Economia Aplicada (IPEA) com o objetivo de “produzir pesquisas, análises, projeções e estudos macroeconômicos, setoriais e temáticos com o intuito de subsidiar o governo na produção, análise e difusão de informações voltadas para o planejamento e a formulação de políticas” (IPEA, 2006).

Vale ressaltar que são próprias e existentes as diferenças quando se considera as contribuições do planejamento no setor público de saúde, sendo necessária aqui a discussão e a compreensão de algumas diferenças elementares no que se referem à lógica e a finalidade que diferentemente apontam a literatura e a prática do planejamento nas ciências administrativas e das ciências da saúde.

Malik (2003) ao escrever o prefácio do livro “O planejamento no labirinto; uma viagem hermenêutica” de Onocko Campos (2003) afirma que há autores que apontam para essas especificidades e propõem abordagens e interpretações diferenciadas, partindo de uma premissa diferente sugerida por Chorny¹ (1998) de que o propósito do planejamento em saúde é a saúde. Assim, essa diferença de interpretação fica clara quando se entende que a lógica e as finalidades do planejamento nas organizações em geral têm como foco os lucros financeiros.

O interesse, a lógica e a finalidade do planejamento das ações em saúde surgem em decorrência da complexidade que envolve o processo de trabalho desse setor no sentido de enfrentar as mudanças ocorridas nas condições de vida da saúde da população. Mas, é somente na segunda metade do século XX que a prática do planejamento tornou-se uma necessidade amplamente reconhecida em face às transformações decorrentes da prestação dos serviços, da organização de redes e sistemas de saúde, despertando, assim, o interesse de organismos internacionais em desenvolver propostas metodológicas que pudesse subsidiar a administração pública dos serviços e sistema de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Dentre essas propostas teórico-metodológicas, destacam-se as experiências que influenciaram o planejamento em saúde na América Latina e no Brasil, como o Método CENDES/OPS; a Proposta do CPPS; as concepções do Pensamento Estratégico de Mario Testa, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus e por fim apresenta-se com base na produção científica outras concepções atribuídas ao planejamento, dentre estas destaca-se o Planejamento Comunicativo.

O Método CENDES/OPS nasce da articulação das instituições que representam essas siglas (Centro de Estudos para o desenvolvimento da América Latina/Organização Pan-

¹ Chorny, A.H. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. Cuadernos Médico-Sociales, v.73, p.5-30, 1998.

americana de Saúde (OPAS)), que juntas elaboram em 1965 o documento denominado de “Conceptuales y metodológicos de la Programacion de la Salud”, o que configura o método. (GIOVANELLA, 1991). Trata-se de uma proposta tecnocrática, onde o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos de ordem "neutra" faz o plano e estabelece prioridades. É um método normativo e economicista, em que a norma do “deve ser” tem como fundamento principal a escolha das prioridades baseada na relação custo-benefício (GIOVANELLA, 1991).

Ao não considerarem a variabilidade, as relações de poder, a complexidade da realidade, os conflitos e a participação dos diferentes interesses dos múltiplos atores sociais e, junto a tudo isso, a constatação da pouca utilidade para a intervenção em saúde, o método cai em descrédito e, já em 1973, a própria OPAS assume o fracasso do método (RIVERA, 1992; MERHY, 1995).

Com a proposta de Formulação de Políticas de Saúde do Centro Pan-americano de Planificación em Salud (CPPS) têm-se alguns avanços à medida que a planificação de saúde não se restringe apenas à programação de serviços, mas avançadamente é entendida nos níveis técnico-operacional, político-administrativo e técnico-administrativo a partir das definições de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema de saúde, incluindo gestão, financiamento, organização dos serviços e a infraestrutura de recursos físicos, humanos e matérias (TEIXEIRA, 2010).

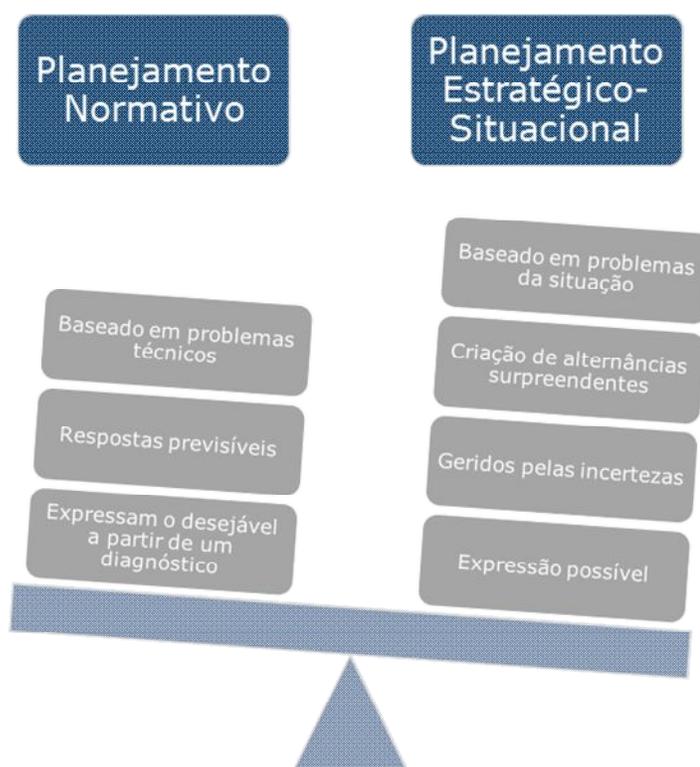
No entanto, com base em Rivera (1992), pode-se destacar dois grandes aspectos que inviabilizaram a consolidação da proposta do CPPS como modelo metodológico do planejamento em saúde. A crítica se dá ao tratamento estanque que o a proposta dá as diferentes etapas ou formas de análise da formulação de políticas públicas de saúde, deixando, assim, de reconhecer que o processo político é na verdade interativo. O autor ainda acrescenta a crítica pela proposta assumir que imagem-objetivo, ou seja, a situação futura que se deseja, só pode ser elaborada por um o único ator, reconhecendo esse como a autoridade política, quando na verdade deve se reconhecer que todos os atores sociais e políticos detêm em suas particularidades essa capacidade.

Assim, a partir das críticas sistemáticas e dos questionamentos ao planejamento normativo, focado no método CENDES/OPS, e as críticas que também sofreu a proposta do CPPS surge à necessidade do movimento de reconstrução do planejamento em saúde na América Latina, fazendo surgir assim o que Rivera (1992) denominou de enfoque estratégico do planejamento.

Essa postura estratégica-situacional assume a realidade em um nível de complexidade muito maior, uma vez que o sujeito e objeto se confundem, pois o sujeito é parte do todo social, assim como outros interesses que se organizam para realizar seus próprios projetos. Assim, o planejamento estratégico-situacional não produz um único diagnóstico da realidade, pois o comportamento dos sujeitos não pode ser reduzido a respostas previsíveis ou a estímulos prévios, mas caracteriza-se pela criação de alternativas, conforme seus valores, interesses e posições que ocupam na situação, possui diagnósticos singulares, as suas verdades.

Portanto, a gestão se caracteriza pelas incertezas; o campo em que ela transita incorpora a probabilidade do conflito e, por conta disto, o processo de planejamento só pode ser assumido como um processo aberto e sem final definido *a priori*, o que diferencia do processo normativo de outrora (Figura 2).

Figura 2 – Diferenças entre planejamentos



Fonte: elaborado pelo autor

Sob esse panorama, são três as vertentes do planejamento estratégico elaboradas por autores latino-americanos que convergem para o reconhecimento da existência de conflitos e do planejador como ator social do sistema planejado, a aceitação da existência de

mais de uma explicação diagnóstica, e que pressupõem a existência de sistemas sociais e históricos, complexos, não tão definidos e incertos (RIVERA; ARTMAN, 1999):

1. A de Mário Testa, com a Formulação do Pensamento Estratégico, o Postulado de Coerência e a Proposta de Diagnóstico;
2. A de Carlos Matus, com a proposta do Planejamento Estratégico Situacional;
3. A de Emir Trujillo Uribe e Juan José Barreneche, com o plano de ação da Escola de Medellin, elaborado para o alcance das Metas Saúde Para Todos da OMS, em 2000.

Na explanação do enfoque estratégico do planejamento em saúde, Giovanella (1990) comenta que Testa se interessa pelo comportamento dos atores sociais, e da ênfase na análise das relações de poder e na consideração das práticas de saúde, enquanto práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos. Testa, assim, avança de uma proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política em saúde.

Em sua proposição de Pensamento Estratégico, Mario Testa (1992, 1995) traça uma reflexão em que toma a política como uma proposta de distribuição de poder, entendendo estratégia como forma de implementação dessa política. Diante essa percepção, analisa a problemática da valorização do poder que se materializa de diferentes formas ou tipos, a depender de como se dá as relações entre os diversos atores sociais envolvidos na configuração dos processos políticos que envolvem o setor saúde.

A partir das reflexões acerca do poder e das estratégias de ação em saúde, Testa propôs o conhecido “Postulado de Coerência”. Esse diagrama representa um misto de relações que podem estar presentes entre as propostas políticas de um projeto que explicita os propósitos de um dado governo, os métodos utilizados para concretização dos propósitos e a organização das instituições onde ocorrem as atividades governamentais (TESTA, 1995).

Figura 3 – O Postulado de Coerência de Mário Testa



Fonte: Adaptado de Lins e Cecílio (1998).

Assim, Lacerda, Botelho e Colussi (2013) afirmam que a importância desse postulado se deve a sua aplicabilidade para o estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde, uma vez que pode-se pensar na identificação dos diversos espaços de poder que se apresentam no âmbito das instituições de saúde, distinguindo o tipo de poder exercido pelos vários atores em função de suas posições na estrutura do setor, e realizando, portanto, uma análise de coerência entre os propósitos de um Governo, e uma análise, também, da organização das instituições.

Teixeira (2010) comenta que a contribuição de Mário Testa a partir do Postulado da Coerência está no sentido de esse constituir um modelo de análise que pode ser aplicado no sentido de identificar o que se configura como favorável e desfavorável à formulação e implementação de políticas de saúde.

A vertente do PES surge no final dos anos 1970 com o economista chileno Carlos Matus a partir da necessidade de aumentar a capacidade de governar. A reflexão da proposta teórico-metodológico abrange as temáticas política, planejamento e governo. O ponto de partida de sua proposta é a “noção situacional” que é compreendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisado sob a ótica de diferentes atores sociais (indivíduo, grupo de pessoas e instituição) (MATUS, 1993).

Na perspectiva de reconhecimento de um processo técnico-político, Matus (1993), propõe o “Triângulo de Governo do PES” (Figura 4), no quais os vértices são denominados de Projeto de Governo, Governabilidade e Capacidade de Governo.

Figura 4 – O Triângulo de Governo do PES



Fonte: Adaptado de Matus (1993).

O Projeto de Governo diz respeito ao conteúdo da proposta de governo, indicado pela seleção de problemas e maneira de enfrentá-los, sendo estes produtos não apenas das circunstâncias e interesse do ator que governa, mas também da sua Capacidade de Governo. A

Capacidade de Governo depende da capacidade intelectual e capital dos atores que identificaram o problema, ou seja, “diz respeito à capacidade técnica, ao manejo dos métodos, as habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo”. A governabilidade refere-se ao quanto de controle os atores tem sobre a situação que pretende governar, dependendo da relação entre o peso das variáveis que os atores controlam e as que não controlam (MATUS, 1993; CIAMPONE; MELLEIRO, 2005; TEIXEIRA, 2010).

O PES matusiano é um método de planejamento constituído por quatro momentos (Figura 4) não-sequenciais, simultâneos e em constante processo – momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional de tomadas de decisão e de realização da ação concreta (GIOVANELLA, 1991; RIVERA, 1992).

Quadro 1 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional

Momento Explicativo	É quando se analisa a realidade presente e o hiato que existe entre o agora e o futuro desejado. Nele se desenvolve a complexa tarefa de identificar e selecionar problemas, explicar com profundidade as causas de cada um e do conjunto dos mesmos. Trata-se de marcar a situação inicial do plano. É um momento importante que deve contar com a participação ampla de todos os atores envolvidos para análise dos problemas que os afetam.
Momento Normativo	É o momento em que se estabelece o que deve ser. Nele são definidas as operações que em diferentes cenários levam à mudança da situação inicial em direção à situação ideal. Deve, portanto, estar centrado no direcionamento de suas operações para a efetivação dos objetivos, sendo, para isto, necessário promover a discussão cuidadosa da eficácia de cada ação em relação à situação objetivo, relacionando os resultados desejados com os recursos necessários e os produtos de cada ação.
Momento Estratégico	É o momento em que se analisam as restrições e as facilidades que interferem no cumprimento do desenho normativo. Relaciona-se às questões de viabilidade e, portanto, aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo. Neste momento são identificados os atores envolvidos no processo e o grau de concordância e oposição dos mesmos ao futuro desejado e às ações previstas.
Momento Tático-operacional	É o momento decisivo, quando toda a análise feita nos momentos anteriores se transforma em ação concreta. É momento de realizar e de monitorar as ações, com proposições de mudanças ou de ajustes ao longo do processo.

Fonte: Adaptado de Giovanella (1991), Rivera (1992) e Lacerda, Botelho e Colussi (2013).

Diante do exposto, o enfoque estratégico de planejamento em saúde pode ser então entendido como formulações que rompem com a normatividade de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade. De modo que as vertentes supracitadas propõem processos de planejamento que objetivam alcançar o máximo de liberdade de ação a cada ação realizada. Para tanto, considera-se o as questões inerentes a expressividade do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, devendo fazer parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política (GIOVANELLA, 1991).

O fato é que para se operacionalizar o PES de Matus o governo precisa constituir uma equipe que tenham capacidade técnica suficiente para operacionalizar as tecnologias do método (JESUS, 2006). Assim, a crítica de Testa (1995, p.15) ao PES se dá do ponto de vista da prática do planejamento, uma vez que esse autor considera gravíssimo “crer que se pode agir em situação de enfrentamento sem pensar estrategicamente”.

Coaduna-se com Silva (2006, p.72), quando esse afirma:

Temos clareza de que a crítica de Testa (1995) a Matus (1993) não se aplica ao ponto de vista teórico deste último. Na realidade, a produção teórica de Matus (1993) que se expressa na Teoria da Ação/Teoria do Planejamento e Teoria da Produção Social é “fantástica” do ponto de vista teórico, porém extremamente limitada do ponto de vista prático. Nesta direção, a operacionalidade do Planejamento Estratégico Situacional se reduz a instrumentos e fluxogramas muito operacionais, próximos do que Habermas (1987) denomina de racionalidade instrumental.

Já no final da década de 1980, a OPAS/OMS realizou uma série de seminários que culminaram com o encontro na cidade de Medellín-Colômbia. Estes seminários, à luz da Declaração de Alma Ata (1978), geraram um documento denominado *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*, de autoria de J. J. Barrenechea e Uribe E. T. e outros, baseado em planejamento e administração estratégica, e influenciado por autores como Testa e Matus. Esse plano aprofunda o reconhecimento das forças em conflito existentes em uma sociedade, apontando na direção do controle social e da APS a partir da educação e ações voltadas para a consecução das metas do Saúde Para Todos no ano 2000 (GIOVANELLA, 1991; LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2013, p. 33). Portanto, trata-se de um plano de ação que visa ampliar a participação de forma específica para cada grupo populacional, permitindo a possibilidade de compreensão da complexidade dos processos sociais e da necessidade de comprometimento da sociedade para efetivas mudanças na saúde.

Assim, ao pensar no campo da saúde, a realidade pertinente a certa instrumentalidade é contrariada e se expressa em variáveis epidemiológicas, políticas, culturais e sociais mútuas de difícil precisão e controle. Sendo assim, é preciso refletir e desenvolver as políticas públicas com planejamento voltado para cada problema ou grupo de problemas a enfrentar, possibilitando a superação da perspectiva de caráter meramente normativo, que ao contrário do que se sabe foi o que caracterizou a prática do planejamento nos serviços públicos em décadas anteriores, necessitando romper o paradigma e privilegiar uma perspectiva mais dinâmica, flexível e participativa de planificação.

Nesta perspectiva, o planejamento não pode ser uma atividade centralizada, mas sim apreendida e desenvolvida por todos que estejam envolvidos no processo de construção de um determinado projeto sócio-político, com utilização de métodos e técnicas que incorporam a incerteza como fonte propulsora que se remodela e se (des)vela como parte do que move e dinamiza a realidade que se quer planejar.

Sob a égide dessa nova realidade é que se coloca para as instituições formadoras um desafio que consiste em reintroduzir e/ou ampliar o tema do planejamento como conteúdo teórico-prático no processo formativo. Movimento já iniciado com a construção do saber em Saúde Coletiva e que permitiram uma atualização dos enfoques, métodos e técnicas de planejamento que tem evoluído ao longo do tempo para além da instrumentalidade e em face da complexidade da realidade do setor saúde tem discutido os dilemas, os desafios e as possibilidades de novas concepções para o Planejamento em Saúde.

Para Abreu de Jesus e Assis (2011) essas novas concepções incluem para além da técnica para ‘intervir’ e ‘avaliar’ sistemas e serviços de saúde, a prática social transformadora de sujeitos e coletivos; subsídio para a gestão democrática e para as mudanças; a prática estruturada para a organização de sistemas e serviços de saúde; o método de ação governamental para a tomada de decisões; o instrumento e atividade do processo de gestão das organizações; meio de intervenção em ambientes complexos e meio de ação comunicativa. Tais concepções são pormenorizadas a seguir a partir do revisitar da produção científica da área que refletiu e possibilitou esses novos entendimentos aos atributos do Planejamento em Saúde.

É sob esse panorama que os diversos atores sociais fazem do uso do planejamento, que os autores Merhy (1995) e Onocko Campos (2000; 2003) identificam e atribuem em seus trabalhos diversas concepções ao Planejamento em Saúde. Estas e as outras concepções são aqui apresentadas e dialogadas por se compartilhar que em maior ou menor

grau são concepções presentes na prática do planejamento para organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Para Merhy (1995), o planejamento tem-se tornado um tema na vida do homem contemporâneo, pelo menos em três situações básicas: como instrumento/ atividade dos processos de gestão das organizações, tendo em vista que nestas ocorrem processos de trabalho; como prática social transformadora, tendo em vista a determinação de novas relações sociais alternativas à lógica reguladora do mercado e como método de ação governamental, tendo em vista a produção de políticas.

O planejamento é tido como meio tecnológico (instrumental), produzindo efeitos desejados, mas que não tem permitido mudanças das linhas de determinação social.

Para Merhy (1995, p.120) na questão do planejamento em saúde deve-se:

[...] colocar em debate a necessidade de descolonizar o mundo da vida da razão instrumental, sem deixar de aproveitar a capacidade que o homem construiu em determinadas situações de operar instrumentalmente sobre dimensões da realidade social de modo sistêmico-funcional, produzindo possibilidades de benefícios coletivos.

Na situação de instrumento/ atividade dos processos de gestão das organizações o planejamento tem se constituído em um conjunto de atividades tecnológicas, visando os fins determinados pelo ambiente e pelas práticas reguladoras da gestão das “organizações-empresas” (MERHY, 1995).

Dessa forma, é preciso se ter uma visão mais crítica sobre as finalidades dessa concepção de planejamento, havendo a necessidade de as finalidades serem pensadas para além das questões da produtividade numérica, ou seja, é preciso pensar as finalidades sociais do processo produtivo, visando a contaminação do mundo instrumental pelo da vida, subordinando a racionalidade instrumental à comunicativa (GALLO,1992; MERHY, 1995).

Nessa perspectiva, o planejamento deve ter a função de intervir nas organizações com vistas a organizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde; e, ainda, avaliar a qualidade das mesmas na produção do cuidado em saúde (ABREU DE JESUS, 2006).

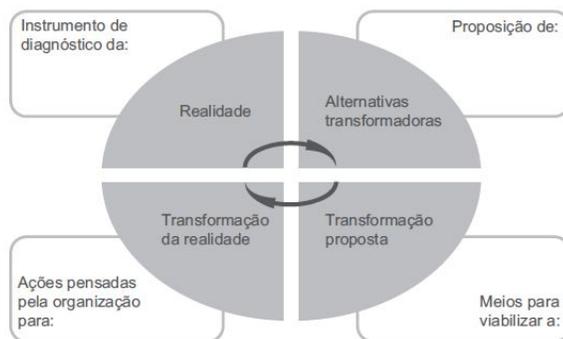
A concepção de planejamento como prática social, de ambição transformadora surge em detrimento aos fracassos da especificidade técnica a esse atribuída, havendo-se a necessidade de relacionar o planejamento com o processo social determinante das novas relações sociais, colocando-o como práxis revolucionária, como o método de ação dos sujeitos sociais que adquirem uma consciência coletiva capaz de fundar modos de operar sobre a realidade e de romper com o processo estrutural determinante centralizador e normativo, a fim de construir uma nova sociedade (MERHY, 1995).

Numa mesma perspectiva, Onocko Campos (2000; 2003), concebe o planejamento como subsidio para gestão democrática e para mudanças. A autora toma como base os trabalhos de Campos (1989; 1992; 1994), destacando que para esse o planejamento aparece somente como método alternativo vinculado à questão da instituição de um novo modelo de gestão capaz de mover mudanças.

Para Campos (1992), o planejamento é mais um item da gestão, ao contrário de Matus (1993), para quem a gestão é um item do planejamento. “Essa inversão faz muita diferença, pois, para Campos, haveria gestão ainda que sem planejamento, mas não poderia haver planejamento sem gestão. A questão nuclear em toda a obra desse autor é a de como utilizar o instrumental da gestão para propiciar a construção de sujeitos mais livres e criativos, comprometidos com uma visão de mundo mais solidária e com o resgate do valor de uso do trabalho” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p.77).

Já para Lacerda, Botelho e Colussi (2013, p. 13), o planejamento, em especial na Atenção Básica, constitui-se de um instrumento contínuo para diagnosticar a realidade e propor alternativas para transformá-la, evidenciando um amplo processo participativo e focado na retroalimentação a fim de alcançar objetivos para o coletivo (Figura 5).

Figura 5 – Processo de Planejamento



Fonte: LACERDA; BOTELHO; COLUSSI (2013).

Para tanto, o propósito do planejamento para Lacerda, Botelho e Colussi (2013) está diretamente relacionado com o espaço social. Pois, o setor da saúde se vincula e articula heterogeneamente com diversas organizações, unidades, programas e serviços para garantir o cuidado à saúde, conformando interesses e conflitos. Para isso, é preciso um planejamento que vise o funcionamento desse “complicado sistema de serviços”, sendo denominado de “ambiente complexo” por Onocko Campos (2003) mais adiante.

Por outro lado, Campos *et al.* (1997) sugerem o conceito de campo e núcleo, sendo o campo o espaço mais geral de competência dos saberes de uma especialidade dada, um “campo de interseção com outras áreas e o núcleo o mais específico incluiria as atribuições exclusivas” de uma especialidade em questão. Assim, “o campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis” (CAMPOS *et al.*,1997, p.143).

Onocko Campos (2001, p.206) nos propõe usar os conceitos de campo e núcleo “como uma luneta que nos permite redimensionar o foco segundo a finalidade de nossa análise. Nesse caso, o campo do planejamento, como objeto de análise, pode ser desmembrado em núcleos específicos; mas não pode ser separado da discussão do planejamento como núcleo de saberes dentro do campo da saúde pública”.

Na concepção de planejamento como instrumento/atividade de ação governamental para a produção de políticas, Merhy (1995, p.148) pontua:

Nos casos que a gestão da política se torna o campo do planejamento, este é intensamente contaminado pelo conjunto das racionalidades que se impõem no campo que determina a existência dos sujeitos sociais... Nessa situação a dimensão instrumental do planejamento cede lugar à lógica da política e da conformação histórica dos processos institucionais. Desse modo, todos os métodos que procuram impor-se aos instituídos, acabam configurando-se como processos prescritivos e normatizadores.

Onocko Campos (2003) comenta a visão de Merhy, afirmando que a crítica desse não se faz na proposição de acabar com os métodos do Planejamento, mas sim desconstruir a visão determinista e fechada do agir instrumental representado pelas correntes usuais do Planejamento.

Merhy (1995) reconhece que foi no ideário de consideração das relações dos diferentes atores sociais e da lógica política que surgiram o que se concebeu chamar Planejamento Estratégico, tendo essa ampla difusão. A questão é que o Estado se coloca como representante legítimo das transformações sociais, a fim de construir um “planejamento social total” que se apresenta como tecnologia de organização das ações políticas do Estado

No intuito de repensar o papel do planejamento enquanto módulo de relação Estado/Sociedade, Gallo (1992) faz uma síntese de como ao longo tempo foi pensada essa relação de crise, tendo como categorias de análise a razão, o poder e a política.

Sobre a razão, comenta que essa não é única ou universal. Colocando como cerne da crise o “predomínio de uma das dimensões – a racionalidade instrumental – sobre a outra – a racionalidade comunicativa” (GALLO, 1992, p.12).

É no pensamento de superar os impasses postos pela aplicação da racionalidade instrumental (técnica) que Cecílio (1997), comenta sobre os impasses e fracassos do nosso atual modelo assistencial em pirâmide, propondo um modelo assistencial organizado até mesmo nos diferentes tipos de atenção, mas que a “porta de entrada” não seja única, mas sim várias. Isso possibilitaria a realização do acolhimento e de identificação da necessidade do usuário, bem como o apontamento do caminho a ser percorrido para esse ter uma melhor resolubilidade.

Onocko Campos (2003) apresenta mais três outras concepções de planejamento aqui apresentadas, sendo elas; planejamento como técnica; planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos e planejamento como meio de ação comunicativa.

Para Onocko Campos (2003, p.80), foi Cecílio (1997) em “Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental”, quem demonstrou maior preocupação em superar os impasses postos à aplicação sistemática de técnicas de planejamento, sugerindo uma nova tecnologia de planejamento: “PES modificado ou ZOO (sigla alemã “Zielorientierte Projektplanung” – Planificação de Projetos orientada a objetivos) enriquecido com PES”.

Coaduna-se com Abreu de Jesus (2006) quando se aproveita das definições clássicas apresentadas acerca do planejamento enquanto um conjunto de técnicas para intervir e para avaliar os sistemas e serviços de saúde e propõe que planejamento não poderia ser considerado apenas uma técnica, mas sim um conjunto de técnicas, haja vista a denotação plural do termo na sua definição e na sua aplicabilidade no cotidiano.

O planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos é, também, concebido por Onocko Campos (2003). Baseada em Chorny (1998), a quem nos referimos na introdução do nosso trabalho como o autor da premissa de que o propósito do planejamento em saúde é a saúde, Onocko atribui o adjetivo de taxativo quanto aos fins do planejamento, afirmando que na equação eficiência e eficácia, Chorny ressalta a eficácia. Questão essa praticamente esquecida por alguns planejadores da atualidade que muitas se preocupam mais com os aspectos de custos financeiros do que com toda a complexidade que permeia os serviços de saúde (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Entendemos por eficácia o grau de realização dos objetivos de uma organização, sem importar a questão da eficiência, por quais as organizações usam seus recursos de maneira a garantir a produtividade, priorizando o custo mínimo. Essa relação no campo da saúde não é pertinente quando se pensa o cuidado integral dos sujeitos. Assim, de fato o objetivo do planejamento em saúde é e deve ser a saúde.

Na lógica da perspectiva do planejamento como meio de intervenção das organizações de saúde, Abreu de Jesus (2006) comenta que essa concepção emerge-se como teoria para reorganizar o trabalho gerencial numa “parceria sinérgica” entre sujeitos, coletivos e instituições, cujos limites e possibilidades se esgotam em detrimento do diálogo e da negociação a fim de proporem intervenções nesse ambiente considerado complexo.

Assume-se também o planejamento como dispositivo balizado nas ideias de Onocko Campos (2003) em que se compreende que este deteria a potencialidade de se constituir em espaço de produção através de contratos e compromissos determinados de acordo com prioridades, as quais poderiam ser definidas em função de suas diretrizes, em que “as diretrizes podem ser entendidas como orientadoras da ação em função de finalidades preestabelecidas, o planejamento seria então, uma atividade teleológica; ação racional dirigida para fins” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p.28).

Abreu de Jesus e Assis afirmam (2010, p.162) que “considerar o planejamento um dispositivo é nada mais que assumir o fato de ser “ele” o elemento disparador de uma série de acontecimentos que culminam por confluir ao que convencionamos chamar de objetivos ou finalidades, o processo esperado da transformação ou manutenção da ordem estabelecida”.

Num pensamento marxista de que a utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso, Campos (2000a) e Onocko Campos (2003) atribuem o valor de uso do planejamento como aspecto socialmente produzido, tendo esse valor mudanças constantes em função daquilo que os grupos fazem e projetam a respeito da prática da atividade em questão.

A identificação do planejamento como meio de ação comunicativa é relatada nos trabalhos de Onocko Campos (2000, 2003) em que realiza a análise de trabalho científico de diversos autores. Propositamente, deixa-se por último a explanação da concepção de planejamento como meio da ação comunicativa, tendo em vista que se assume que essa em suas limitações aglutinaria proposições condizentes e aproximadas aos ideários da Política Nacional de Saúde consubstanciada pelo princípio da participação da comunidade como diretriz fulcral do SUS.

A ação comunicativa pode ser entendida como um mecanismo de coordenação da ação. Neste sentido, a ação comunicativa é um mecanismo de coordenação de outras ações, para além da ação teleológica que se atribui ao planejamento tradicional em relação à produção de coisas (RIVERA, 1995).

Numa análise das perspectivas teórico-metodológicas do planejamento/ gestão em saúde no Brasil, Rivera e Artman (1999) assumem a possibilidade do planejamento estratégico para constituição de organizações solidárias, apontando a ideia de organizações

abertas, evolutivas, flexíveis e de responsabilidade de todos que devem utilizar o planejamento como meio de ação comunicativa, através da expressão dos sujeitos que dialogam e se entendem. Para Rivera (1995, p.24), o entendimento é percebido como um processo de obtenção de um acordo entre os diferentes atores sociais, apoiados em “uma convicção comum, atingida através de um desempenho discursivo”.

Rivera e Artman (1999) assumem o planejamento como momento de desenho, de plano traçado no interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços e sistemas. O planejamento, assim, é entendido como ferramenta organizacional, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução de uma ação comunicativa.

A abordagem comunicativa em planejamento tem suas origens a partir de reflexões teóricas sobre experiências com o enfoque do PES e do estabelecimento de um diálogo com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas², apresentando vários desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos que precisam ser aprofundados através de diferentes linhas de investigação, a fim de se considerar a inter-relação destas várias linhas e a preocupação com o desenvolvimento de métodos, posturas e condutas que aprofundem “processos de solidariedade” e compromissos compartilhados pela ação comunicativa num processo constante de “aprender a aprender” (RIVERA; ARTMAN, 1999, p.363).

Com o intuito de apresentarmos as linhas de investigação, citamos no Quadro 2 a descrição feita por Rivera e Artman (1999) a despeito destas:

Quadro 2 – Linhas de investigação dos desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos da relação entre o Planejamento Estratégico Situacional e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas.

- 1- Análise dos aspectos culturais enquanto componente de viabilidade de um projeto, permitindo uma metodologia de escuta da cultura, o estabelecimento da relação cultura-problemas em face de um determinado macroproblema e o desenho de estratégias de utilização da cultura como recurso da intervenção sobre problemas;
- 2- Desenho metodológico e missão institucional, envolvendo uma análise comparativa das possibilidades do PES em vários níveis de atenção em saúde;
- 3- Desenvolvimento de habilidades de liderança e de negociação, que configuram junto com o trabalho cultural o campo do que denominamos gestão pela escuta;
- 4- Discussão teórica geral sobre a relação entre a gestão pela escuta e os métodos

² A partir da identificação das limitações de alguns dos enfoques estratégicos buscou-se desconstruir o planejamento estratégico e propor uma versão mais comunicativa, orientada pela busca do entendimento e pela preocupação com a legitimidade dos planos.

racionalistas de planejamento e gestão;

5- Possibilidades de diálogo entre o planejamento situacional e os enfoques da administração estratégica e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo uma abordagem do contexto de mix público/privado;

6- Aplicação mais sistemática da prospectiva enquanto recurso crucial dentro do cálculo estratégico;

7- O resgate da subjetividade no campo da gestão, em processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão.

Fonte: Adaptado de Rivera e Artman (1999, p.364-365).

Para Onocko Campos (2003) o trabalho de Rivera (1995) e Rivera e Artman (1999) trazem grandes contribuições do ponto de vista da crítica e alguns questionamentos fundamentais quando pensado como desdobramentos do PES. Esses são discutidos a seguir e devem ser ressaltados dentro do nosso atual contexto como uma reestruturação do formato metodológico matusiano.

De fato o que Onocko Campos pensa é uma verdade, não absoluta é claro, pois conforme comenta Rivera em seu trabalho “Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta”, “o planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais” (RIVERA, 2003, p.18).

Assim, a questão apresentada é pertinente, à medida que os serviços de saúde se configuram como ambientes complexos, bem como espaços subjetivos, no qual convivem diferentes práticas, saberes, valores culturais, institucionais e sociais, sendo inevitáveis os impasses, tensões, conflitos e desafios a serem mediados por meio do diálogo e da comunicação.

Coaduna-se com Paim (2010) ao afirmar que a análise situacional, a planificação estratégico-situacional e o planejamento comunicativo oferecem, numa perspectiva pluralista, várias possibilidades de utilização na dependência de cada situação concreta. Fato esse não negado por Rivera e Artmann (2010) quando referem que há uma equivocada compreensão da teoria habermasiana ao se eliminar os contextos estratégicos de ação.

É na perspectiva de um método flexível e de reestruturação do PES matusiano que o planejamento comunicativo, tendo como base a teoria do agir comunicativo de Habermas, é assumindo como meio de construção de organizações dialógicas, visando à possibilidade de construção de um projeto solidário entendido como desafio gerencial permanente em que não

existe a pretensão de uma exclusividade metodológica, mas sim o confronto de vários métodos com a realidade do “mundo da vida”, possibilitando fluxos de comunicação ampliada e de negociação de compromisso entre os atores sociais envolvidos (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Lima e Rivera (2009) analisam a organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir da lógica do agir comunicativo baseado numa rede dinâmica de conversações que se estabelece entre os distintos atores que interagem no processo. Na rede de conversação, “não transitam apenas informações, mas sim atos de fala, que comprometem aqueles que os efetuam frente a si mesmos e aos outros. Pedidos e compromissos, ofertas e promessas, assentimentos e recusas, consultas e resoluções se entrecruzam e se modificam de forma recorrente na rede. Em particular, as promessas devem ser mantidas” (LIMA; RIVERA, 2009, p.339).

Segundo Teixeira (2003), em uma perspectiva de rede, o trabalho dos gestores e dos gerentes consiste não apenas em tomar decisões e resolver problemas sozinhos, mas, sobretudo, no ato de liderar, animar e manter a rede de conversas onde são trocados os compromissos. No entanto, apesar das decisões compartilhadas, identificamos dificuldades dos gestores em manter essas “rodas de conversas”, sobretudo se levarmos em consideração a rotatividade de gestores nos serviços em que se realizou a pesquisa.

Sobre os fluxos de comunicação e da negociação de compromissos entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo de planejamento em saúde, observa-se além dos avanços, que permite a participação de diferentes sujeitos, algumas dificuldades referentes à construção das redes de conversações que possibilite uma prática da ação comunicativa, sobretudo no que se concerne os compromissos e os diferentes entendimentos mediados pelos atos de fala (SOUZA, 2013).

Entendendo que diante das dificuldades que envolvem o processo comunicativo dos gestores e trabalhadores na operacionalização do planejamento em saúde, o agir comunicativo representa uma alternativa ao agir estratégico através do entendimento linguisticamente mediado. O agir comunicativo seria uma forma de produção linguística de consensos naturais ou argumentativos discursivos sobre as pretensões dos diferentes atores no ato de planejar e gerir os serviços de saúde (RIVERA; ARTMANN, 2010).

No entanto, é preciso discernimento, pois o agir estratégico pode se apropriar indiretamente em atos de falas, de conversação, coordenando ações com base em interesses particulares, utilizando-se de argumentos empíricos e coercitivos, mas, ainda assim não seria

uma coordenação baseada no entendimento dos diferentes atores sociais (RIVERA; ARTMANN, op.cit).

Reconhece-se então que inúmeras são as críticas e reflexões ao planejamento comunicativo e seus desdobramentos. Destacamos especificamente algumas reflexões e críticas realizadas por Cecílio (2010), Paim (2010) e Lúcia Bahia (2010) ao comentarem o trabalho de Rivera e Artmann (2010) sob a lente do SUS.

Cecílio (2010, p.2277-78) nos leva a refletir a partir das suas indagações;

O que se planeja hoje no SUS? Qual o modelo de planejamento, enquanto concepção e tecnologia que está presente no Pacto pela Saúde, além de uma vaga proposição de ser “participativo e ascendente”? Os “eixos do pacto são tão estruturados, os indicadores tão bem definidos, que, tudo isso aliado à falta de técnicos no extenso território nacional, faz com que os “planos municipais” acabem assumindo uma normatividade e formalismo que ficam anos-luz do melhor pensamento de Matus e Testa...São raríssimas as experiências municipais, hoje, de o planejamento ser utilizado como elemento potencializador, problematizador e promotor de mudanças como pensamos um dia. Os caminhos tem sido outros.

Paim (2010) comenta que numa entrevista, perguntaram a Habermas como ele via a aplicação de sua teoria nos países da América Latina, havendo Habermas respondido: “não sei quando elaborei estava pensando na Europa e na Alemanha”. Já Rivera e Artmann (2010b) comentam que em uma vinda ao Brasil em 1989, Habermas respondeu a mesma pergunta da seguinte forma: “Depende de vocês, cidadão brasileiros e latino-americanos. Do quanto estão dispostos a investir em competências comunicativas, o que inclui investir em educação”.

Diante das controvérsias, entendemos que de fato ainda é necessária a construção de ambiente de cultura organizacional para que o agir comunicativo possa se representar como alternativa ao agir estratégico. Alternativa não num sentido de exclusão nem de sobreposição de uma ação/razão a outra, mas sim na perspectiva da ação comunicativa possibilitar uma construção coletiva das práticas de saúde, dentre elas o planejamento (RIVERA, ARTMANN, 2010).

Lúcia Bahia (2010, p.2281) comenta que a questão é “como a “guinada comunicativa” do planejamento contribui para a efetivação de reconhecimento de situações de compartilhamento de poder e situações de disputa de poder”?

Diante das inúmeras críticas e reflexões, utiliza-se as respostas dadas pelo próprio Rivera e Artmann quando comentam sobre as potencialidade e possibilidades de mudanças mediadas pela ação comunicativa:

[...] é possível sustentar que ela é superior e mais abrangente, pois a própria racionalidade estratégica depende da comunicação e a razão comunicativa é a única que articula todas as outras formas de racionalidade da ação, como a instrumental (relacionada ao mundo objetivo), a normativa (mundo social) e a expressiva (mundo subjetivo), através da linguagem e do horizonte de pré-interpretações que permite o

entendimento aos participantes (mundo da vida) (RIVERA; ARTMANN, 2010b, p.2284).

Rivera e Artmann (2010, p.2284) ainda comentam que “ser habermasiano não significa ser ingênuo. Habermas reconhece o sistema e o poder do dinheiro, mas é impossível para o homem viver o tempo todo em contextos estratégicos, o que os levariam a loucura. Porém, nada nos é dado de graça, nem a história se faz sozinha, depende dos atores e do contexto histórico. A ação comunicativa inclui a militância pelo SUS e pela a cidadania”.

Assim, entende-se que o processo planejamento mediado pela ação comunicativa nos serviços de saúde, não diferentemente da realidade de outros serviços de saúde, ainda tem muitas falhas para que se possa estabelecer uma ampla e dinâmica rede de conversações entre os diferentes atores que interagem no processo de planejar e gerir a atenção em saúde. É preciso sim fazer uso da ação estratégica, sendo esse uso possibilitado pela ação comunicativa, pois por meio de uma rede de conversações poderá se aglutinar os diferentes saberes e práticas necessárias para a consolidação do acesso a saúde nas diferentes realidades do SUS.

O debate acerca da temática que envolve os desafios, dilemas e as possibilidades acerca das diferentes e novas concepções do planejamento em saúde deter-nos-iam a uma longa discussão, mas por hora apenas apresentamos no sentido de que tomada a posição do planejamento como um dispositivo e assumido as possibilidades e limitações do planejamento comunicativo tem-se então definido o embasamento teórico conceitual para análise e discussão dos processos de constituição do planejamento da rede de APS, objetivo de estudo da tese.

Retoma-se, então, a discussão do planejamento em saúde no contexto brasileiro, tomando a perspectiva histórica da instrumentalidade da político-institucional que tem direcionado a prática do planejamento em saúde no contexto de construção do SUS, sendo essa apresentada na interface da proposta de descentralização dos serviços de saúde como diretriz organizativa para promover o acesso aos serviços de saúde.

2.1.2 O contexto brasileiro do planejamento em saúde na interface da descentralização: uma abordagem acerca da instrumentalidade político-institucional

No contexto político-institucional brasileiro, é só a partir de 1988, com a nova Constituição Federal, que o planejamento foi definitivamente incluído no processo de ação governamental, por meio da obrigatoriedade dos governos federal, estadual e municipal de

elaborarem e executarem planos plurianuais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social. Tais planos têm duração de quatro anos, iniciando no segundo ano de cada mandato e sendo concluído na gestão seguinte, numa tentativa de evitar discontinuidades nas políticas, programas e projetos dos diversos setores do Estado.

Nas mudanças propostas e exigidas na administração gerencial no âmbito do Estado, o planejamento se transformou em um procedimento formal burocrático em que se definem as metas e os objetivos para e como parâmetro de uma prestação de conta, de cobrança e punições, sem acompanhamento e avaliação qualitativos do processo em sua totalidade. Daí, então, os resultados fracassados dos projetos neoliberais no campo econômico e, sobretudo no aspecto social, o que emerge a necessidade de discussão acerca do Estado e da relação deste com os que o sustenta e forma em sociedade.

A forma que se deu as políticas o desenvolvimento das políticas sociais, no caso específico da saúde, corresponde à medida que os governos articulados ao mercado e comunidade discutem e tomam decisão para com a responsabilidade pela saúde da população, possibilitando então a definição de componentes e o dinamismo que permeia o sistema, sendo imprescindível reconhecer o contexto histórico, político, econômico e cultural (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

No Brasil, para garantir à saúde as políticas de saúde tiverem no PES “o” método de planejamento mais difundido, sobretudo com a Reforma Sanitária, entendendo que este foi simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral o método foi estrategicamente introduzido nas aplicações práticas e também na formação por meio dos programas de ensino de especialização e pós-graduação, estimulando os vários núcleos de planejamento e gestão da saúde, suscitando e ressignificando o modelo de atenção em saúde (CAMPOS, 2001).

Tal movimento também suscita e consubstancia a criação, organização e funcionamento do SUS nos fins dos anos 1980 a partir de uma estrutura de compartilhamento de responsabilidades entre as esferas da federação, união, estados e municípios, configurando a descentralização, com a proposição de este ser consolidado mediante a participação e controle social (BRASIL, 1990a, 1990b).

Essa configuração segue a ideia global da descentralização, sobretudo a partir da década de 1990, em que se reconhece a importância com as políticas do setor saúde, dado que se ampliou a cobertura e promoveu-se um melhor acesso, embora mais quantitativo que qualitativo, da população a serviços e ações de saúde, mobilizando a organização dos serviços com foco em problemas locais de base territorial-comunitária, viabilizando uma maior participação e controle social com as propostas e efetivação de gastos em saúde,

consubstanciando nesse compartilhamento de responsabilidades a autonomia de cada ente federado (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Após a apresentação das correntes teóricas do planejamento em saúde, passa-se a discutir então a instrumentalidade da política-institucional que historicamente, embora se faça a crítica do caráter técnico, tem possibilitado os mecanismos estratégicos da constituição do planejamento em saúde no SUS.

Sabe-se que o SUS foi criado no contexto do federalismo a partir da Constituição de 1988. No federalismo tem-se, pelo menos no âmbito legal, a consolidação da construção do poder local na organização do Estado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais, o que em seus avanços e desafios possibilitou o provimento de bens que viabilize o direito a saúde garantido.

Assim, a organização institucional do SUS reproduz a disposição tríplice e legítima da autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios, constituindo o sistema nacional de saúde com base na diretriz de descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2006a).

A descentralização política-administrativa com direção única em cada esfera de governo, segundo o Art. 7 da Lei 8.080/90, é concebida compreendendo a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, associada à “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. Todavia, a opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no País na década de 1990, de modo que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada (DOURADO; ELIAS, 2011).

O processo de descentralização, em maior ou menor grau, encontrou-se respaldado em portarias do Ministério da Saúde, Normas Operacionais Básicas 91, 93 e 96 (NOB-SUS 91, NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96) as quais representaram importantes instrumentos de regulação do processo de descentralização e trataram dos aspectos do planejamento que permeia a divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (CHEBLI; PAIVA; STEPHAN-SOUZA, 2010).

A NOB-SUS 1991 segundo Carvalho (2002) é “quase uma afronta” aqueles que esperavam a implantação correta do SUS em seus princípios doutrinários e organizativos, uma vez que essa instituiu o pagamento por prestação de serviços, se tornando inconstitucional, ao criar a unidade de cobertura ambulatorial, baseada na rede instalada com preceitos taylorista

focado na capacidade de produção, ou seja, “recebe mais quem tem mais”. Estabelece ainda os critérios para transferências de recursos federais aos estados e municípios mediante mecanismos de conveniências e instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação.

Pereira (2009) comenta que a NOB-SUS 01/91 é eminentemente técnica e a pouco abordou os mecanismos que realmente viabilizassem a regionalização. A norma recomendou que fosse executada a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, abrindo a possibilidade de que consórcios intermunicipais de saúde fossem criados, no entanto, sem que houvesse a participação da esfera estadual na coordenação ou mediação desse processo.

A NOB-SUS 1993 impulsiona a municipalização dos serviços de saúde, mediante a instituição das três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Dentre estas formas de gestão instituídas, a semiplena caracteriza-se por uma situação mais avançada, com transferência direta e automática dos recursos federais para efetivação da direção municipal do SUS na totalidade das responsabilidades gerenciais e da reorganização do modelo assistencial (MENDES, 1998).

Nesse cenário, a descentralização municipalista ganha força com a NOB-SUS 1993. Essa norma apresentou a regionalização como uma articulação e mobilização municipal, que deve considerar, acima de tudo, a vontade política dos municípios em se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. No entanto, não previu a participação do estado no planejamento, coordenação ou regulação desse processo. Como resultado, a construção dos espaços regionais de saúde ficou à mercê de interesses e disposições político-partidárias, ocasionando distorções no sistema e pouco avanço (PEREIRA, 2009).

A NOB-SUS 96 propõe duas modalidades de gestão denominadas como plena da atenção básica e plena do sistema de saúde, trazendo ainda à implementação do Piso de Atenção Básica (PAB) e o incentivo a saúde da família. De encontro ao movimento de municipalização, a norma consolida o papel da gestão municipal imprimindo um conjunto de novas responsabilidades no que diz respeito ao planejamento e gestão de saúde, incluindo à necessidade de ampliação de cobertura e o desenvolvimento de ações e serviços de saúde no tocante a promoção da saúde e ao enfrentamento de riscos e agravos existentes em sua população (LAVRAS, 2011).

O movimento de descentralização, nos moldes da NOB-SUS 96 seguiu privilegiando a municipalização e configurando profundas diversidades regionais a partir da possibilidade de formar sistemas municipais “autônomos” com intensas concentrações de recursos, tendo em vista que na maioria dos casos não houve articulação das unidades de

saúde de municípios de uma mesma região, comprometendo qualidade da assistência e favorecendo o desperdício de recurso em função de não respeitar a lógica de produção em escala dos vários procedimentos especializados, podendo de fato ser melhor preconizado se entendido a lógica da organização hierarquizada da rede de serviços de saúde (LAVRAS, 2011).

Reconhece-se o processo de descentralização no SUS notadamente focado na responsabilização dos municípios, tendo seus avanços pela expansão de cobertura dos serviços de saúde e pela indução dos estados e municípios em aumentarem seu peso no financiamento público em saúde. Porém, com fragilidades no que tange o peso no papel, nas funções, nas competências e nos modos de relacionamento entre os três níveis de governo, de modo que não conseguiu resolver as imensas desigualdades de acesso, a utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à formação de arranjos regionais mais cooperativos (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Apesar dos avanços, a descentralização encontra seus entraves na disparidade financeira e de gestão dos diferentes níveis de governo, o que se traduz em situações tênues e não fortemente complacente a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, contribuindo assim para os entraves que contribuem para a complexidade da consolidação de uma política nacional de saúde, cujo modelo federativo é trino, sem uma vinculação hierárquica entre os entes (União, estados e municípios), reforçando, muitas vezes, a competição frente à cooperação (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Santos (2013) aponta a necessidade de discutir sobre essa problemática com argumentos divulgados por importantes atores da construção social do SUS. Entre estes se destacam Guimarães e Giovanella (2004), Campos (2006), Vieira-da-Silva *et al.* (2007), Viana; Lima e Ferreira (2010) e Dourado e Elias (2011).

Campos (2006) argumenta que o desenho traçado pela descentralização à política de saúde brasileira promoveu uma situação peculiar, em que remonta uma grande responsabilização do município quanto à organização e a gestão dos serviços de saúde em contraposição a menor instância com poder formal da República.

Mas não podem ser negados os ganhos a partir da cobertura assistencial de ações básicas, ampliação do acesso a serviços de média e alta densidade tecnológica, embora se faça crítica que esses sejam potencializados por pacotes de ação do Ministério da Saúde que evidenciam limites na capacidade propositiva municipal as suas próprias demandas. Ademais a habilitação proposta e com adesão de muitos municípios a gestão plena do sistema é evidenciada e caracterizada no estudo de Vieira-da-Silva *et al.* (2007) por uma

heterogeneidade de resultados entre os municípios que necessariamente não se revelou em melhorias da gestão, da organização das práticas, entende-se então que a descentralização não seria efetiva na capacidade de assegurar mudanças nos sistemas locais de saúde.

Para Campos (2006) em os “Efeitos paradoxais da descentralização do SUS” precisam ser entendidos na medida em que se compreende o valor ético e político vislumbrado no ideário democrático, incitando o compartilhamento de poder para construção e efetivação de mecanismos de representação e participação social em detrimento do funcionalismo autárquico e fragmentado do sistema que tem gerado um processo de municipalização com baixa capacidade de integração e de solidariedade entre os entes federalizados.

Sob o olhar das disparidades entre os municípios, sejam pelas condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras ou ainda pelo não domínio da gestão destes em relação às complexidades de demandas e necessidades da população, evidenciam a necessidade de articulação em rede para a garantia propositiva da integralidade pensada a partir de pactuações regionais (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Nessa perspectiva, discute-se a necessidade de articulações intermunicipais que promovam “a profusão de novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições políticas vigentes” (FLEURY; OUVENEY, 2007, p.11), conferindo um novo modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração solidária.

Nesse contexto, tornou-se evidente que a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade do território brasileiro. Surge então a necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades da capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob o risco de perda de eficiência e de piores resultados (DOURADO; ELIAS, 2011).

O reconhecimento dessa situação levou a necessidade de enfrentamento dos desafios para que se concretizasse de fato a organização de redes de atenção em saúde com base na regionalização. Desta forma, foi no início da década de 2000, que a regionalização ganha de fato destaque com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e de maneira mais forte com o Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2001; 2006a; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Com a NOAS, em 2001, os processos de planejamento direcionam um maior estímulo à regionalização como forma de avançar no processo de descentralização e ampliar o acesso e a oferta de serviços de saúde, sobressaltando forte valorização da lógica regional do setor saúde que de modo concreto imputa, e conforme Viana e Lima (2011), num planejamento regional de escopo estadual por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimento (PDI) e também o fortalecimento das Programações Pactuadas Integradas (PPIs). Esses planos e programação são melhores apresentados no eixo teórico seguinte por nele se tecer as considerações acerca dos processos e instrumentos para o planejamento estratégico da atenção à saúde nos territórios regionais e municipais.

Em síntese, pode-se afirmar que as estratégias de planejamento adotadas para consolidar a regionalização da saúde, visando transferir o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização, foram e incluíram vários instrumentos normativos que incluem: 1) a elaboração do PDR e as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis, sob coordenação das Secretarias de Estaduais de Saúde (SES); 2) o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a qualificação do planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores; 3) a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas (CHEBLI; PAIVA; STEPHAN-SOUZA, 2010).

Na prática, a direcionalidade do planejamento a partir da NOAS tentou reeditar o federalismo sanitário brasileiro inculcando níveis regionais de assistência entre estados e municípios, mas a atribuição das competências referentes ao planejamento regional às SES sofreu resistências por parte dos municípios que identificaram na proposta uma perspectiva de (re)centralização em detrimento da autonomia conquistada diante as NOB-SUS 91, 93 e 96. Assim, ao invés de cooperação solidária, desencadearam-se disputas entre governos estaduais e municipais pela administração de serviços, o que culminou na não criação de espaços de coordenação federativa nos níveis subnacionais (DOURADO; ELIAS, 2010; BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Sendo assim, é a partir do Pacto pela Saúde em 2006 que ocorre maior ênfase no compromisso entre os gestores para o fortalecimento do planejamento e da gestão compartilhada do SUS, tendo como base os princípios constitucionais e nas necessidades de saúde, retomando assim a regionalização como eixo central, de forma que reatualizando os

instrumentos de planejamento concretizados pela NOAS e possibilita a ampliação da capacidade de regionalização para além da assistência à saúde, propõe-se então numa regionalização solidária e cooperativa, preconizando o fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, levando-se em consideração a diversidade econômica, cultural e social das diferentes regiões do país (BRASIL, 2006 a; BRASIL, 2006b).

Dourado e Elias (2011, p. 208) enunciam que os objetivos do Pacto pela Saúde constituem-se em intencionalidades político-institucional de:

[...] melhorar o acesso e a qualidade da assistência, reduzindo as desigualdades existentes, de garantir a integralidade da atenção, de potencializar a capacidade de gestão das esferas estaduais e municipais e de racionalizar os gastos e o uso dos recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. Pressupõe-se que todos os municípios estejam capacitados para ofertar ações e serviços da atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde.

Desta forma, é por meio do Pacto pela Saúde que as antigas formas de adesão à gestão plena do sistema ou da gestão plena da atenção básica são substituídas por um modelo baseado em assunção de compromissos e responsabilidades sanitárias, em que se diz o que cada ente federado, respeitado suas condições, pode realizar naquele momento e contexto, o que não é possível e em quanto tempo poderá fazê-lo (ASSIS *et al.*, 2009).

Ressalta-se aqui, que foi nesse contexto, que o Ministério da Saúde ressaltou a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. (BRASIL, 2008).

Buscando superar limites, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria 399GM, de 22 fevereiro de 2006, que contempla as Diretrizes do Pacto pela Saúde (Pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS), com a qual sugere novas bases de negociação para o financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromisso entre as três esferas de gestão do SUS. O referido documento propõe mudanças significativas para a execução da política do SUS, retomando a regionalização como diretriz primordial a ser direcionada a partir do planejamento e da gestão em saúde.

Para a formulação e programação de redes de saúde numa perspectiva de pactuações intermunicipais articuladas pelo estado, destacam-se os processos e instrumentos de planejamento em saúde a apresentar-se: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

(PPI); acrescentando, comentários acerca do Colegiado de Gestão Regional (CGR) e do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). E adiante, articulado as exigências do PlanjeSUS são apresentados os instrumentos obrigatórios para que os entes federados executem a construção de Redes de Atenção em Saúde (RAS) coordenadas e/ou ordenadas pela APS.

Como já mencionado é no Pacto de Gestão, que compõe o do Pacto pela Saúde, que estão descritas as questões relativas à operacionalização da regionalização da assistência. Esse destaca a importância da elaboração do PDR, destacando que este documento deve expressar o reconhecimento das regiões de saúde, com ênfase na racionalização de gastos e otimização de recursos. Assim, a composição instrumental do PDR deve expressar em suas partes:

[...] a caracterização do estado; a pactuação feita pelos gestores na identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas; os mapas dos arranjos regionais que conformam as Macrorregiões de Saúde, caracterizando as ações e serviços a serem oferecidos por cada uma delas; a identificação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) estruturados e a serem estruturados, com sua composição; situação geolocalizada, da estruturação de redes de atenção à saúde das Regiões e Macrorregiões de Saúde, articuladamente com o processo das PPIs; a identificação dos “complexos regulatórios” – existentes e a serem implantados; outros arranjos e/ou processos pactuados entre os gestores, com o objetivo de potencializar as ações de saúde, em âmbitos regionais. (BRASIL, 2006e, p. 28).

O volume 10 da série Pactos pela Saúde, editado em 2009, retoma a questão do PDR já descrita nos volumes 3. Mas nessa publicação têm destaque os critérios políticos e culturais para a elaboração do PDR, que devem ser somados àqueles de ordem técnica relativos aos conceitos de economia de escala e de escopo, e sua relação com a qualidade e o acesso (BRASIL, 2009b; FORTUNA, 2011). Desta forma, o PDR, já previsto na NOAS, adquire caráter mais sistêmico e alcance intersetorial ao permitir diferentes combinações de variáveis (de saúde, econômicas, sociais e culturais) para o estabelecimento das regiões de saúde em cada estado da federação (VIANA, LIMA, FERREIRA, 2010).

O PDR caracteriza-se, portanto como instrumento de planejamento da gestão regionalizada do SUS e ordena o processo de regionalização da assistência à saúde em cada estado, a qual é baseada em prioridades coerentes com as necessidades de saúde da população e a garantia de acesso do cidadão em todos os níveis de atenção, dando ênfase também a racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2006c; STEPHAN-SOUZA *et al.* 2010).

Assim, foi preciso pensar a lógica do planejamento para além da municipalização e configurar confluências de interesse para pensar e agir a partir de um planejamento regional, tendo-se a intenção de garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a

todos os cidadãos, fundamentando-se na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais (DOURADO; ELIAS, 2011).

Deste modo, os PDRs devem garantir, em cada região, o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante os pactos entre gestores na garantia das referências intermunicipais, representando, assim, o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado, em consonância com os recursos disponíveis que devem ser alocados conforme a PPI, e com previsões de necessidades de novos recursos expressas no PDI.

O volume 5 do Pacto pela Saúde de 2006, a PPI é definida como “Programação Pactuada e Integrada da Assistência” e consiste num instrumento de alocação de recursos com vistas a contribuir para a construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde. No âmbito do Pacto pela Saúde a PPI avança em relação ao que se tem nas NOAS no tocante à maior transparência dos fluxos, definindo que os limites financeiros para a assistência da média complexidade serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população própria, somado à parcela relativa ao atendimento da população referenciada, a partir de critérios e parâmetros pactuados.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuados no processo de plano regional e estadual. No âmbito regional este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. O referido plano deve contemplar também as necessidades da área da Vigilância em Saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR (BRASIL, 2006c).

O PDI considera as prioridades identificadas no PDR, com vistas à ampliação das ações e serviços de saúde existentes, de modo a conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Assim, o ente federado apresenta no seu PDI o planejamento e a forma de desembolso dos recursos referentes às ações pactuadas na PPI, de forma a garantir a oferta das ações e serviços acordados (CEAP, 2009).

Nesse íterim de desafio e de pensamento da instrumentalidade para a uniformização do planejamento entre os entes federados, Viana *et al.* (2010), atribui ao CGR uma inovação por “criar um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável”. O espaço do CGR poderá ocupar uma lacuna

no âmbito da governança regional, uma vez que configuram um instrumento importante na definição de objetivos comuns e permitem o “estabelecimento de uma lógica voltada para o bem-estar da população e as necessidades de saúde na provisão dos serviços” (VIANA *et al.*, 2010).

O CGR é descrito no volume 1 da série de publicações do Pacto de 2006, onde é definido como “um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa”, cujo funcionamento deve ser acordado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Esse colegiado tem se o desafio de ser composto pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma região de saúde e pela representação estadual, promovendo uma efetiva participação social. Esse órgão deve instituir um processo de planejamento regional, expressando as responsabilidades de cada gestor com a saúde da população e delineando o conjunto de ações com vistas ao alcance da integralidade da atenção, assumindo o compromisso de fazer a identificação e o reconhecimento das regiões de saúde e criar um espaço de maior articulação para identificar semelhanças e definir responsabilidades que extrapola os limites político-territoriais a partir dos novos conceitos de regiões de saúde (FORTUNA, 2011).

Por fim, na descrição dessa instrumentalidade acerca do planejamento em saúde no Brasil apresenta-se o COAP mencionado pelo Decreto 7.508/2011, sendo este definido como o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Assim, o COAP avança na gestão da política de saúde ao estabelecer metas e compromissos, incentivos e sanções, visando produzir resultados para o Sistema de Saúde. Seu objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com o fim de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011).

Apresentado a instrumentalidade no contexto em que se trata historicamente a descentralização e municipalização da saúde, destaca-se que somada à exigência de ter planos e de relatório de gestão para habilitar-se e receber recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) os municípios e estados desenvolveram práticas valorosas de construção de entendimentos acerca do planejamento em saúde, mesmo que seja considerado que, muitas vezes, esses planos e relatórios foram realizados e/ ou forjados por autoridades sanitárias com

auxílio de universidades, centros de pesquisa, assessorias públicas e privadas e contratação de consultores (ROCHA, 2005).

Pontua-se, então, que inúmeras foram as dificuldades dos municípios e estados em estarem realizando o planejamento em saúde, envolvendo-se a essas a falta de prática e uma não normatização específica dos conceitos e métodos a serem utilizados em sua elaboração. Nesse sentido, a necessidade de construção de um Sistema de Planejamento do SUS ficou evidenciada durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007 aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado no Diário Oficial da União em dezembro de 2004. Em meados de 2005, após a produção e distribuição do Plano Nacional de Saúde (PNS), o MS decidiu transformar essa ideia em proposta para discussão com os estados e municípios por meio de oficinas macrorregionais (BRASIL, 2009a).

Nesse processo, é importante destacar a Portaria N° 399, de 22 de fevereiro de 2006 do Pacto pela Saúde, mais especificamente o Pacto de Gestão, que no item 4 do anexo da portaria, estabelece o PlanejaSUS, contendo o seu conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento. Destaca-se, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

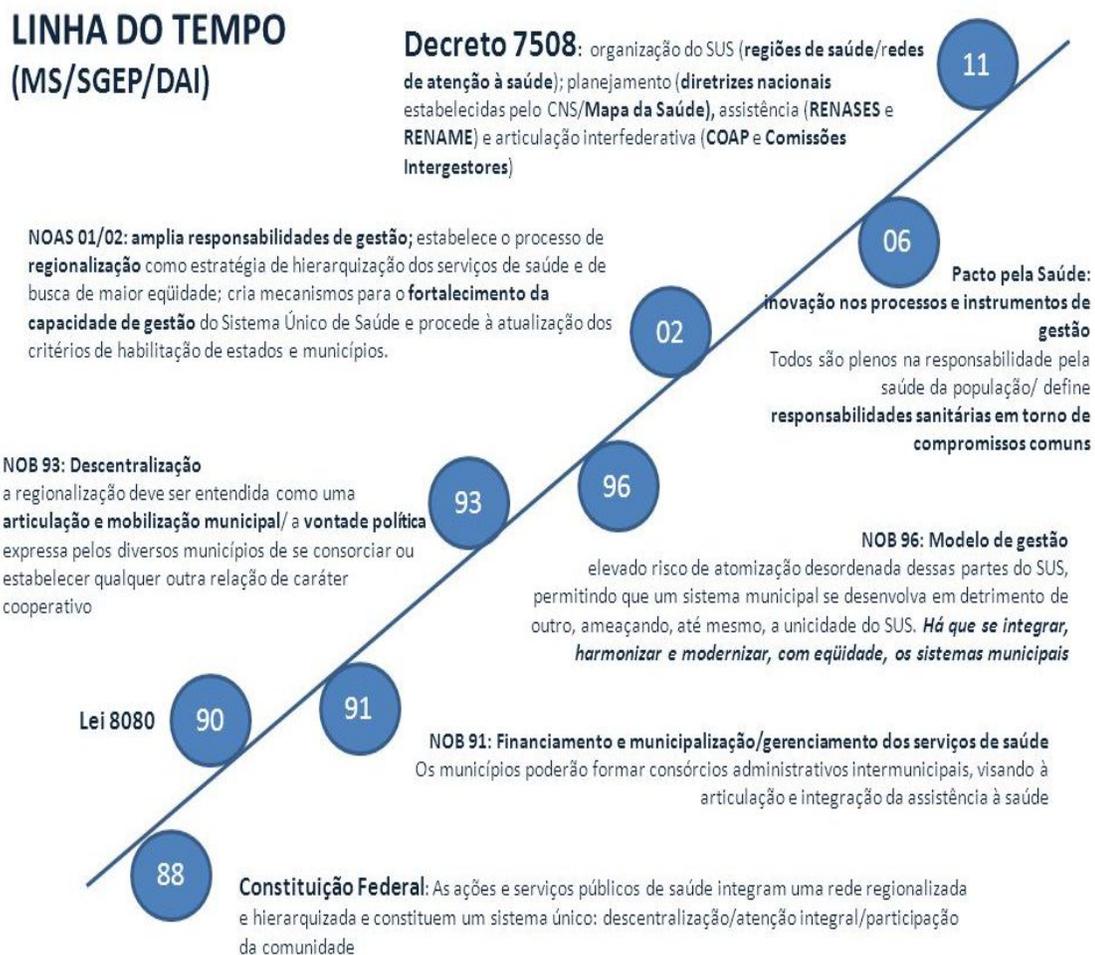
- i) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; ii) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; iii) a institucionalização e o fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; iv) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e v) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006c).

O PlanejaSUS define como instrumentos básicos do planejamento: o plano de saúde, a respectiva programação anual de saúde e relatório anual de gestão. O sistema oferece guias para a formulação desses instrumentos, com o objetivo de qualificar as práticas gerenciais do SUS (BRASIL, 2009a). Em dezembro de 2006, a Portaria GM/MS nº 3.085 regulamentou o PlanejaSUS, que se constitui em um mecanismo de gestão que oferece metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS (BRASIL, 2009a). Tal sistema será posteriormente apresentado e discutido a partir da interface da política e planejamento da APS no Brasil, considerando este para além de sua instrumentalidade como um dispositivo para a construção, ampliação e consolidação do acesso aos serviços do SUS.

Para além da instrumentalidade da política-institucional apresentada, descrita, e por hora discutida, assume-se que os processos e mecanismos operacionais para operacionalização do planejamento em saúde numa perspectiva municipal e regionalizada devem compor um projeto que assume o direito à saúde e a participação social em cada etapa da formulação de estratégias e de enfrentamento dos problemas de saúde da população/sociedade.

Em síntese, desenha-se uma linha do tempo, desvelando ações e serviços públicos de saúde, e evidenciando uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui a construção e continuada do SUS, permeado de avanços e retrocessos decorrentes da correlação de forças políticas no setor através da elaboração e implementação de leis, normas e decretos, mas que promove a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde.

Figura 6 – Linha do tempo do planejamento em saúde no Brasil



Fonte: elaborado pelo autor

No entanto, sobre os estudos recentes em cenários concretos que retratam a descentralização a partir da diretriz da regionalização, Santos (2013) em análise específica das pesquisas de Lopes (2010), Coelho (2011), Ianni *et al.* (2012) evidencia-se as dificuldades na consolidação de um governo regional diante da insuficiência no financiamento, frágeis políticas de gestão do trabalho e constrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera mediante as influências e interferência do setor privado no SUS. Tal situação é também tensionada por relações de conflito e disputa entre os municípios em detrimento da cooperação solidária regional de fato, destacando o entendimento que essas pesquisas revelam que em contraposição à imagem-objetivo que modela os ganhos com a regionalização, a sua implementação tem sido complexa e incremental, alternando avanços e retrocessos.

Nesse sentido, utiliza-se dos apontamentos de Silva (2011) quando coloca a importância da necessidade de constituição de redes regionais de saúde para o SUS, devendo atentar para alguns componentes básicos. Pois para construção e conformação devem-se levar em consideração os espaços territoriais e a ação das suas respectivas populações (atores social) na busca por respostas as diferenciadas demandas, assumindo a importância da ESF como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso as diferentes redes temáticas de linhas de cuidados que compõem a RAS em sua totalidade, considerando ainda a distribuição dos equipamentos sociais de saúde com objetivos e funções de suprir as necessidades da oferta especializada para atender critérios de economias de escala e escopo que compreendam a logística que controla o acesso e o fluxo dos usuários (SILVA, 2011).

Coloca-se, então, de modo intrigante, uma problemática, pois no processo de regionalização previsto pelo Pacto pela Saúde há o enaltecimento do papel coordenador e ordenador da APS na rede de cuidados. Apesar de todo o discurso em defesa de reformas que apontam pra pró-coordenação apoiadas na APS, a integração das redes regionalizadas pouco prevê mecanismos que a legitimem como coordenadora e ordenadora de cuidados na rede intermunicipal. Sendo assim, a APS configura-se como coordenador e /ou restrito, quando muito, ao espaço intramunicipal, ou seja, quanto mais o município necessitar de outros entes federados para prestação de serviços de saúde, mas frágil será a coordenação e/ou ordenação da APS, bem como também assumir também seus outros atributos.

Nesse sentido, construiu-se o marco teórico conceitual seguinte para se apresentar e discutir a política e o planejamento em saúde na APS, destacando a instrumentalidade do PlanejaSUS na construção histórica de entendimentos das funções e atributos da APS articulada a discussão acerca do papel do Estado e dos atores/sujeitos sociais que em suas

diferentes concepções e representação de poder possibilitam a práxis do planejamento em saúde.

2.2 PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: POLÍTICA E HISTÓRIA DE SUA CONSTITUIÇÃO

2.2.1 Contexto histórico da constituição e dos entendimentos dos atributos e funcionalidades da Atenção Primária em Saúde no Brasil

Um marco histórico mundial acerca dos cuidados primários em saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética. Essa conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

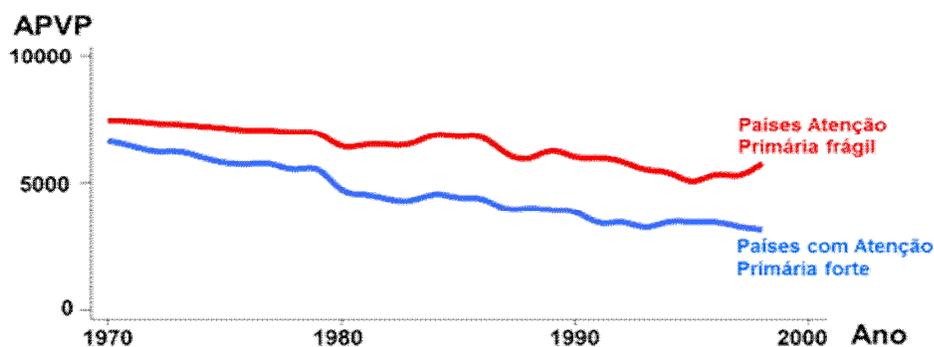
Por ocasião, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) compilou em documento as discussões que se deram no sentido de fundamentar as medidas gerais a serem adotadas pelos países a fim de promover saúde, independentemente das diferentes realidades desses, considerando-se as situações sociais, econômicas ou culturais, num ensejo maior de propor uma reorganização dos modos a se pensar e produzir os cuidados primários à saúde. Tornando-se então a “imagem-objetivo” para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial de um modelo de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de famílias e da comunidade (ASSIS *et al.*, 2007).

Nesse sentido, Assis *et al.* (2007, p. 191) coloca ainda que “essa abordagem propôs uma compreensão sobre cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todas as pessoas, como primeiro momento do processo de atenção à saúde, cuja apreensão ultrapassaria os limites do setor saúde, na medida em que tais métodos e tecnologias seriam implementados através dos serviços de proteção, prevenção e reabilitação, e níveis de atenção que demandam dos vários setores sociais”.

Nos países europeus, segundo Giovanella e Mendonça (2008), a atenção primária se refere, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência, a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade, visto que, em países europeus e norte-americanos, recentemente, acredita-se num cuidado primário fortalecido a partir da contribuição de governos, organizações não-governamentais e trabalhadores de saúde para sistemas de saúde de alto desempenho – investimentos em oportunidades de melhoria da qualidade de atendimento e saúde da população –, o que tem produzido taxas mais baixas de hospitalizações desnecessárias, menores taxas de mortalidade prematura – asma, bronquite, enfisema, pneumonia e doenças do aparelho circulatório – e por outras causas e menor desigualdade socioeconômica na saúde (KRINGOS *et al.*, 2013, tradução nossa).

Macinko *et al.* (2003) desvelaram que os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico que tinham uma APS fortalecida foram capazes de diminuir os anos potenciais de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma APS mais frágil (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Anos potenciais de vida perdidos (APVP) em relação à qualidade da Atenção Primária À Saúde em 18 países da OECD, período 1970 a 2000.



Fonte: MACINKO *et al.* (2003).

Contudo, a discussão da saúde tem se ampliado. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por

compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Após Alma-Ata, o que imperou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva e não ampliada. Têm-se então duas concepções de Atenção Primária de Saúde que são predominantes, a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou a de uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada.

Contudo, as concepções são enunciadas por Conill (2008) ao analisar as diversas experiências que inclui a de Cuba, Moçambique, Canadá, Inglaterra, Espanha e outras numa formulação de hipótese que as proposições das concepções se articulava na prática em torno de dois polos principais que expressam respostas a necessidades de ordem econômica, política e social, mas também demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais desse contexto. De forma a se ter de um lado, um polo tecnocrático propondo a incorporação de medidas inovadoras e de racionalização das práticas (comunidade como fundamento das necessidades de saúde, hierarquização, coordenação e integração do cuidado), e de outro, um polo participativo associado a uma maior democratização dos serviços (mudanças na divisão do saber com ampliação da equipe, incorporação de agentes da comunidade, acesso e controle social), em que analisando as conjunturas ou contextos específicos são assumidos elementos e características principais de racionalização, legitimação do Estado por meio de políticas públicas ou uma maior democratização dos serviços (CONILL, 2008, p.8).

Assume-se e se reconhece, então, a trajetória da atenção primária no Brasil enquanto política de reforma setorial condizente e atrelada à interface da política do SUS, pautada pelas diretrizes da descentralização, integralidade e participação popular, tornou viável o desenvolvimento de experiências locais que buscam superar o modelo de atenção de base previdenciária, privatista e curativo instituído anterior ao regime militar, reconhecidamente ineficiente e causador de grandes iniquidades.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a APS refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde. Santos (2009) coloca que a denominação brasileira de atenção básica para APS é usada para diferenciar-se de propostas internacionais que reduziram o potencial da APS a uma cesta básica de serviços. Nesse sentido, a Atenção Básica está em sinergia com uma APS forte, apontada pela OMS (2008) como aquela que supõe a universalidade dos cuidados, a coordenação dos demais níveis de atenção, ancorada na integralidade à saúde.

Contudo, uma grande dificuldade na compreensão da APS está na ambiguidade do termo primário que pode conotar algumas significações distintas: simples ou básico, ponto de primeiro contato, ponto de triagem, ponto principal da atenção à saúde, dentre outros. Porém, não existe dúvida que a expressão primária foi conotada para exprimir o atributo essencialíssimo da APS, o do primeiro contato. Para além disso, dificuldades de entender o papel protagônico da APS envolvem também dimensões política, cultural e técnica.

Nesse sentido, para compreender a APS como nó intercambiador que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, tornar-se interessante apontar os atributos de qualidade da APS enunciados pelo Institute of Medicine (1978), paralelamente a Alma-Ata, estabeleceu os atributos da APS: *a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a transparência*. Esses atributos foram ampliados por Starfield (2002) e são incorporados pela OPAS, atualizados nos documentos OPAS (2011a; 2011b), entre estes inclui-se: *o primeiro contato*, que diz respeito à atenção primária como serviço de primeiro contato; *a integralidade* que implica a oferta de serviços preventivos e curativos de cuidado individual e coletivo em diferentes pontos de atenção, e reconhecendo a múltipla determinação da saúde; *a coordenação*, em que a APS se estabeleça como centro de comunicação das redes; *a orientação comunitária, a focalização na família e a longitudinalidade* entendida a partir do protagonismo da comunidade e da família que é tomada como foco prioritário do diagnóstico da situação e da corresponsabilização mútua com as equipes de saúde frente as ações adotadas que devem reconhecer e valorizar os diferentes saberes e soluções, o que se denominado de *competência cultural*.

Eis, então, o desafio brasileiro na constituição da APS, pois reconhecido os avanços, é preciso mútuos esforços dos cidadãos, famílias, comunidades e governo para que se tenham serviços de saúde acessível em todos os aspectos de resolução de problemas de saúde que os diferentes atores possam identificar numa relação mútua e contínua de confiança a fim de garantir a integralidade da atenção por meio da comunicação de redes coordenada pela APS.

Os entendimentos e atributos dados a APS expressam a necessidade de ação urgente de todos os governos e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde, no sentido de promoverem um ambiente de justiça social, inclusive com estabelecimentos de meta com a garantia do acesso à saúde para todas as pessoas, apresentando a APS como primeiro nível de contato com os serviços, constituindo-se no início de um processo hierarquizado de atenção (ASSIS *et al.*, 2007).

Especificamente sobre a APS no Brasil, Mendes (2011) apresenta uma relevante revisão sobre os ciclos da atenção básica no Brasil. O primeiro ciclo nos primeiros anos do século passado foi o do modelo da rede local permanente com a abertura de centros de saúde pública destinados a atuar em base territorial, com intuito de promover ações de saúde pública voltadas para o controle da doença, com ações no domicílio e na comunidade; o segundo ciclo foi o dos centros de saúde-escola, instituídos pelo Prof. Paulo Souza na Universidade de São Paulo, nos anos 20; o terceiro ciclo foi o dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), parte do esforço de guerra, a partir dos anos 40; o quarto ciclo foi o dos centros de saúde implantados pelas Secretarias Estaduais de Saúde em todo País, que teve seu auge nos anos 60; o quinto ciclo foi o dos programas de extensão de cobertura iniciados por experiências acadêmicas ou institucionais e que confluíram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) na segunda metade dos anos 70; o sexto ciclo foi o das Ações Integradas de Saúde (AISs) que articulou os cuidados primários das Secretarias Estaduais de Saúde com os da Previdência Social (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS) em núcleos urbanos no início dos anos 80.

Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 é que começou a haver uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento, o que se configurou no sétimo ciclo (o da municipalização das ações de APS); o oitavo ciclo, o ciclo vigente, o da atenção básica, surgiu no final de 1993, com a institucionalização, pelo Ministério da Saúde, do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (MENDES, 2011).

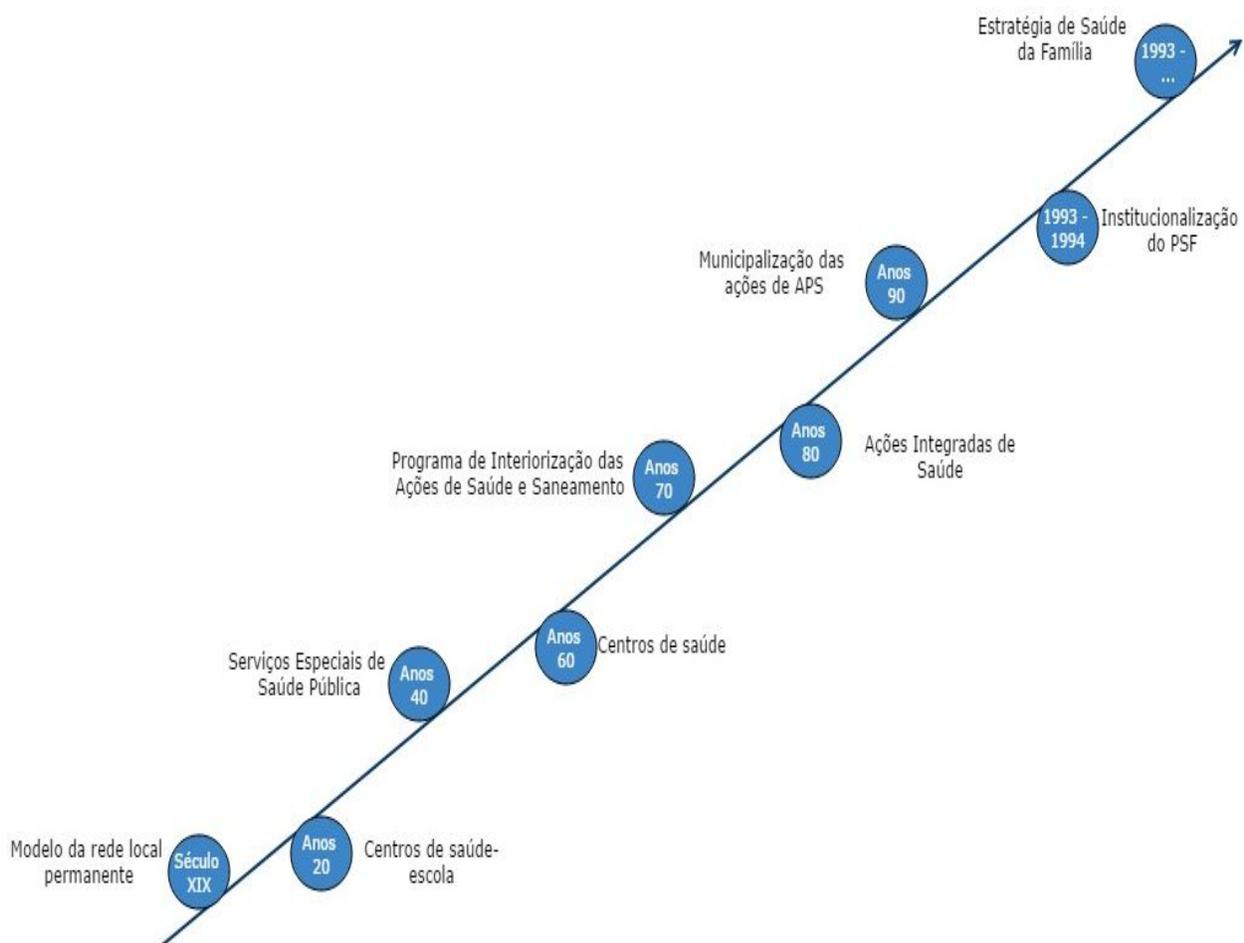
O PSF surgiu como estratégia de reorientação do modelo assistencial, com o intuito de fortalecer a proposta de mudança do enfoque curativo para o preventivo e integral, priorizar ações de promoção e educação em saúde e reorganizar os serviços de saúde na busca da universalidade, integralidade e equidade (GONDIN *et al.*, 2011). Outro objetivo dessa estratégia foi o desenvolvimento de laços de compromisso entre profissionais da saúde, gestores e população usuária dos serviços de saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

O PSF, posteriormente denominado posteriormente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), expandiu-se ao longo da década de 2000 por todo o país sob indução do Ministério da Saúde – por meio dos incentivos financeiros do Piso da Atenção Básica que na modalidade variável prevê pagamentos adicionais por equipe em funcionamento –, atingindo em 2011, mais de 90% dos municípios brasileiros, com 32 mil equipes, e cobertura

populacional de 52% (cerca de 100 milhões de habitantes). Todavia, um olhar sobre as experiências em curso demonstra grande diversidade vis-à-vis às imensas disparidades inter e intraregionais e às enormes desigualdades sociais que marcam a realidade brasileira (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; 2011).

Em síntese, como se vê na Figura 7.

Figura 7 – Linha do Tempo da APS no Brasil



Fonte: elaborado pelo autor

No Brasil, os princípios gerais e fundamentos da APS são consolidados na Política Nacional de Atenção Básica que refletem uma concepção que incorpora como mencionado anteriormente às dimensões e aos atributos definidas por Starfield (2002), que inclui o primeiro contato, a integralidade, a coordenação, a orientação comunitária, a focalização na família; a longitudinalidade e competência cultural.

Nesse sentido, a atenção à saúde no contexto da APS deve ser organizada, principalmente, considerando os recursos das tecnologias leves – acesso, acolhimento, vínculo, correponsabilização, autonomia, resolutividade –, pois estes permitem aos profissionais deslocar o modelo assistencial baseado no atendimento individual e curativo, em que o foco da produção é o procedimento em si, para um modelo em que haja um foco voltado para a produção de cuidados (MUNARI *et al.*, 2008).

Contraditoriamente, conforme sinaliza Munari *et al.* (2008), é notável o despreparo e desmotivação dos profissionais de saúde para produzir ações centradas na atenção às relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na autonomia do usuário no cuidado de si. As ações focadas no atendimento individual, no tratamento medicamentoso e em procedimentos que são próprios dos profissionais como as consultas, visitas domiciliares, aplicação de vacinas ou curativos.

A APS no Brasil, nos moldes da lógica de Programação em Saúde, estrutura-se a partir do conceito da integração entre as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, reunindo profissionais de distintas formações para realizar as atividades. No entanto, este modo de organização do trabalho compartimentaliza as áreas disciplinares que integram cada programa (criança, mulher, tuberculose, idoso, entre outros). E, embora em seus pressupostos estejam claramente colocadas a promoção e a prevenção à saúde, o modelo de organização da Atenção Primária é fortemente marcado pela assistência médica, sobretudo dirigida à recuperação da saúde. Tal estruturação do modelo propiciou a hegemonia do pensamento médico de caráter curativo, como resposta a uma crescente pressão pela cobertura por assistência médica verificada nas décadas de 1970 e 1980 (MARSIGLIA, 2008).

Seguramente, a expansão da estratégia em torno da ESF propiciou a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e deixou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários. Esse fato, todavia, não implica mudança dos processos de trabalho desses profissionais, que, mantendo a mesma lógica da assistência centrada na consulta médica ambulatorial, desenvolvem parcamente os atributos da atenção primária (SILVA, 2010).

Tal contexto exige mudanças no processo de trabalho, superando a organização inspirada nas concepções de tipo taylorista/fordistas, rompendo com a divisão sócio técnica do trabalho dominante, com a dicotomia entre a decisão e a execução que tem sido muitas vezes responsável por certo grau de alienação no trabalho dos profissionais de saúde. Exige também que o diagnóstico da realidade, planejamento, monitoramento e avaliação sejam funções assumidos conjuntamente por a equipe com a efetiva participação da comunidade,

para que todos saibam lidar com as informações obtidas no sentido de retroalimentar o sistema e embasar o processo de decisão coletiva.

Pressupõe-se ainda mudanças nas relações do trabalho em equipe para que elas se tornem menos hierárquicas, com as decisões compartilhadas entre a equipe e as famílias atendidas. Relações que permitam também a criação de vínculos e responsabilização pelo acolhimento, cuidado e resolução dos problemas apresentados, inclusive na busca de encaminhamentos para níveis mais complexos de atendimento, pautando a postura da equipe pela ética do compromisso com os usuários.

Assim, um dos princípios que devem ser fortalecidos no contexto da atenção à saúde na APS, em consonância aos princípios do SUS, é a integralidade. A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, a Integralidade pode ser entendida como “atendimento integral” focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade pode ser considerada como um dos atributos próprios da Atenção Primária, tal como propõe Starfield (2002).

A integralidade pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Por outro ângulo de aproximação a integralidade considera a rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz no conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Assim, se no primeiro ângulo considerado, o da integração horizontal entre prevenção, promoção e recuperação concorrem os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde, o outro cabe considerar a atuação decisiva dos gestores frente ao preconizado pela política de saúde (MARSIGLIA, 2008).

A Política Nacional de Saúde reconhece a APS constituindo o primeiro nível de atenção à saúde e tem como um dos seus objetivos o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações de morbidade que venham a demandar ações de maior complexidade (GONDIN *et al.*, 2011).

Entende-se que resolubilidade e efetividade das funções da APS, entendida nas dimensões de integralidade e outros atributos, envolve aspectos relacionados à conduta

profissional e a relação equipe de saúde/usuário, bem como por outro ângulo envolve a organização da rede de atenção. E nesse sentido, a ESF e outros equipamentos sociais de saúde que compõem a APS precisam estar inseridos num sistema organizado de forma hierarquizada, que se tenha de fato referência e contra referência das situações necessitadas, para substancialmente se constituir em porta de entrada do sistema de saúde.

Assis *et al.* (2007) colocam que na prática da ESF, entretanto, constata-se múltiplas tensões na organização do trabalho. Apesar de as práticas com o coletivo, com as famílias - nas casas, locais de trabalho e convivência - serem uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seguidos pelos trabalhadores da enfermagem. A carga de atenção por meio das consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte do tempo e da agenda dos médicos. Além disso, as equipes enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea, e a atenção a elas quase sempre se conforma no esquema queixa-conduta, fortalecendo o modelo médico centrado.

Acerca do entendimento das funções da APS como coordenadora e/ou ordenadora da rede cuidados é necessário ter algumas colocações embasadas e incitadas pelo amplo debate divulgado nas produções científicas. Antes dessa discussão, apresenta-se então o entendimento assumido pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (2012) acerca do ordenar as redes e coordenar cuidados.

Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos- -sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012).

A proposição de tais funções atribuídas a APS na PNAB em consonância e dissonâncias decorrentes da dicotomia teórico-prática suscitam diferentes entendimentos

pelos teóricos que compõem o campo da Saúde Coletiva, evidenciando assim os avanços e desafios da APS e de sua efetiva implantação por meio da ESF. E em si considerando suas funções para construção da RAS é necessária uma análise crítica das competências atribuídas aos municípios e, sobretudo acerca das possibilidades e estruturas econômico-financeiras e de gestão e planejamento para de fato assumirem tais competências.

Uma excelente análise é proposta por Santos (2013) em sua revisão de literatura ao estudar a gestão do cuidado em rede, destacando pontos macro e micro estruturais quando pensado a função ordenadora e coordenadora da APS na rede. Assume-se que os pontos elucidados subsidiam a possibilidade de pensar um planejamento em saúde mais resolutivo a partir do diagnóstico de problemas, que pensados pela lente macro incluem; uma porta de entrada difusa, principalmente nos grandes centros urbanos que a APS tem baixa cobertura, resultando em baixa coordenação e competição com os estabelecimentos de pronto-atendimento e os hospitais, públicos e privados (VIANA *et al.*, 2008; CAMPOS, 2008; ESCOREL *et al.*, 2005); e ainda a cobertura da APS é insuficiente e limitada a determinados dias e horários, restringindo seu papel de porta de entrada preferencial (MATTOS, 2009; CECÍLIO, 1997); a APS é de responsabilidade do ente municipal (MENDES, 2002), mas os demais serviços da rede (média e alta densidade tecnológica) podem ter distintos provedores e diferentes naturezas jurídicas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008); a coordenação do cuidado na rede a partir da APS (quando existe) limita-se ao município, tendo que submeter a demanda por cuidados “especializados” às regras de oferta pactuadas entre os gestores municipais e estaduais, quando se necessita de ações de outros níveis não contempladas no próprio município, com preocupantes problemas na regulação dos fluxos entre os serviços (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006); a persistência de problemas na infraestrutura das unidades de saúde e deficiência no aporte de medicamentos essenciais, apoio diagnóstico e consultas complementares (MENDES, 2002); e ainda da falta de serviços especializados, pois a maioria dos municípios brasileiros (cerca de 90%) tem menos de 50.000 habitantes e sua rede de serviços resume-se, muitas vezes, a APS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Numa análise micro e tão importante quanto, temos os problemas elencados que incluem o fato dos profissionais da APS terem de atender a todos os grupos e a um amplo espectro de problemas, executando ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras (CAMPOS, 2003; BRASIL, 2012), gerando então o desafio da necessidade de se ter uma equipe formada por diferentes trabalhadores (nível superior e médio) que devem exercer o cuidado à saúde em equipes multiprofissionais e práticas interdisciplinares (CAMPOS, 2003; SOUSA; HAMANN, 2009), enfrentando a problemática de que muitos profissionais não têm

formação adequada para trabalhar na APS e o especialista é socialmente mais valorizado que o profissional generalista, situação que se reproduz recorrente nas tomadas de decisão dos gestores (CAMPOS et al., 2008; MENDES, 2002); e ademais a forma de pagamento dos trabalhadores é o assalariamento, com uma diversidade de modalidade de vínculo e complexos problemas na política de gestão do trabalho (MENDONÇA et al., 2010; ASSIS et al., 2008).

Para Campos (2008, p.19), o governo não encara os grandes problemas que minam o avanço da APS (financiamento, formação de pessoal e gestão do trabalho, por exemplo), uma vez que é mínimo o debate político em torno dessa questão, colocando ao bem da verdade como um consenso definido que cabem aos demais entes apenas colocar em prática tudo que está previsto nas normas ministeriais. Pois “não há evidências de que o Ministério da Saúde esteja disposto a assumir a articulação dessa multiplicidade de experiências e de entidades federadas para construir um sistema – rede interdependente, apesar da autonomia dos municípios – que combine singularidade local com diretrizes que assegurem unidade ao SUS”.

É preciso então considerar o SUS e suas proposições que implicam singularidades da APS no contexto brasileiro de sua política de saúde em relação às concepções teóricas acerca dos atributos da APS, colocando essa questão muito mais no campo da vontade e do desejo os atores em suas práticas de planejamento fazem desta e deste.

Essa reflexão já fora apontada por Testa (1992), quando afirma não ser possível considerar a APS e seus atributos em um conceito totalizante, pois é dependente do contexto do sistema de saúde em que está inserida. Nesse sentido, alerta ao destacar que países não lograram êxito ao atrelar a APS a uma rede regionalizada, produzindo uma atenção “primitiva” de saúde, com serviços de segunda categoria, constringendo o direito de cidadania. Para este, de forma não engessada a APS deve ser a porta de entrada do sistema de saúde sim, mas resolvendo os problemas possíveis e orientando os demais para outros níveis, “isso implica uma rede de estabelecimentos interligados por claros procedimentos de referência e de transmissão da informação pertinente, que ordenam a circulação interna dos pacientes no sistema; também implica um ordenamento territorial regionalizado e um comportamento social que obedeça, mais ou menos disciplinarmente, às normas de ingresso e circulação” (TESTA, 1992, p.161).

Em momento mais contemporâneo de consolidação do SUS, Cohn (2008, p.24) alerta para necessidade de renovação do debate acadêmico e outras perspectivas na agenda política, pois se incorre no perigo de que “ao se assumir o PSF como uma estratégia de

mudança do modelo assistencial brasileiro, esvazia-se, paradoxalmente, a dimensão da política e tende a tomar seu lugar à dimensão técnica na busca de avaliação, monitoramento e aperfeiçoamento desse modelo”, e de forma ousada acusa e denuncia que há poucos estudos críticos que questionam o já estabelecido, pois “qualquer passo desmedido no sentido da crítica do já instituído, ou do que vem sendo instituído, é interpretado quase que imediatamente como oposição ao SUS e, portanto, como algo condenável, política e moralmente” (COHN, 2009, p.9).

A pertinência da exposição de dissonâncias e convergências, em torno da ESF e seus atributos, instiga ao trilhar por caminhos que questionem a potência da APS brasileira, porquanto “a rede de saúde da família vem sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre atenção primária e especialidades ou hospitais” (CAMPOS, 2007, p.304).

Por isso, entendendo que o modelo de atenção básica vigente encontra-se esgotado, uma vez que não dá para ter uma APS de qualidade, cumprindo com as funções resolubilidade, de centro de comunicação e de responsabilização nas RASs, pensa-se em instituir um nono ciclo no Brasil, o que implicará assumi-la, verdadeiramente e, não só discursivamente, como estratégia de organização do SUS. Essa mudança paradigmática significará numa APS mais qualificada, adensada tecnologicamente, com mais recursos, com equipe multiprofissional e que, para isso, deverá ser tomada como uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS, nas três instâncias federativas. E que não será tão trivial, exigindo investimentos adicionais consideráveis (WORLD HEALTH ORGANISATION, 2008a, 2008b, tradução nossa).

Assim, buscando propostas que orientem a construção de sistemas de serviços integrados e cuidados coordenados por equipes de APS, tomando como cenário o SUS, Silva (2008) propõe, ainda que genericamente, o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde mediante fortalecimento da APS, organização da rede via APS, fortalecimento da regulação e da gestão regional. Para tanto, indica passos convergentes com a literatura que Santos (2013) expõe didaticamente em seu trabalho, apontado para: 1) Fortalecimento da APS – reafirmar o conceito abrangente, adequar a oferta e a formação dos profissionais, organizar o processo de trabalho no espaço do território, ampliação do escopo e apoio matricial; 2) Organização da rede de atenção via APS – análise da situação de saúde e da rede existente na região, desenho da rede mais adequada à região, identificação dos problemas e análise de cenários, elaboração de plano de ação para aperfeiçoar a rede ; 3) Fortalecimento da regulação – identificação dos usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais da região, avaliação e

readequação dos instrumentos que regulam a oferta assistencial na região, legitimação e/ou criação de protocolos técnico-assistenciais, criação ou adequação do suporte logístico; 4) Fortalecimento da gestão – fortalecer a governabilidade e ampliar a governança.

Nesse sentido, é preciso colocar os desafios de se propor e de realmente ter APS como coordenadora e/ou ordenadora da rede de cuidados, sendo necessário então assumir que o planejamento em si não é finalidade, mas torna-se uma possibilidade no entendimento aglutinado de suas concepções e assumidos pelos diferentes atores sociais pode apontar a remodelação de caminhos coerentes para conformação de um sistema de saúde público, de qualidade e que quer consolidar a universalidade do acesso coordenada por APS que de fato tem a capacidade de ser/fazer/acontecer esse e outros de seus atributos.

2.2.2 Política e Planejamento no fortalecimento do acesso a Atenção Primária em Saúde: propostas, mecanismo e instrumentos

A operação da atenção à saúde no Brasil se compõe de múltiplas lógicas, algumas estratégicas, outras estruturais, quase todas amplamente programáticas. O diferencial que se tem na APS com a ESF é que está assume sua concepção territorial, comunitária, multidisciplinar e resolutive. No entanto, a sua implantação exige rearranjos numa conjuntura deficitária do ponto de vista logístico e heterogênea pela dimensão continental do país, a fim de ampliar cada vez mais o acesso aos serviços de saúde.

Em pretensão explícita de favorecer a melhoria das condições de saúde da população, o SUS é concebido como um sistema público incorporado no princípio da universalidade, bem como, a integralidade e equidade. No entanto, o acesso da população aos serviços de saúde ainda é uma etapa a ser cumprida para consolidação desta iniciativa, pelo fato de que embora a cobertura de alguns serviços tenha aumentado ao longo do tempo, os mecanismos de entrada e os fluxos de atendimento ainda não inspiram uma determinada confiabilidade de que a garantia do cuidado seja factível.

Nesse contexto, ainda nos princípios da criação do SUS, Campos (1994) aponta para a necessidade, antes de qualquer outra discussão, de reafirmar a proposta de um sistema público de saúde no Brasil, em que não se pode discutir APS sem estabelecer relações com o sistema como um todo; mesmo com todos os limites e problemas deste sistema, enquanto postulado legal, assegurado na Constituição de 1988, destacando eixos decisivos em sua defesa que inclui o direito universal à saúde, independente de questões econômicas, sociais, culturais, religiosas, raciais ou étnicas.

Assim, “o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania” (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010, p.162).

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (RAMOS; LIMA, 2003; p. 28).

Considerando os esforços da prática do planejamento voltada para garantia da universalidade Abreu de Jesus (2006) coloca que o estabelecimento de uma relação entre acesso e o planejamento em saúde se dá num contexto histórico, “sendo construída ao longo de décadas a partir da discussão dos modelos teóricos construídos no decurso de momentos intimamente relacionados aos contextos nos quais se desenvolveram as suas diferentes conceituações” (ABREU DE JESUS, 2006, p.100), assumindo que o conceito em si de acesso está para além da dimensão de elemento de análise e se coloca como categoria analítica, permeada por fatores históricos, numa perspectiva de transformação da realidade.

Giovanella e Fleury (1996, p.196) apresentam o acesso como categoria analítica. As autoras concebem acesso numa visão compreensiva de quatro dimensões;

[...] dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e a organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

Neste ínterim, Giovanella e Fleury (1996), apresentam a partir das dimensões propostas uma articulação com modelos teóricos de assistência à saúde. Destacando o modelo economista, o modelo sanitarista-panificador, o modelo sanitarista politicista e modelo das representações sociais como elementos referenciais para analisar o acesso aos serviços de saúde como categoria.

Abreu de Jesus e Assis (2010) ressignificam o trabalho de Giovanella e Fleury (1996) à medida que esses relacionam as dimensões analíticas do acesso com o planejamento, estabelecendo conexões entre a discussão teórica e a prática do planejamento no campo da saúde coletiva, tendo como cenário o processo de construção e conformação da rede de atenção em saúde. Nessa ressignificação os autores apresentam quatro concepções, as quais são aqui apresentadas e dialogadas, sendo elas: *Dispositivos do planejamento em saúde para buscar equilíbrio na relação oferta/demanda no âmbito do SUS* – a dimensão econômica do

acesso aos serviços de saúde; *Organização hierarquizada de redes de atenção como dispositivo do planejamento em saúde para viabilizar o acesso aos serviços no SUS* – uma dimensão tecnoassistencial; *Dispositivos do planejamento para o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular no âmbito do SUS* – a dimensão política do acesso aos serviços de saúde; e *Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde* – a dimensão simbólica do acesso – uma utopia a ser alcançada.

Discutindo a primeira concepção – Dispositivos do planejamento em saúde para buscar equilíbrio na relação oferta/demanda no âmbito do SUS: a dimensão econômica do acesso aos serviços de saúde – os autores colocam que a relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. Acrescentam que há o desafio do planejamento é estabelecer acesso à saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade por parte dos atores sociais, tendo-se um paradigma a ser superado, no tocante a desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, possibilite a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

A disponibilidade é entendida como relação entre o volume e os diferentes serviços existentes e o número de usuários e suas necessidades. A acessibilidade, como a relação entre localização da oferta e a localização dos usuários, considerando a distância geográfica, os recursos para transporte, o tempo demandado até chegar ao serviço, a viagem, à distância e os custos. A adequação funcional, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para receber os usuários e a capacidade dos usuários se adaptarem aos fatores que condicionam a organização da oferta (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

A capacidade financeira relacionada aos custos dos serviços na entrada, manutenção ou saída dos usuários. A aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários com os trabalhadores de saúde e com as características das práticas dos serviços, bem como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

No que tange a visão economicista enraizada, porque não dizer fruto da influência normativa das primeiras ideias de planificação (CENDES/OPS), “o desafio dos planejadores está posto no momento em que se assume que as práticas do cotidiano nessa relação devem estar pautadas no paradigma da integralidade, enquanto ação social resultante da permanente

interação de atores, em planos distintos de atenção à saúde (individual e coletiva), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (ABREU DE JESUS; ASSIS 2010, p.165).

A segunda concepção de planejamento é denominada por (ABREU DE JESUS; ASSIS 2010) como “Organização hierarquizada de redes de atenção como dispositivo do planejamento em saúde para viabilizar o acesso aos serviços no SUS: uma dimensão tecnoassistencial”.

Para Abreu de Jesus e Assis (2010) a formatação do processo de consolidação das diretrizes do SUS vem desenvolvida com base na apresentação da dimensão organizativa dos modelos assistenciais com vistas ao estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica. Starfield (2002), comentando acerca da acessibilidade apresenta uma série de motivos para se ter a Atenção Primária em Saúde como “porta de entrada” mais adequada para o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde.

Atenta-se que proposta de hierarquização da rede de atenção à saúde deve estar muito mais ligada aos níveis de atenção em saúde (atenção primária, secundária e terciária) do que propriamente relacionada ao grau de hierarquização que o usuário deve percorrer na rede para ter suas necessidades de saúde atendidas. Entende-se que esse pensamento tornaria o acesso uma questão extremamente burocrática.

Nesse entendimento, o campo da Saúde Coletiva deve tratar a questão do planejamento e dos seus dispositivos para organizar a rede, engendrada à discussão dos modelos tecnoassistenciais, observando sua conformação e organização, garantindo o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade, devendo utilizar para isso metodologias participativas, incluindo os diversos sujeitos no processo de discussão do modo de como construir um rede efetiva de atenção em saúde (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

Nos caminhos de construção do SUS, a ênfase na inversão do modelo assistencial incorpora-se nas propostas da política de saúde que atribui a APS as funções de ordenadora e coordenadora de cuidados na RAS. Isso conforme mencionado se deu especialmente a partir da redefinição dos programas estratégicos, como o PSF posteriormente denominado ESF.

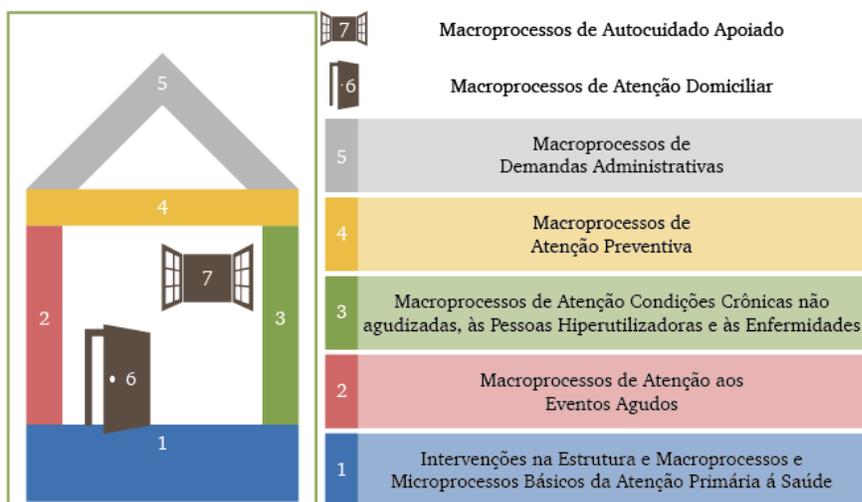
Historicamente, a Política Nacional de Saúde tem referenciado a ESF como um dispositivo de acesso da maioria da população ao SUS. Dentre os princípios da ESF, se destacam prioritariamente: (a) caráter substitutivo, onde exista a alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; (b) integralidade e hierarquização, tendo a Unidade básica de Saúde da Família como

primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; (c) territorialização e adstrição da clientela – incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida; e, por último, (d) equipe multiprofissional - composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1999, 2004).

A ESF está definida no SUS como uma proposta de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. Serão executadas ainda atividades que incluem programação participativa, grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, dentre outras (BRASIL,1994).

O enfoque do território na APS, segundo PESSOA *et al.* (2013), permite delinear e caracterizar a população e seus problemas de saúde, afim da criação de vínculo e responsabilidade entre os serviços de saúde e usuários, propiciando o acesso dos usuários e trabalhadores ao serviço, bem como a avaliação dos impactos das ações. Para tanto, ao construir um trabalho vivo em ato na APS a partir da concepção de território, que ancora a política de saúde, inter-relacionando-a ao contexto social, econômico, político, cultural e ideológico, estabelece-se uma ampliação continuada das ações da APS, promovendo grandes mudanças nas regiões de saúde que estão apostando no modelo que direciona para a organização dos processos das unidades de saúde e para a integração das atenções primária e especializada (Figura 8).

Figura 8 – A metáfora da casa na construção da APS



Fonte: Mendes (2015).

Com a instalação da ESF, enquanto estratégia de reorganização da atenção básica ocorreu a delimitação das áreas de atuação das equipes e a apropriação do território pelas necessidades de saúde da população. A territorialização tornou-se um instrumento base para programação e execução de um conjunto de ações sanitárias de promoção, prevenção, cura e reabilitação. O processo de vigilância territorial perpassa pelo cadastramento e registro da população e a melhoria dos sistemas de informação no acompanhamento regular das condições de saúde da população (AQUINO; BARRETO, 2008). Evidentemente, a tomada do território como espaço para ativação de mudanças no cenário social foi um mecanismo importante para efetivar o objetivo da inversão do modelo assistencial centrado no hospital e na prática biomédica.

Todas essas proposições são melhores apresentadas e consolidadas a partir de 2006 com a proposição e aprovação da PNAB, que apontou a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, bem como características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF (BRASIL, 2006). Em 2008, para ampliar a abrangência e resolutividade da ESF, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF apoiam conjuntos de equipes da ESF e são constituídos por profissionais de diversas áreas raramente presentes neste nível de atenção (BRASIL, 2008).

A PNAB foi revista e republicada em 2011 por meio da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. O texto atual reforça a base teórica e conceitual de atenção primária expressa na edição anterior, ao mesmo tempo em que exalta as mudanças que ocorreram desde 2006. Entre essas mudanças, podem-se citar a ampliação e criação dos NASF, das equipes de Saúde da Família ribeirinhas, das Unidades Básicas de Saúde fluviais e do Programa de Saúde na Escola. Além disso, enfatiza a importância da reestruturação do SUS segundo modelo organizativo de redes de atenção, posicionando-o como formato mais apropriado para adequado manejo dos desafios sanitários presentes no contexto epidemiológico brasileiro (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica pode ser definida e caracterizada, segundo a versão reformulada da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das

coletividades. Deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Detalhando a PNAB, torna-se interessante descrever e destacar atribuições dos entes federados em sua implementação, sobretudo as competências do município frente a esse processo e que atrelado aos instrumentos e mecanismos de planejamento instituídos no PlanejaSUS possam ser posteriormente analisadas e discutidas à constituição do planejamento da rede de APS, objetivo desta tese.

A PNAB tem proposto seu desenvolvimento a partir do mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Preconiza para isso cinco grandes fundamentos e diretrizes que em suma colocam que a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando de forma resolutiva produzir a atenção integral.

Na importância para construção e discussão da temática dessa tese, destaca-se o primeiro item entre os cinco grandes fundamentos e diretrizes da atenção básica que este destaca que a APS/AB deve ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade. Sendo também colocado sob responsabilidade dos três entes federados o compromisso de planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica, estabelecendo, nos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a sua organização.

Assim, discutido o acesso em sua dimensão econômica e tecnoassistencial na interface do planejamento como dispositivo, percebe-se e assume-se que o planejamento detém a possibilidade de potencializar o processo de implementação da política da Rede de Atenção Primária em Saúde, sendo importante e necessário conhecer as metodologias, mecanismos e instrumentos que em suas limitações tem contribuído para o planejamento na esfera municipal.

Desta forma, como mencionado anteriormente, passam a ser apresentados os mecanismos e instrumentos que possibilitam o planejamento em saúde no Brasil a partir do sistema PlanejaSUS. Como mencionado, o PlanejaSUS é um sistema criado por meio da

Portaria Nº 399/2006, como resultado de um processo de discussão iniciado no ano de 2004 (quando da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2007). Esse processo foi aprofundado em encontros e oficinas promovidas pelo Ministério da Saúde ao longo do ano e 2005 até a sua criação formal em 2006. Dentre as finalidades do PlanejaSUS, destaca-se a construção de uma cultura de planejamento em todos os níveis do Sistema Único de Saúde. Isso porque o diagnóstico que se tinha era de que apesar dos esforços e avanços do SUS ao longo de mais de duas décadas de existência, havia deficiências importantes na gestão que deveriam ser enfrentadas de forma conjunta por todos os atores envolvidos em todos os níveis de gestão. Identificava-se “falta de infraestrutura e atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento em si – sobretudo em se tratando de monitoramento e avaliação” (BRASIL, 2009a, p. 21).

Para orientar esse processo de planejamento no campo da saúde e dar visibilidade ao PlanejaSUS, o Ministério da Saúde publicou no período de 2007 a 2010, dez cadernos com diferentes propósitos, sendo eles resumidos aqui na visão de que conhecer seus conteúdos em aspectos conceitual e metodológicos possibilitará a análise da constituição do planejamento em saúde na esfera municipal, dado que a instrumentalidade que apresenta é uma direção obrigatória para todos os entes.

Entende-se que os instrumentos básicos do planejamento necessitam ser complementados pelas demandas de setores, que diante de determinado problema formulam políticas específicas ou temáticas, como por exemplo, Política de Atenção integral à saúde do Homem, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Medicamentos, etc. Essas políticas visam reduzir os efeitos da descontinuidade administrativa própria das mudanças de estão e são constituídas basicamente do propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e órgãos e/ou setores. Representam a parte mais geral do planejamento sem a necessidade de definir objetivos, metas e recursos. A tradução dessas políticas ocorre por meio de planos de ação, programas e projetos.

Como instrumento de planejamento, as políticas específicas – expressas na forma e pactuadas nos fóruns de negociação dos gestores e de participação social no SUS – são explicitadas, fundamentalmente, mediante o estabelecimento de diretrizes e de responsabilidades de setores, entidades e/ou organizações direta ou indiretamente envolvidos com o tema respectivo. O processo de formulação deve buscar, portanto, a mais ampla e efetiva participação possível de órgãos públicos, das instituições de ensino e pesquisa, da

iniciativa privada, de entidades representativas dos profissionais e da sociedade civil envolvidas com o tema (BRASIL, 2009c, p. 13).

A estrutura básica de uma política específica deve conter: introdução onde são detalhados os fundamentos legais que orientam o tema objeto da política e as questões que o envolvem; a justificativa e as bases legais para o seu estabelecimento; o propósito (objetivo maior) que delimita o raio de ação da política e constitui a base para a avaliação de sua efetividade ou impacto; as diretrizes (linhas de ação a serem seguidas, fundamentos) para o alcance do propósito; as responsabilidades institucionais (atribuições e competências) em que são apresentadas as parcerias a serem buscadas com vistas à intersectorialidade das intervenções necessárias; e os parâmetros para o seu acompanhamento e avaliação.

No entanto, a conjuntura expressa que a atenção à saúde não tem tido o poder necessário para induzir mudanças significativas na organização do conjunto da rede, a ponto de assegurar à sua clientela acesso aos níveis de maior complexidade, nem tampouco efetiva a universalização da cobertura, mesmo de ações básicas, dificultando, dessa maneira, a legitimação do direito à saúde como se pode depreender ao longo das colocações aqui embasadas, discutidas e citadas a partir da produção científica.

Em análise preliminar dos cadernos do Planeja SUS, subsidiada na instigante produção de Abreu de Jesus e Assis a despeito das atribuições do planejamento em saúde e sua articulação histórica para a consolidação do acesso atributos e funcionalidades da APS complementada por outras produções também importante como Starfield (2002), Silva (2008), Cohn (2009), Rizzotto (2011) e Santos (2013) colocam-se, como assumido como pressuposto, que a proposta de planejamento contida nos cadernos do PlanejaSUS, apesar de em alguns momentos ressaltar a importância do planejamento participativo, ascendente, no geral reflete uma perspectiva normativa do planejamento na medida em que concentra o processo em um grupo de profissionais que constroem os planos a partir de trabalhos de técnicos. O aspecto político do planejamento – que consiste na definição primeira da imagem objetivo do sistema de saúde que se quer – não é contemplada nos processos de construção dos instrumentos. O controle social aparece muito mais como legitimador do processo, chamado para aprovar os instrumentos elaborados em instâncias administrativas da gestão pública, do que propriamente como espaço político de definição dos rumos do sistema em cada esfera de gestão respectiva.

A produção apontada, apresentada e a dialogada instigam algumas dúvidas e questionamentos que vale a pena ser retomados: Como se constitui de fato o planejamento em saúde? Qual é de fato a lógica estabelecida? O PlanejaSUS aponta para a superação do

planejamento normativo e a lógica economicista no âmbito do Estado? Em que medida o planejamento é vislumbrado para além da utilização de técnicas e procedimentos simples? E em que medida da relação práxis/sujeito os processos de planejamento se tornam acessíveis a todos (gestores, gerentes, trabalhadores e usuários do SUS) e podem contribuir para romper lógica dominante? Como planejamento ascendente no campo da saúde pode ser de fato viabilizado? As conferências de saúde (pré-conferências, conferência municipal, estadual e nacional) podem servir a este propósito? Como o planejamento tem contribuído para o processo de implementação da Política Nacional da Atenção Básica, tendo a APS as funções de coordenadora e /ou ordenadora da rede de cuidados?

Acredita-se, então que o sistema de planejamento precisa ser compreendido em suas diferentes concepções e em e para outros aspectos da política de saúde. Daí, então a necessidade de entendimento do termo política de saúde, compreendido como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy) (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Paim (2003) afirma que considerada a palavra política na língua portuguesa, essa expressa tanto às dimensões do poder quanto as diretrizes. Daí enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de política e de seu intercurso do planejamento e efetivação. Levcovitz *et al.* (2003) estudando a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000) propõem que a política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública, incluindo ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

Dado esse entendimento, passa-se então a discutir a Política e Planejamento na APS pela interface das ações e representação de poder que Estado e seus atores sociais possibilitam a práxis do planejamento. Para tal, retoma-se a apresentação e discussão das outras duas dimensões propostas por Abreu de Jesus e Assis (2010) que consideram o planejamento como dispositivo para o fortalecimento do acesso, sendo essas denominadas de; “Dispositivos do planejamento para o desenvolvimento da consciência sanitária e da

organização popular no âmbito do SUS e “Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde: a dimensão simbólica do acesso – uma utopia a ser alcançada”.

Para tanto, tais dimensões trazem novos olhares sobre a discussão do acesso e sua relação com o planejamento no campo da Saúde Coletiva a partir da construção do sistema e conformação das ações em saúde de maneira participativa através de uma co-gestão respaldada no controle social. Uma vez que “a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença, em que os sujeitos coletivos e históricos são seus artífices, suportes e mediadores” (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010, p.85) a fim de transformar e re-construir o acesso sustentado na consciência coletiva de realidades subjetivas.

Portanto, ao conceber a construção coletiva do conhecimento do processo saúde-doença, suprimindo projetos programáticos e subordinando ações individuais e coletivas, o planejamento no trabalho cotidiano pautado no sujeito social dialógico e participativo incorpora as reais necessidades de saúde de um dado território. Compreende-se, então, que a articulação entre sujeito e práxis no campo da Saúde Coletiva se revela, de acordo com Abreu de Jesus e Assis (2010, p.134), como “dispositivo mobilizador dos sujeitos na busca da consolidação da “clínica” como uma prática transformadora, que produz mudanças concretas nas condições de vida das pessoas”.

3 MÉTODO

No campo da Saúde Coletiva perpassam diversas vertentes e construtos esboçados nas práxis sociais dos cotidianos de serviços e instituições. A focalização do espaço da investigação científica contemporânea se impulsiona pela diversidade e multiplicidade dos problemas e demandas enfrentadas implicitamente pelos sujeitos sociais que tem nas práxis do planejamento a possibilidade de tomada de consciência sanitária e ação transformadora.

Especificamente, a presente discussão segue o proposto pelo o objeto de análise que se conforma no estudo da constituição do planejamento da Rede de Atenção Primária em Saúde em Fortaleza, (des)velando seus sujeitos e suas práxis. No intuito, apresenta-se a proposta de aproximação investigativa a partir da disposição de ferramentas metodológicas mais absorvíveis pelo campo, pensando o favorecimento da participação e da compreensão crítica das relações (nelas contidas a de poder), articulações e resoluções determinadas no cotidiano do planejamento em saúde. Ademais se aponta as intencionalidades para com o objeto, método, sujeitos e campo.

3.1 HERMENÊUTICA E DIALÉTICA

No entendimento filosófico, a hermenêutica subjetiva pressupõe a iniciativa das interrogações a si e ao outro. A filosofia é a tal forma de pensamento que se interroga sobre o que permite ao sujeito ter acesso a verdade. Constitui um conjunto de buscas, práticas e experiências, renúncias e provações indicadas ao sujeito para que este saiba o preço de se ter acesso à verdade (FOUCAULT, 2006).

A hermenêutica consiste na reflexão e compreensão metadiscursiva das realidades humanas. Para Gadamer (1997), o processo hermenêutico envolve as concepções de tradição, preconceito e história que operacionalizam a elucidação interpretativa, o distanciamento e o envolvimento histórico na formulação de interrogações e sua interlocução com o sujeito, a verdade e o método.

Em Minayo (2002, p.101), explicita-se que “enquanto a hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação”.

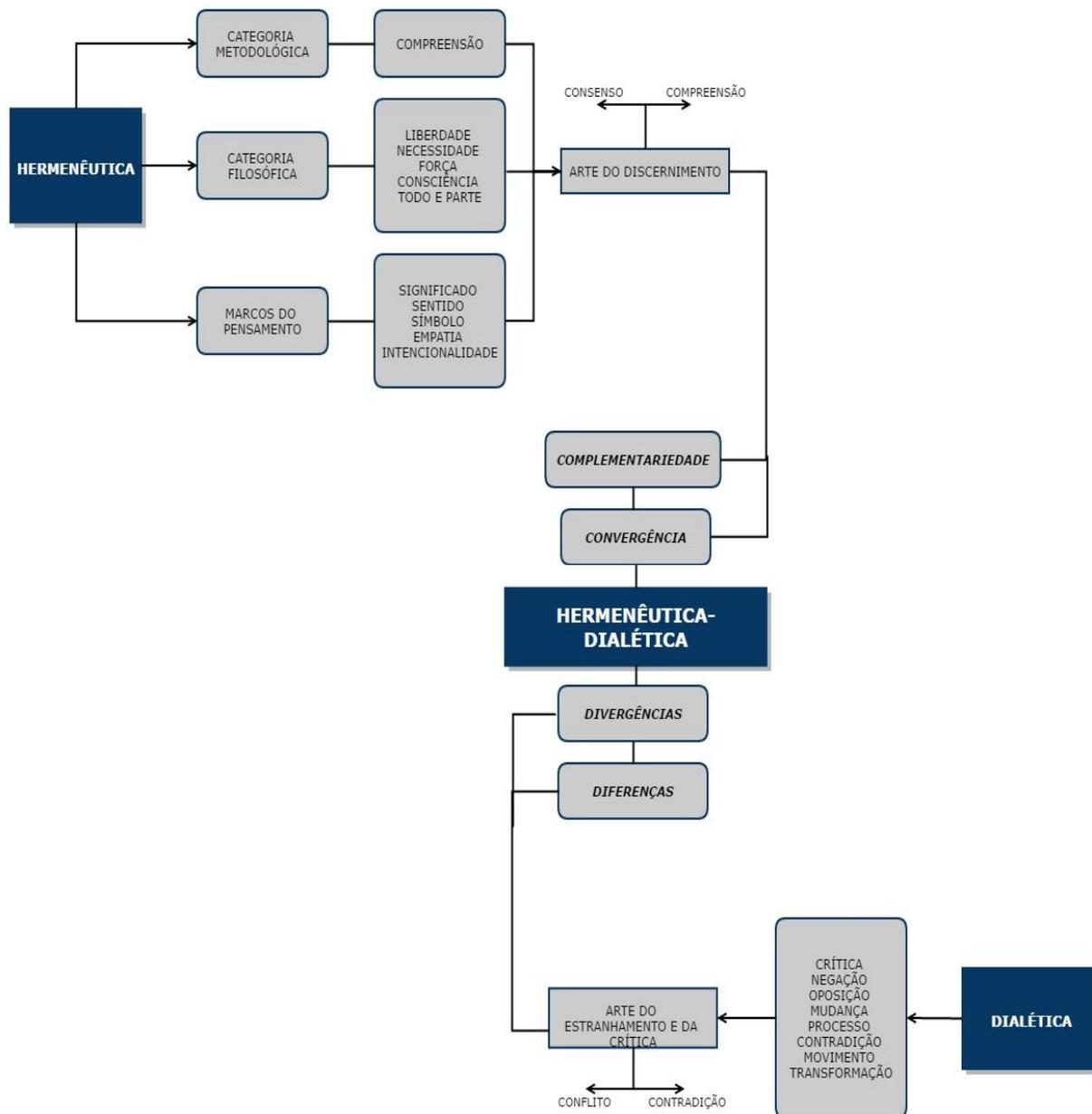
Pressupõe que a determinação e escolha do método ou abordagem não são apenas do sujeito-investigador, mas parte do próprio objeto de estudo em si pela sua dinâmica,

constituição e formato sócio-histórico. Ao considerar o planejamento em suas diferentes concepções como um fenômeno a ser investigado, torna-se necessário escolher e utilizar uma abordagem instituída para além do rigor metodológico fechado em suas limitações estruturais e operacionais e tender o trilhar para um rigor adaptado e delimitado pela aproximação do campo investigativo, próprio das pesquisas qualitativas.

As investigações no campo das ciências sociais e humanas precisam alocar o objeto de estudo em determinados princípios que o diferem de outros campos da ciência. O primeiro princípio é que o objeto é histórico, existe num espaço cuja formação é social e cultural ao longo de um período de tempo passado, presente ou futuro. Desse modo, os sujeitos deste campo são sujeitos com consciência histórica do possível e do real. Por assim serem, relativizam uma identidade entre o ser subjetivo e o objeto investigado e permeia-se prontamente por uma ideologia presente. Por último, é condição essencial do objeto deste campo a sua natureza qualitativa (MINAYO, 2008).

O processo de compreensão crítica e reflexiva potencializa uma mudança ou (re)invenção das práticas desde que esteja harmonizada como o processo produtivo de saberes, sujeitos e práticas no campo empírico. Na medida em que se proporciona um mecanismo hermenêutico para a descrição dialogada das relações sociais observadas, urge a realização da interlocução entre o contexto, resultados e determinantes sociais, em ilustração na Figura 9.

Figura 9 – Representação gráfica hermenêutica-dialética



Fonte: Adaptado de Silva (2006).

Nesta proposição de tese contém uma indagação investigativa voltada para a práxis do planejamento em saúde, tornando-se preciso o entendimento que o cotidiano presente é sempre renovado e ressignificado. Uma pesquisa que se dispõe descrever, discutir e analisar tal complexidade deve pressupor a dimensão temporal da tomada de consciência sanitária junto a transformação e conformação histórica.

3.2 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

Nesse estudo, fez-se uma opção por uma abordagem qualitativa, com base na hermenêutica e dialética, usando seu arcabouço teórico-metodológico numa perspectiva crítica e reflexiva. Concebe-se a metodologia enquanto caminho de encontros com as possibilidades e limites que compõem a práticas da realidade investigada, e nela encontrada diferenciadas intencionalidades, necessidades e demandas, dadas que sua concretude da prática investigada não se dá em si, mas por um conjunto de interações, tensões e conflitos vivenciados pelos atos efetivos ou falhos de comunicação dos diferentes atores sociais (instituído e não instituído) frente à proposição do pensar/saber/fazer e conviver frente aos diferenciados contextos (MINAYO, 2008).

Para Minayo (2003, p.21) a pesquisa qualitativa;

[...] se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Na perspectiva da abordagem qualitativa ficaria difícil escolher um bloco metodológico estruturado por validações, rigores e verdades absolutas e diretivas, pois a resultante desta situação seria a enunciação de “verdades” não-condizentes com o cotidiano investigado. Seria complicado medir o nível subjetivo da relação sujeitos sociais frente a práxis do planejamento estrutura de tais métodos. Ainda que permitisse a construção de indicadores, perfis consolidados, estes definiriam apenas uma interface do fenômeno (MINAYO, 2012).

Por opção intencional ao método hermenêutico se evidencia a realidade vivida, sentida e percebida em cada espaço, encontro e diálogo na saúde coletiva. Nesse sentido, a intensidade interpretativa da pesquisa qualitativa permite a transversalidade do objeto em si numa espiral que não se interrompe nunca. E, mesmo gerando interrogações, ainda apresenta respostas mais próximas do que é experienciado no cotidiano.

Por se tratar de um ambiente permeado por saberes e práticas instituídas e instituintes, a inserção no campo empírico revelou-se na própria entrada e no contato com os sujeitos. Foi preciso apostar numa ferramenta, método e abordagem que inspire adequação e ative ou induza a participação consciente dos sujeitos. De modo estratégico, pelo conhecimento prévio do cenário da investigação e das concepções a priori trazidas pela

própria inserção no referido campo, construiu-se uma habilitação efetiva para o entendimento daquilo que institui como alvo de investigação.

O processo investigativo na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no nordeste brasileiro reclama por uma compreensão de experiências, vivências e percepções dos sujeitos, dos seus saberes e fazeres, das vontades e desejos, suas necessidades e demandas e suas angústias e anseios. Somente a expressão dinâmica, ou seja, hermenêutica poderia ilustrar analiticamente tal dinâmica de vida e relação.

A compreensão interpretativa significa seu processo na aproximação, pelo diálogo e pelos olhares voltados para um horizonte comum. Tentar compreender a vida dos sujeitos que buscam no SUS a resolução de seus problemas e a forma como os trabalhadores se organizam sob a lógica de uma gestão interpõe uma hermenêutica do modo de investigar.

A experiência aproxima a teoria discutida com a vivência do cotidiano e pode ser compreendida a partir da análise hermenêutica. O trajeto do encontro com a realidade se deu no próprio processo de aproximação, imersão e participação. O desvelamento da compreensão foi ao tempo do dito e do refletido, ao passo que numa situação diferente ou conseguinte as relações se dinamizam e produzem novos pensamentos, estranhamentos e reflexões.

3.3 CAMPO EMPÍRICO

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A opção por selecionar esta realidade se dá pelo contexto histórico da cidade no processo de implantação e funcionamento da APS tendo a ESF como caminho escolhido para expansão das ações primárias de saúde não diferentemente dos grandes centros urbanos do Brasil.

O Estado do Ceará foi pioneiro na formulação de mecanismos de intervenção comunitária na atenção primária, pois já 1986, instituíam o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que determinou logo em seguida, a conformação das experiências de atenção à saúde da família na comunidade, sendo estas localizadas nos Municípios de Icapuí, Jucás e Quixadá (SILVA, 1997).

Os dados referentes ao ano de 2013 apresentam a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado do Ceará indicando o credenciamento de 2.259 equipes e o funcionamento de 1.802 por estarem implantadas. Em relação às equipes de saúde bucal, encontram-se credenciadas 1597 equipes e 1310 estão implantadas.

Considerando a população coberta pelo SUS em 5.733.859 habitantes de um total estimado de 8.530.155 habitantes no Estado, a cobertura da ESF no âmbito estadual é de

aproximadamente 67,22%, sendo que na capital a cobertura é de apenas 33,15% (BRASIL, 2013).

No Estado do Ceará, cumpre-se a diretriz de organização do SUS e sua gestão pela regionalização que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores das duas esferas administrativas. O Estado está dividido em três macrorregiões de saúde (Fortaleza, Cariri e Sobral) e cada uma são subdivididas em microrregiões que totalizam 22 áreas que acomodam os municípios inerentes às mesmas.

O município de Fortaleza pertence à área microrregional da 1ª. CRES (Coordenadoria Regional de Saúde) composta pelos municípios de Eusébio, Aquiraz e Itaitinga, todos da Região Metropolitana. Por ser referência na média e alta complexidade em nível microrregional, mantém o atendimento dos pacientes referenciados das microrregiões da Macro Fortaleza, sendo elas: Caucaia, Maracanaú, Baturité, Canindé, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro do Norte, Tauá, Icó, Iguatu e Cascavel (CEARÁ, 2013).

A cidade Fortaleza é a Capital do Estado do Ceará na Região Nordeste do Brasil. Possui uma população de 2.452.185 hab. e uma área de 315 Km². Por possuir tais características é quarta maior capital do país em números de habitantes.

O seu bioma consiste na área da caatinga embora esteja localizado junto ao litoral do Oceano Atlântico (IBGE, 2013). A economia do município de Fortaleza esta composta pelo comércio atuante e diversificado. Sua produção industrial está basicamente centrada nos ramos de vestuário e calçados, artefatos de tecidos, couros e peles, alimentos, extração e beneficiamento de minerais não-metálicos e produtos têxteis (FORTALEZA, 2010).

A organização administrativa e gerencial do poder executivo municipal opta pela divisão da gestão em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs) e uma SER especial para a área central da cidade, todas têm o papel executor das políticas públicas da cidade. Em cada SER existe uma coordenação local para os Distritos de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Finanças, Assistência Social e Infraestrutura (FORTALEZA, 2009).

3.3.1 Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza-CE: Rede de Atenção Primária e sua articulação com outras redes assistenciais

Fortaleza está localizada na Região Nordeste do Brasil que mantém um processo histórico de consolidação da atenção primária no SUS por meio da cobertura prevalente da ESF. Diferentemente do interior do Estado, que inicia a implantação da Estratégia Saúde da

Família na década de 90, somente nos últimos 10 anos é que a capital torna efetiva a implantação e expansão da cobertura das equipes de saúde da família no território.

A gestão da saúde do município Gestão da saúde é responsável pela operação dos serviços de atenção primária, secundária e terciária no seu território de abrangência. Compõe a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência micro e macrorregional. A gestão do sistema de saúde municipal é de responsabilidade do secretário municipal de saúde (FORTALEZA, 2009).

O município de Fortaleza, a partir de 2013, comprometeu-se a estruturar, implementar e gerir a Política Municipal de Saúde, a partir das RAS (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010), compreendida como estratégia focada na superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e no aperfeiçoamento do funcionamento político institucional do SUS, com vistas a garantir ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

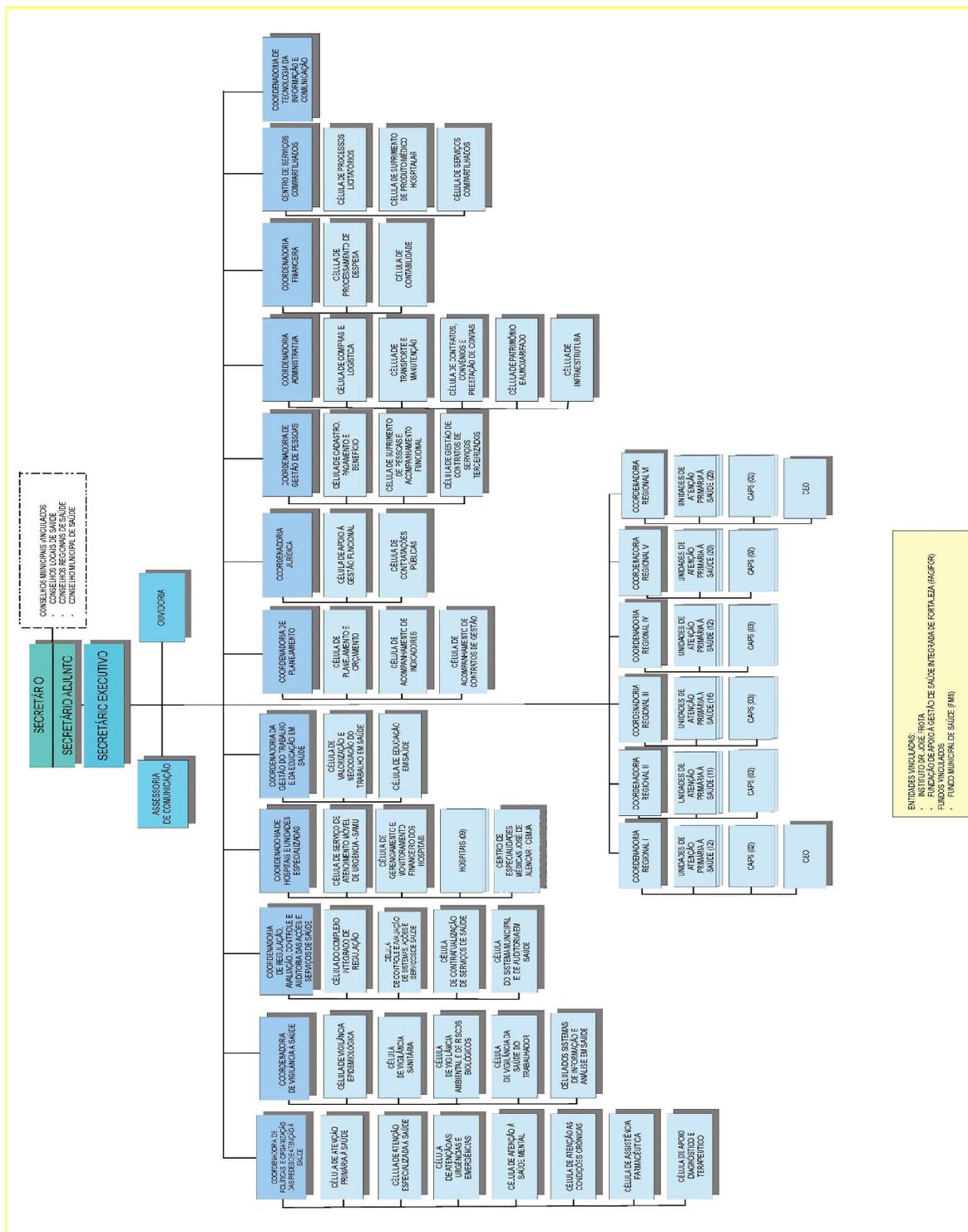
Assim, considerando o perfil de morbimortalidade da cidade, o modelo de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza vem sendo organizado e priorizado por meio da disposição organizacional de Redes de Atenção, sendo elas: Rede de Atenção Materno Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção em Urgência e Emergência, Rede de Atenção às Condições Crônicas (Diabetes, Hipertensão, DST/HIV/Hepatites Virais, Câncer de Mama e Colo) e Rede Psicossocial (FORTALEZA, 2014).

Nesse sentido, considerando a APS como coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza está implantando inicialmente, um *Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária* que contempla ações de melhoria na estrutura das unidades, nos processos de trabalho das equipes e no monitoramento e avaliação dos resultados (FORTALEZA, 2014).

Atualmente, depois de oito anos de governo do Partido dos Trabalhadores a mudança de gestão a partir de 2013 tem instituído mudanças que passam a ter maior impacto organizacional com outras denominações e coordenadorias. Assim, tem-se em vigor onze coordenadorias – Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde (COPAS), Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVIS), Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde (CORAC), Coordenadoria dos Hospitais e Unidades Especializadas (COHES), Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES), Coordenaria de Planejamento, Coordenadoria Jurídica, Coordenadoria de Gestão de Pessoas, Coordenadoria Administrativa, Coordenadoria Financeira e Coordenadoria de Tecnologia da Informação (COTEC) – e um Centro de

Serviços Compartilhados (CSC), conforme demonstra o organograma a seguir (FORTALEZA, 2014).

Figura 10 – Organograma da Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza



Fonte: FORTALEZA (2014).

Previamente, destaca-se a COPAS e Assessoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional, dado a importância para o projeto de estudo em questão.

A COPAS tem como competência estabelecer políticas, planejar, coordenar, articular, acompanhar e avaliar as ações e serviços nas áreas da atenção à saúde (Primária, Especializada, Urgência e Emergência, Saúde Mental), na Assistência Farmacêutica, nos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, para a organização das redes de atenção à saúde e de um modelo de atenção que responda as necessidades de saúde da população de forma integral, tanto de promoção da saúde como das condições agudas e crônicas, proporcionando assim a satisfação dos usuários da Rede Municipal de Saúde. Atua também no monitoramento das ações desenvolvidas pelas suas células nos eixos de organização estrutural dessas Políticas Públicas de Saúde que serão operacionalizadas em todos os níveis de atenção à saúde.

A estrutura organizacional da COPAS é composta pelas seguintes células: 1 - Célula de Atenção Primária à Saúde (CEAPS); Célula de Atenção Especializada à Saúde (CEAES); Célula de Atenção às Urgências e Emergências (CEAUE); Célula de Atenção à Saúde Mental (CEASM); Célula de atenção às Condições Crônicas (CEACC); Célula de Assistência Farmacêutica (CELAF); Célula de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (CEADT).

Para o estudo em questão atribuiu-se destaque à CEAPS que cabe formular e coordenar a implantação/ implementação da Política Municipal para APS, estabelecendo as diretrizes políticas, organizacionais e operacionais, tendo como base a PNAB.

A política municipal de saúde tem apresentado um conjunto de princípios e estratégias estruturantes que almejam garantir a organização e a gestão do Modelo de Atenção Integral à Saúde da população, compostos assim: Ética do cuidado e Humanização; Participação social e gestão compartilhada; Estratégia Saúde da Família; Sistema Municipal de Saúde Escola; e, Gestão do Trabalho (FORTALEZA, 2009).

A composição de políticas transversais ocorre de maneira contínua a partir da incidência de agravos ou determinantes sociais que impulsionem qualquer tipo de mobilização voltada para a melhoria da saúde no município. Para isso, a secretaria de saúde conta com coordenações específicas para cada demanda prioritária (FORTALEZA, 2009).

A Estratégia Saúde da Família compõe o principal mecanismo de estruturação da rede de atenção primária de atendimento no SUS. Na realidade de Fortaleza, a operacionalização desta iniciativa pretende tornar-se integrada por meio de rede assistencial para garantir acesso, potencializar parcerias, fluxos e resolutividade assistencial (BRASIL, 1994; 1999).

A estrutura dos serviços de saúde conta com 5.250 estabelecimentos de saúde para o atendimento generalizado da população. Destes, apenas 239 estabelecimentos possuem administração direta do SUS. Os demais apresentam a natureza privada, administração indireta ou entidades sem fins lucrativos, em sua maioria. O tipo mais frequente (67,40%) de estabelecimentos de saúde são os consultórios isolados, em sua maioria, de natureza privada (BRASIL, 2016).

O fluxo de atendimento na atenção primária em saúde no SUS segue as diretrizes e prioridades da realidade local e das políticas públicas. A Estratégia Saúde da Família é priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2004).

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (BRASIL, 2004).

No caso de Fortaleza, a cobertura da ESF, conforme descreve o Quadro 3, tem relação direta na eficiência do sistema de saúde organizar as demandas e problemas de saúde da população em fluxos assistenciais.

Quadro 3 – Implantação e cobertura das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Fortaleza no período entre Dezembro de 2005 e Dezembro de 2015

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde		Equipe de Saúde da Família		Equipe de Saúde Bucal			Núcleo de Apoio à Saúde da Família		
			Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I		Modalidade II	Nasf Tipo 1	Nasf Tipo 2	Nasf Tipo 3
							Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantadas	Implantadas	Implantadas	Implantadas	Implantadas
2005	12	2.256.233	641	16,34	77	11,77	100	27	0	0	0	0
2006	12	2.374.944	737	17,84	234	33,99	219	196	0	0	0	0
2007	12	2.416.920	638	15,18	246	35,11	219	196	0	0	0	0
2008	12	2.416.920	859	20,44	214	30,55	219	155	0	0	0	0
2009	12	2.473.614	1.170	27,20	225	31,38	219	167	0	0	0	0
2010	12	2.505.552	2.464	56,55	258	35,53	219	186	0	24	0	0
2011	12	2.452.185	2.537	59,49	256	36,02	219	219	0	26	0	0
2012	12	2.476.589	2.442	56,70	237	33,02	219	219	0	27	0	0
2013	12	2.500.194	2.213	50,90	265	36,57	219	204	0	11	0	0
2014	12	2.500.194	2.365	54,39	311	42,91	219	208	0	11	0	0
2015	12	2.500.194	2.304	52,99	364	50,23	219	219	0	10	0	0

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de dados em MS/SAS/DAB e IBGE.

É visto que os grandes centros urbanos do Brasil apresentam contextos diferenciados dos municípios menores. A vida no cenário conturbado pelo contingente populacional crescente e o território amplo determina diversificadas relações entre a população e a condição de saúde das mesmas (CAETANO; DAIN, 2002).

Na realidade das grandes cidades, a organização da demanda é um passo principal e ainda mais essencial para dar condições operacionais no seguimento de diversas propostas entrelaçadas na unidade básica, desde a vigilância à saúde até a construção de práticas interdisciplinares e, por vezes, intersetoriais.

Tem-se, então, a integração da rede de atenção primária deve ser estabelecida adequadamente com o nível especializado (atenção secundária), o atendimento hospitalar, urgência e emergência (atenção terciária). As atividades da ESF envolvem as demais redes assistenciais a partir de cada caso abordado e situação enfrentada. A conjunção destes serviços e níveis de complexidade é o principal elemento para construção da integralidade no SUS (MENDES, 2011).

Assim, a coordenação dos cuidados pela APS, de acordo com Silva e Andrade (2014), ocupa uma posição de destaque na agenda política na busca pelo fortalecimento da atenção primária como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, o que eleva sua capacidade de resolver os problemas de saúde por meio da coordenação das RAS, implicando, portanto, num papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade.

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram informantes-chave³ que estão envolvidos com o a constituição do planejamento na APS do município de Fortaleza, elegendo-se especificamente dirigentes⁴ ligados a CEAPS, a CORES - Coordenadoria das Regionais de Saúde (coordenadores regionais, articuladores da APS e tutores – inicialmente não foram mencionados, mas se constatou importante elo entre as unidades e a CORES por outros informantes).

Assim, o processo de amostragem seguiu a intencionalidade requerida pelo objeto de estudo e o formato metodológico em que a explicação da realidade pautou-se na compreensão de suas vertentes, interfaces e entrecruzamentos das apreensões captadas dos participantes do estudo que estão diretamente ligados aos processos de planejamento da APS de Fortaleza (Quadro 4).

O agir é processual pelo próprio sentido da investigação, pois na medida em que se coleta já se tem produção de conhecimento; é nessa continuidade que se direcionou o sentido interpretativo para a dimensão mais próxima da “totalidade do objeto”, sem nenhuma preocupação com a questão numérica, já que uma amostragem ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, de tal modo que o método qualitativo conduziu a

³ “Na relação intersubjetiva que se estabelece entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, o informante-chave é aquele que pode “abrir portas”, no sentido de facultar, facilitar, proporcionar ou oferecer ao pesquisador informações e/ou condições especiais para o desenvolvimento das suas observações” (FERNANDES, 2011, p.267).

⁴ Adota-se o conceito de dirigente que abrange gestores, gerentes, coordenadores e/ou tutores, aqueles responsáveis pela direção de um sistema de saúde, seja ele municipal, estadual ou federal, mediante o exercício de determinadas funções (coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria) (BRASIL, 1997), e também cogestores (coordenadores/gerentes de Programas e Políticas de Saúde), denominação adotada tendo em vista o compartilhamento de gestão destes com o gestor do Município, do Estado ou da União (PENHA, 2013, p.13), contudo, na operacionalidade do cotidiano o termo “gestores”, “coordenadores” e “gerentes” são largamente empregados, fazendo-se, assim, o uso de tais expressões nos resultados desta pesquisa a fim de aproximar-se com a realidade cotidiana.

guardida necessária para que se possa adentrar neste universo complexo, ativo e dinâmico (MINAYO, 2000; MINAYO, 2008; FLICK, 2009).

Quadro 4 – Participantes do Estudo⁵

Campo Empírico		Amostra Inicial	Entrevistados
CEAPS	Dirigentes		
	Coordenador	01	01
	Articuladores Assessores Técnicos	10	05
CORES (I a VI)	Dirigentes		
	Coordenadores Regionais	06	02
	Articuladores Assessores Técnicos	06	04
	Tutores da APS	12	06
Total		35	18

Fonte: elaborado pelo autor

3.5 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS

Dialogando com o proposto por Minayo (2008), entendeu-se que a escolha dos instrumentos e técnica de coleta de dados influencia e possibilita o estabelecimento de comunicação desejada entre pesquisador e pesquisados. Nesse sentido, considerando a abordagem do estudo foram utilizados documentos oficiais, conforme Quadro 5, que, ao recorrer a fontes mais diversificadas, buscou-se novos enfoques e novas interpretações na pesquisa. E a entrevista semiestruturada, que teve como mote incentivar o entrevistado a falar livremente sobre assuntos que foram surgindo como desdobramentos das perguntas norteadoras no Apêndice A.

No intuito de complementar os dados obtidos a partir das fontes primárias, também se utilizou das fontes documentais, uma busca de documentos, que, segundo Cellard

⁵ Os representantes são médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas, fisioterapeutas e farmacêuticos, porém, destaca-se que a grande maioria dos profissionais que configura o trabalho da APS é da categoria da enfermagem. Fomenta-se, assim, reflexões acerca das possibilidades de construção multiprofissional dos processos de trabalho e cogestão nos territórios.

(2008), possibilita realizar alguns tipos de reconstrução, pois os documentos, seja escrito ou não, constitui uma fonte extremamente preciosa, permanecendo como um testemunho de atividades particulares ocorridas num passado distante e, inclusive, recente.

As duas fontes de dados aqui evidenciadas, entrevista semiestruturada, e documentos são caracterizados a seguir a partir do estabelecimento da intencionalidade da comunicação desejada entre pesquisador e pesquisados.

- **Entrevista semiestruturada**

As entrevistas constituem uma porta de acesso às realidades, apostando na capacidade de entrar em relação com as outras (POUPART, 2008). Destaca-se a possibilidade de envolvimento e implicação com a pesquisa a partir do processo de aplicação dessa técnica, pelo fato de os sujeitos (pesquisador e entrevistado) estarem, no momento do estudo, inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciarem também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2008).

Com intuito de caracterizar as entrevistas realizadas como semiestruturadas, as mesmas se basearam nos apontamentos inerentes ao processo de planejamento (Apêndice A), e reflexões em teorias formuladas antes e durante o processo de investigação. Minayo (2008, p. 191) afirma, pois, que é importante a elaboração de um roteiro na entrevista semiestruturada, o qual deve possibilitar o desdobramento de outros questionamentos considerados essenciais, possibilitando a abrangência das informações esperadas.

É válido ressaltar que a gravação das entrevistas foi armazenada na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados, entre o período de setembro a novembro de 2016. E, após a gravação, todas estão à disposição do entrevistado, a fim de que o mesmo possa ouvi-la, para que confirme a veracidade dos fatos, podendo ficar à vontade para modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento. Para além disso, como estratégia de motivação e de possibilidade de conseguir informações mais precisas, o pesquisador ofereceu flexibilidade nos encontros, garantindo uma coleta de dados sem a influência exercida, consciente ou inconscientemente, do campo de trabalho do entrevistado.

- **Documentos**

A pesquisa documental possibilitou realizar alguns tipos de reconstrução, pois o documento, seja escrito ou não, constitui uma fonte extremamente preciosa, permanecendo como um testemunho de atividades particulares ocorridas num passado distante e, inclusive, recente (CELLARD, 2008).

Assim, a escolha dos documentos para o estudo foi intencional e correspondeu ao período de 2005-2015, acrescentados de anteriores importantes. Esse período foi definido por

coincidir com o lançamento oficial da implementação do PlanejaSUS em 2005 até o momento atual. Foram analisados, desse modo, documentos institucionais que abordaram o processo de constituição do planejamento da Rede de APS de Fortaleza.

Os documentos complementaram os dados na perspectiva de compreensão do contexto, estabelecendo conexões por meio do entrecruzamento de informações, por meio da triangulação dos dados.

Quadro 5 – Documentos técnicos utilizados no processo de planejamento em saúde no âmbito Federal, Estadual e Regional

Documento	Quant.	Ident.
Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2014-2017)	1	Doc.1
Mapa Estratégico SMS - Fortaleza	1	Doc.2
Plano Diretor da APS de Fortaleza	1	Doc.3
Relatórios de Gestão Municipal de Saúde de Fortaleza (2014) ⁶	1	Doc.4
Oficina de Planejamento da APS 1 - A Atenção Primária à Saúde	6	Doc.5
Oficina de Planejamento da APS 2 - Gerenciamento por Processos e Territorização	6	Doc.6
Oficina de Planejamento da APS 3 - Cadastro Familiar e Diagnóstico Local	3	Doc.7
Oficina de Planejamento da APS 4 - Estratificação de Risco das Condições Crônicas e Classificação por Grau Risco das Famílias	3	Doc.8
Oficina de Planejamento da APS 5 - Atenção aos Eventos Agudos	2	Doc.9
Oficina de Planejamento da APS 6 - Validação Interna das Diretrizes Clínicas	6	Doc.10

Fonte: elaborado pelo autor

⁶ O Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), instituindo a obrigatoriedade deste como ferramenta eletrônica de elaboração do Relatório Anual de Gestão - RAG, no âmbito do SUS, não possui os Relatórios de Gestão Municipal de Saúde de Fortaleza de 2015, constando mensagem de encaminhamento do RAG ao Conselho de Saúde para apreciação em 30/03/2016.

Os documentos foram coletados por meio de acesso digital (internet e CD-ROM) e por aquisição após aprovação na Secretária de Saúde do projeto em questão. Em seguida, foi o momento da preparação desses documentos. Cellard (2008) direciona que durante a preparação dos documentos, há a necessidade de uma avaliação preliminar, que constitui a primeira etapa da análise documental e se aplica em cinco dimensões, que foram utilizadas como aporte teórico durante o processo de análise dos documentos.

Destaca-se que os documentos foram impossíveis de serem transformados, foi necessário aceitá-los como eles se apresentam, mesmo que estejam incompletos, parciais ou imprecisos. Contudo, continua sendo de suma importância, avaliar adequadamente, com um olhar crítico, a documentação que se pretende analisar (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Quadro 6 – Dimensões de Análise de uso dos documentos

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Contexto	Avaliação do contexto histórico no qual o documento foi elaborado, a dimensão sociopolítica do autor e daqueles a quem foi destinado. Associado a uma análise da conjuntura socioeconômica e política que favoreceu a produção de um determinado documento.
Autor(es)	Ter um bom conhecimento prévio da identidade da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que a levaram a escrever.
Autenticidade e a confiabilidade do texto	Assegurar-se da qualidade da informação transmitida e verificar a procedência do documento. É importante estar atento para a relação existente entre o autor e o que ele escreveu.
Natureza do texto	Considerar a origem do texto, abertura do autor, os subentendidos, a estrutura de um texto pode variar enormemente, conforme o contexto no qual ele é redigido.
Conceitos-chave e lógica interna do texto	Delimitar corretamente o sentido das palavras e dos conceitos-chave presentes em um texto e avaliar sua importância e seu sentido, segundo o contexto preciso em que eles são aplicados. É útil examinar a lógica interna, o esquema ou o plano do texto.

Fonte: CELLARD (2008); SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI (2009).

A partir do mapeamento do material, houve a organização temática, usando a crítica e fazendo a reflexão das informações. Já o segundo momento da análise dos

documentos foi com aproximação dos pressupostos da hermenêutica crítica a partir dos fundamentos de Minayo (2008), metodologicamente reinterpretados por Assis e Jorge (2010).

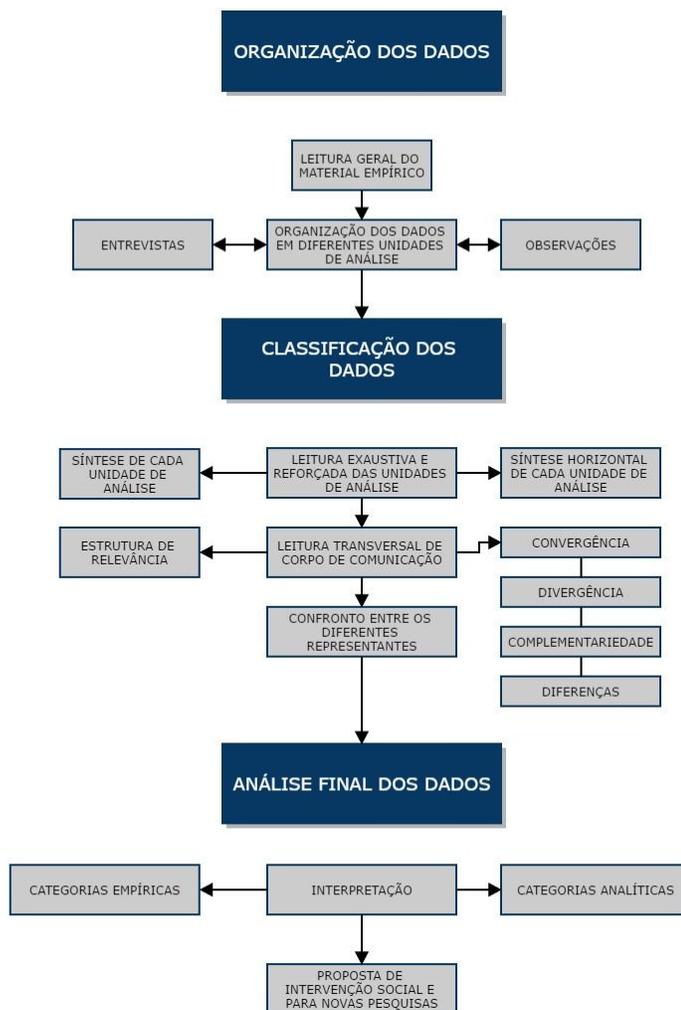
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DISCURSOS

A análise dos achados das fontes primárias e secundárias fundamentou-se na hermenêutica crítica ao utilizar do processo compreensivo e interpretativo fundamentado pela hermenêutica crítica de análise de Minayo (2008). Explicita-se que a conformação das etapas da investigação tomou como sentido a intensa aproximação com os espaços (ambiente e estrutura), cotidiana (relações e sujeitos) e contextos (interação social), o reconhecimento dos valores, crenças e culturas; bem como, as significações e vivências singulares individuais e coletivas.

A interpretação foi multifacetada e assumida na descrição crítica dos resultados que se desvelaram nas intencionalidades e entendimentos dos atos comunicativos das relações do processo de planejamento e na investigação e elaboração do próprio estudo. A determinação fundamental da realidade foi estabelecida pelo contexto-histórico e na cultura dos grupos sociais. Considerando que o nível do encontro entre os sujeitos e os fatos empíricos emergem desvelamentos que geram possibilidades de interpretação e ação (MINAYO, 2008; 2012).

A operacionalidade da análise do material empírico advindo dos documentos, entrevistas, grupo focal e observações sistemática no cotidiano da investigação foi fundamentada em Minayo (2008). A concepção epistêmica da hermenêutica pressupõe que o objeto de análise é a práxis social. Por tal sentido é que se buscou a perspectiva crítica e reflexiva nos confrontos das significações, contextualidades e interlocuções conceituais. O processo analítico se constituiu das seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final dos discursos; ilustradas na figura 11.

Figura 11 – Diagrama da análise hermenêutica-dialética



Fonte: Adaptado de Assis e Jorge (2010).

Complementam-se a cada etapa, a descrição dos passos seguidos para a formulação e confronto dos núcleos de sentido e significações empíricas adaptado de Assis; Jorge (2010): *ordenação, classificação e análise final dos dados*.

I – Ordenação dos discursos

Concomitantemente ao processo de coleta dos dados, a alocação do material empírico foi registrada e organizada quanto aos cenários, participantes, técnicas e temáticas abordadas com relevância analítica, nesta última, com a utilização indicativa de palavras-chaves. Em momento posterior, cada material gravado foi transcrito com manutenção fiel das entrevistas individuais ou observação sistemática em seguida foram agrupadas pelo conjunto de registro de cada grupo representante da pesquisa: trabalhadores de saúde, usuários e

gestores locais. As observações das práticas também foram classificadas e agrupadas tais como os discursos transcritos.

II - Classificação dos dados

A classificação do material será subdivida em duas etapas: a primeira voltada para a leitura e formulação dos núcleos de sentido; e a segunda direcionada para a leitura transversal e confronto entre os significados e corpos de comunicações e formulação das unidades categoriais temáticas.

A Etapa I sucede com leitura flutuante e exaustiva do material coletado. Buscar-se-á estabelecer relações de sentido e a elaboração de sínteses verticais, a partir das ideias centrais expressas sobre cada temática. A identificação das unidades de sentido no material coletado contribuirá para a estruturação das categorias empíricas, a posteriori. Os discursos serão classificados a partir de categorias analíticas definida pelas questões norteadoras e dos objetivos propostos, bem como, pela recorrência do tema durante a coleta ou leitura. De cada discurso registrado serão transpostas as falas correspondentes aos núcleos de sentido para a formulação das sínteses, como se visualiza no Quadro 7 a seguir.

Quadro 7 – Confronto dos depoimentos dos dirigentes entrevistados

Núcleo de Sentido	1	2	3	N=	Síntese Horizontal
Síntese Vertical					

Fonte: ASSIS; JORGE (2010).

No processo analítico resultante do confronto entre as sínteses horizontais dos diferentes grupos representativos e pela contínua revisão dos conteúdos emergirá as categorias temáticas empíricas do estudo.

Segue com a Etapa II com a leitura transversal dos corpos de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentido. Em continuidade do processo analítico será priorizado a seleção de material relevante na articulação temática do objeto de estudo, de modo a possibilitar a construção das categorias empíricas. Deste estudo entre os depoimentos representativos entre os participantes do estudo, conforme Quadro 8, possibilitando confronto de unidades analíticas para construção de categorias empíricas.

Quadro 8 – Confronto das unidades analíticas entre os participantes do estudo

CATEGORIAS EMPÍRICAS	Participantes do Estudo	Síntese Horizontal
Entre o planejar e o programar: APS como interface da Rede de Atenção à Saúde		
Operacionalidade cotidiana do Planejamento na APS		
Relações Estreitas na APS: avanços e desafios		
Síntese Vertical		

Fonte: elaborado pelo autor

O registro das observações não foi analisado a partir de quadro classificatório. As categorias empíricas consistiram no eixo norteador da interface de análise entre os discursos confrontados e as situações vivenciadas e observadas pelo pesquisador. Emergem desse procedimento analítico as subcategorias empíricas que dimensionam a unidade categorial em temas específicos da realidade.

III - Análise final dos dados

Enfatiza-se, nessa forma de análise, segundo Assis e Jorge (2010), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social.

Para análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador. A análise dos dados empíricos, que terá como referência as categorias empíricas resultantes do cruzamento entre as diferentes informações e a articulação com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material empírico que possibilitará trazer as várias dimensões de confronto do processo investigativo (TRIVIÑOS, 1992).

Para Minayo (2005), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos. Nessa etapa, haverá a possibilidade da fusão entre o real vivenciado pelos sujeitos sociais da pesquisa, em seu cotidiano e em seus contextos práticos e o mundo conceitual e teórico e também vivo do pesquisador, ambos com suas condições sócio históricas e culturais.

3.7 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo integra o projeto de pesquisa: “Gestão em Redes Compartilhadas: espaços de tecnologia e inovação para o cuidado na atenção primária à saúde”, sob o parecer de nº 1.710.586 do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (Anexo C), além da Anuência do Núcleo de Pesquisa da SMS e COGETS (Anexos A e B). Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O TCLE (Apêndice B) foi assinado em duas vias por todos os participantes do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 ENTRE O PLANEJAR E O PROGRAMAR: APS NA INTERFACE DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Os resultados e discussões nesta categoria apresentados versam sobre os entendimentos dos gerentes acerca das possibilidades de uso do planejamento na APS, bem como acerca das disposições por essas apresentadas e identificadas também nos documentos oficiais do município de Fortaleza, identificando-se as delimitações do Modelo de Atenção e Gestão em Saúde que vem sendo executado e ainda apontando as principais estratégias para suas rotinas e programas de continuidades.

Nessa óptica, a concepção de redes de atenção à saúde, concebida nesta tese, coaduna com Mendes (2008, p.6) no sentido de que

[...] são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Além disso, esse autor destaca que as redes de atenção à saúde possuem como elementos constitutivos, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

Coaduna-se com Matus (1993) no entendimento dos seguintes conceitos, quando toma como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Problema é definido por esse autor como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. Por sua vez, ator social é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação. A concepção situacional do planejamento reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo uma visão que adote ações estratégicas e comunicativas entre eles para a construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a serem desenvolvidas.

Após caracterizar e discutir as delimitações do Planejamento na APS de Fortaleza, pontua-se acerca da programação em saúde no tocante as ações adotadas pela gestão para enfrentar os desafios que emergem do baixo equacionamento da relação oferta versus demanda neste nível de atenção, bem como acerca das ações que tem facilitado e/ ou

dificultado a proposição da delimitação da gestão da APS em assumir a integração, coordenação e ordenação da RAS. Para tal explanação e melhor entendimento do que se pretende comunicar a categoria em questão é composta pelas subcategorias a saber: “Disposição para o planejamento: rotinas, programas e delimitações da gestão” e Programação da APS na (des)integração da rede: oferta, demanda, pactuações e ajustes no atendimento”.

4.1.1 Disposição para o planejamento: rotinas, programas e delimitações da gestão

Assumindo que o valor de uso do planejamento é construído socialmente e depende do que os atores sociais fazem dele, entende-se o planejamento como um dispositivo/instrumento de transformação e (re)organização da rede de serviços de saúde, a partir da particularidade que as estratégias que viabilizam a programação continuada dos processos de planejamento das ações do momento do “deve ser” se dão em concretizações de atos vivos de cuidado junto aos usuários do SUS.

Assim, nesta categoria aborda-se a disposição para operacionalização do planejamento das ações da APS em Fortaleza. Para isso apresentam-se e discute-se a operacionalização do processo de trabalho em que esse se (des)vela, identificando as práticas de planejamento que envolve as rotinas, os programas e as delimitações da gestão traçados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza. Para tal destaca-se os modos operantes em que se dão essas práticas, considerando os passos que culminaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017 (Doc.1), dando o destaque devido ao objeto de estudo.

Apreende-se do Doc.1 que este se representa para atual Gestão Municipal de Fortaleza como o instrumento que sintetiza as intenções, os compromissos e os resultados a serem alcançados num recorte temporal de quatro anos (2014-2017), consubstanciado na reflexão das necessidades de saúde da população a partir de uma análise sobre a situação da saúde, com identificação dos seus usuários e priorização dos principais problemas, a fim de subsidiar o planejamento, operacionalização, monitoramento, controle e avaliação das ações de saúde, considerando a diversidade e a magnitude territorial do Município.

De fato uma cidade com elevada população de 2.452.185hab, sendo em população a quinta maior do País, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,755, bem semelhante à média nacional, tendo apenas 60% dos domicílios ligados à rede geral de esgoto, considerado análise acerca da oferta de serviços essenciais nos bairros, percebe-se

uma expressiva desigualdade na oferta, existindo os bairros com percentual de cobertura acima de 95% e outros que detêm menos de 5%, bem como apresentando outras demandas importantes, como garantir a oferta de serviços públicos através de uma infraestrutura urbana adequada e melhores condições de habitação, transporte, saneamento e serviços de saúde de qualidade (IBGE, 2015; IPECE, 2012).

Percebe-se então muros de desigualdades a que Fortaleza está submetida e que separa a cidade rica da cidade pobre e um dos muros que se considera de fato mais visível é aquele que isola a grande parte da população da redoma dos intelectuais do debate sobre os rumos da quinta maior metrópole do país, sobretudo quanto as suas questões de saúde dado evidencia de insuficiente participação dos usuários no controle social do SUS. Contexto esse que considerado pouco mais de duas décadas da implantação do SUS e seus resultados em pleno funcionamento e a necessidade dinâmica e constante de aprimoramento, vê-se então, cada vez mais, demandar do processo de planejamento.

Urge-se então as necessidades de enfrentamentos das iniquidades, destacando-se a estas a garantia constitucional do direito à saúde. Os dados referentes a Fortaleza tem demonstrado modificações do padrão demográfico e do perfil de morbimortalidade, bem como mudanças em sua estrutura etária com redução na proporção de crianças e adultos jovens e conseqüente aumento na proporção de idosos e sua maior expectativa de vida, configurando um lamentável e triste cenário onde eclode uma das mais injustas situações vividas pelas populações dos bairros periféricos no tocante ao direito ao acesso a serviços de saúde, uma vez que 82% da população é usuária direta do SUS (FORTALEZA, 2014).

Capta-se a partir do documento supracitado (Doc.1) que o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017 (Doc.1) “deu por meio de um conjunto de oficinas regionais focadas na problematização da situação de saúde articulada com o enfrentamento de desafios, envolvendo gestores, profissionais e conselheiros de saúde, num processo participativo, com a finalidade de capilarizar o território” (FORTALEZA, 2014, p.12). Ressalta-se ainda que o texto destaca as articulações com uma gama variada de documentos oficiais e ainda as proposições da 6ª Conferência Municipal de Saúde de 2011, tendo estes em conjunto subsidiado a definição de diretrizes da gestão municipal de saúde para o período de implementação do plano.

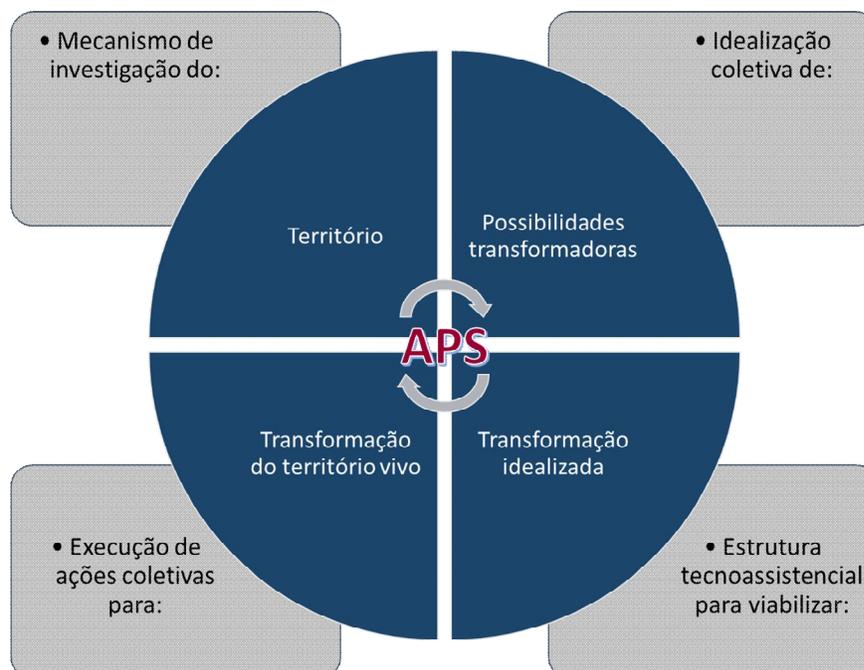
É considerando este cenário e os desafios que a Gestão Municipal de Saúde assume ainda no (Doc.1) o compromisso de conduzir o sistema de saúde na “tarefa de viabilizar a atenção em redes que garanta a gestão do cuidado na interface da Atenção

Primária com os pontos de atenção secundários e terciários, sobretudo para os extratos sociais mais vulnerabilizados” (FORTALEZA, 2014, p.14).

A estrutura linear e focada em pontos específicos do Doc.1, segue a partir da apresentação com a análise situacional do município de Fortaleza, o destaque ao Modelo de Gestão e Atenção à Saúde, o detalhamento da Análise da Situação de Saúde de Fortaleza e por seguinte a definição de objetivo, diretrizes e metas do Plano Municipal de Saúde. Tal estrutura evidencia a vertente instrumentalizadora da usabilidade do planejamento em saúde a partir de uma nítida preocupação ao atendimento do que se preconiza nos Documentos Oficiais que tratam do planejamento, dentre outros, a Portaria GM-MS nº 2.135/2013 que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

Tal instrumentalidade referida não é negada, mas essa não pode ser em si o planejamento em seu todo, pois este deve sim promover em seus processos para além do burocrático e/ ou cartesiano as possibilidades de uma vertente comunicativa vivida pelos atores sociais no sentido de diagnosticar a realidade e propor as alternativas para transformá-la, e os meios para viabilizar que isso aconteça e as oportunidades para executar as ações pensadas, o que demandará continuidade de um ciclo. Devendo-se fomentar, cada vez mais, este pensamento no setor saúde, em especificidade a APS, a partir do ciclo proposto e representado na Figura 12.

Figura 12 – Planejamento na Atenção Primária em Saúde



Fonte: elaborado pelo autor

Identifica-se que a disposição para o planejar se faz emergente não só pela instrumentalidade dos documentos oficiais impetrados pela dimensão político-institucional do Planejamento em Saúde, mas pela ótica de dispositivo de transformação de realidades sociais em que os atores sociais podem intervir e promover a partir do uso deste. Essa possibilidade e reconhecimento de usabilidade são notários e convergentes nos discursos dos gerentes entrevistados, muito embora sejam também destacadas e reconhecidas as limitações por esses sujeitos, as quais discutir-se-ão posteriormente.

Eu percebo que o planejamento é fundamental pra qualquer ação que a gente vai fazer, e é importante sempre o registro porque a gente tem o marco do que a gente conseguiu, do que mudou e do que a gente precisa rever pra de fator ações de saúde acontecer (TUTOR DA APS).

O planejamento torna-se fundamental para que tenhamos um processo unificado de alinhamento conceitual do que se quer e pra onde quer se chegar e o que precisa ser de fato mudado. Ele é produtivo por trazer em si o nosso direcionamento. (COORDENADOR REGIONAL).

A disposição e o entendimento coaduna com o que já inicialmente disse Peter Drucker, considerado o pai da administração, ao colocar que o planejamento refere-se às implicações futuras de decisões presentes, e não às decisões futuras (DRUCKER, 2002). De fato é preciso entender a dialética de possibilidades que se desvelam no processo cotidiano do planejar, mas é necessário também que os atores sociais possam assumir a ótica de dispositivo de transformação de realidades sociais, sobretudo se considerado as situações de desigualdades, conforme anteriormente problematizado, em que se agrava o crescimento desordenado da cidade de Fortaleza e conseqüentemente das demandas de saúde de sua população. Então o modo operante é a práxis efetiva do planejamento.

Diante das colocações, considerando o objeto de estudo, passa-se a identificar as disposições para o planejamento no tocante às delimitações da gestão quanto ao modelo de gestão e atenção em saúde, suas rotinas e programas e, posteriormente, as ações que viabilizam o planejamento na APS de Fortaleza.

Acerca do compromisso de Atenção em Saúde na perspectiva de Rede, constata-se que o município segue orientação dos documentos oficiais/ministeriais, sobretudo a partir da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010- Redes de Atenção em Saúde. Essa perspectiva é discutida em ampla produção científica e compreendida entre outros a partir de Mendes (2011), Viana e Lima (2011) como uma possibilidade estratégica focada na superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e no aperfeiçoamento do

funcionamento político-institucional do SUS com vista a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Para isso o município tem fortalecido ações em Redes de Atenção à Saúde Prioritárias, conforme preconiza-se também no âmbito nacional e junto as institucionalidades oficiais do MS, sendo elas destacadas no (Doc.1) : Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha) (Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011), Rede de Atenção às Condições Crônicas (Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013), Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria nº 1.600 de 07 de Julho de 2011), bem como o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica. Outrossim, foi pautado o fortalecimento da Vigilância em Saúde, a partir da integração das vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) e da Saúde do Trabalhador (FORTALEZA, 2014).

Nessa perspectiva, o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017 (Doc.1), coaduna com a instrumentalidade dos documentos Ministeriais, quando apresenta e assume a fundamentação da lógica de Rede a partir da compreensão da Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, colocando-a como a “coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, perseguindo a atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos” (FORTALEZA, 2014, p.14).

Em consonância com essas premissas percebe-se uma convergência do que está exposto no “deve ser” com a disposição de entendimentos emergidos dos discursos dos gerentes da Célula de Atenção Primária (CEAPS), bem como os gerentes das Secretárias Regionais e seus tutores que apoiam a aplicação das ações no território das UAPS.

[...] todo o investimento começou pela atenção primária. Então a gente teve uma sinergia e um apoio muito grande no nível macro da prefeitura. A secretaria tem uma compreensão da importância da atenção primária e são de pessoas que acreditam e defendem o SUS e entendem que a atenção primária qualificada e forte orienta a rede e traz resultados (ASSESSOR TÉCNICO DA CEAPS).

Tem sido investido na APS por acreditar que os principais problemas podem ser aqui resolvidos, pra isso ampliou o acesso e as condições de atendimento (ARTICULADOR DA APS).

Assim, o Plano de Saúde Municipal de Fortaleza 2014-2017 (Doc.1) define um Modelo de Gestão e Atenção em Saúde ancorado no desenvolvimento da capacidade institucional para a gestão das Redes de Atenção à Saúde com programas, projetos e ações focadas no usuário, nas necessidades de saúde da população, na integralidade e na continuidade do cuidado, na garantia do acesso e na qualidade dos serviços, no respeito às condições adequadas de trabalho, com regulação facilitadora de acesso e garantidora de equidade, tendo-se a proposição da APS como coordenadora e ordenadora da Rede de Atenção em Saúde. (FORTALEZA, 2014a).

Para Starfield (2002), a coordenação é um atributo da APS e funciona como uma fusão de processos dos atendimentos que precisam ser bem gerenciados pela organização dos serviços de saúde, mas que em efetivação potencializa e viabiliza os cuidados continuados, articula os diferentes pontos no sistema para a integralidade e promove uma desburocratização em função do primeiro contato. Tal coordenação partiria do reconhecimento que as diferentes demandas apresentadas pelas pessoas de um território requerem uma resposta que não pode ser de responsabilidade apenas da equipe da APS. Mas sim de um processo continuado e sistêmico, que aos profissionais lotados nesse nível assistencial devem acolher e reconhecer as necessidades dos usuários, responsabilizando-se pelo encaminhamento naquele ou em outro serviço que detenha resolutividade esperada, bem como está integrado com atendimentos de níveis especializados para complementar as informações e aumentar a resolubilidade, a fim de prosseguir a continuidade do cuidado. Nesse mesmo sentido, Mendes (2002) condensa que a coordenação implicaria o reconhecimento e o ordenamento dos problemas pela equipe da APS, os quais necessitam de cuidados compartilhados de diferentes segmentos de um ou mais níveis de atenção como a garantir a continuidade da atenção.

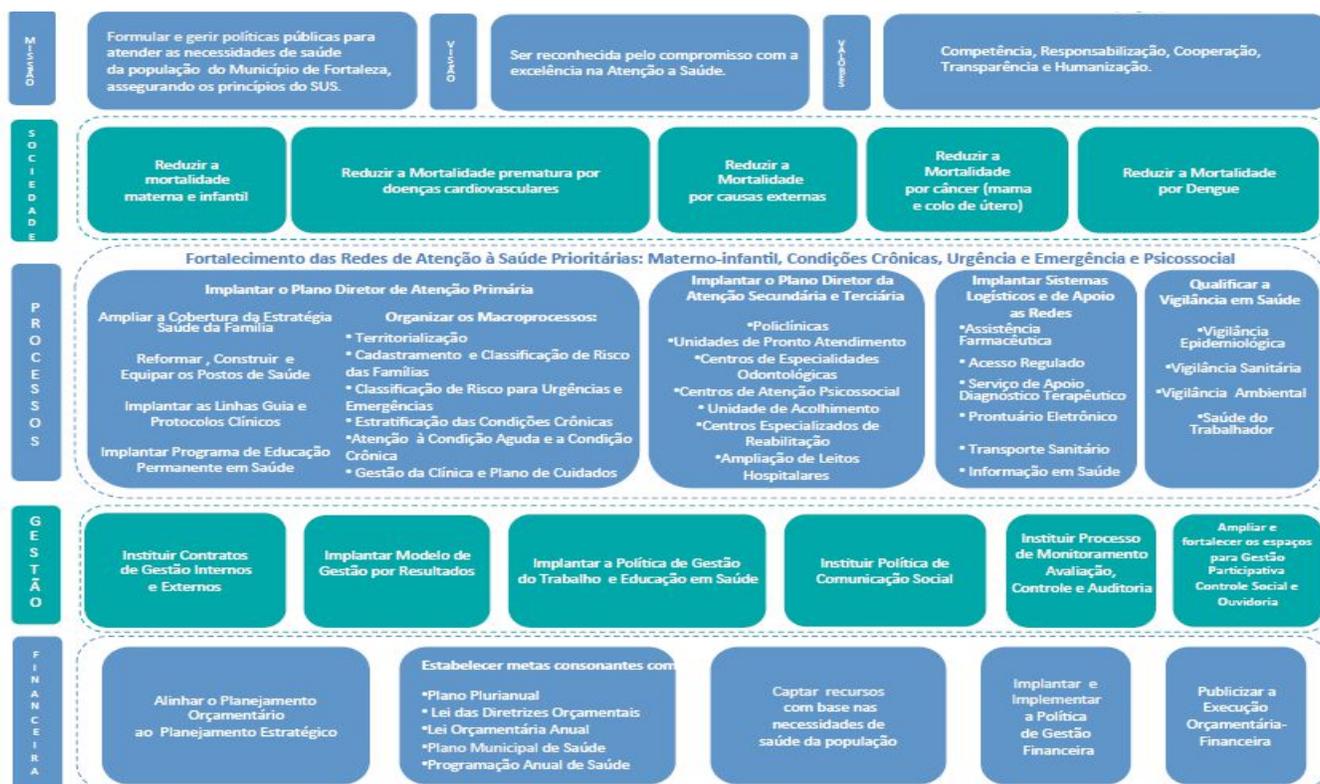
Entende-se pois que a Gestão da SMS de Fortaleza, especificamente a CEAPS, deteria o entendimento ou mesmo se planejar no sentido de promover o fortalecimento da estrutura da RAS para viabilizar a coordenação e a ordenação pela APS. Pois isto exige uma estrutura tecnoassistencial que se dá numa perspectiva de um atributo organizacional dos serviços de saúde em configurar com uma clara percepção a continuidade dos cuidados na ótica do usuário e por meio da resolutividade integradora de diferentes níveis de atenção (Almeida *et al.*, 2010).

Pontua-se que o cenário estudado não configura a realidade desejada e/ou necessária, mas entende-se que são de intencionalidades que os caminhos de transformações são construídos. E na perspectiva de se cumprir tais intencionalidades as rotinas do planejar e

do programar a execução das ações de saúde para as finalidades pensadas, passa, em 2013, a ser assessorado por uma consultoria, tendo o objetivo de qualificar as práticas dos gestores e dos profissionais visando operacionalização de mudanças necessárias nos processos de trabalho. Tal consultoria foi desenvolvida pela liderança de um o consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Ministério da Saúde e da OPAS, Eugênio Vilaça Mendes e seu grupo de consultores Maria Emi Shimazaki, Rubia Barra, Marco Antônio Bragança de Matos (Doc.6-11).

Constata-se que a consultoria vem sendo utilizada como uma estratégia de disposição para viabilização do Planejamento em Saúde com fins da organização das Redes de Atenção à Saúde, pois a SMS de Fortaleza estruturou grupos temáticos que abrangem os vários elementos que compõem as RAS: Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção Terciária, Urgência e Emergência, Regulação, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica e Sistemas de Informação à Saúde, tendo cada grupo técnico elaborado um plano de melhoria que vem orientando as ações de saúde, sendo estes imbricados e dialogados com Mapa Estratégico da SMS de Fortaleza (Figura 13), que foi umas das primeiras ações construídas com o apoio da consultoria (FORTALEZA, 2014a).

Figura 13 – Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza



Fonte: FORTALEZA (2014b).

Em síntese, o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (Doc.2) desvela as suas proposições de missão, visão e valores da instituição a serem desenvolvidas em ações relacionadas a estrutura, a processos e a resultados, destacando-se no campo da gestão ações que preveem a instituição de contratos internos e externos, bem como reestruturação da política de gestão do trabalho e de valorização do trabalhador com uma política de comunicação em saúde acompanhada de processo de monitoramento, de avaliação, de controle e de auditoria com fortalecimento dos espaços para uma Gestão Participativa e com melhor Controle Social.

A estratégia da consultoria é então pontuada no (Doc.1) e compreendida como tal a partir dos detalhamentos de complementariedades apreendidos por meio das entrevistas em que indagou-se os gerentes acerca de estratégias de como tem se dado o planejamento das ações de saúde.

O planejamento estratégico em 2013 foi feito com o auxílio da consultoria do Eugênio Vilaça e envolveu toda a secretaria de saúde, desse estratégico inicial saíram as redes prioritárias e o mapa estratégico com a visão, a missão, os valores. E aí definindo as redes prioritárias a gente veio trabalhando com oficinas mensais de momento de formação e com trabalhos de dispersão no início da consultoria e depois mensais ou quinzenais na continuidade dos processos (ASSESSOR TÉCNICO DA APS).

O fortalecimento da APS para melhorar a capacidade tem sido definido como meta na gestão municipal e nós na tutoria ajudando a implantar os processos para atendimento mais direcionado nas condições agudas que era desorganizado e das condições crônicas (TUTOR DA APS).

A consultoria utilizou-se de metodologia que inclui momentos teóricos e práticos realizados por oficinas e seminários no âmbito macro da SMS, bem como no espaço micro que se oportunizou nas unidades de saúde com o apoio de tutores contratados para assessorar as equipes locais na implantação dos processos voltados para conformação de um modelo de atenção que seja capaz de atender às condições agudas e crônicas.

Considera-se como salutar o apoio especializado, mas atenta-se que essa estratégia do uso da consultoria, considerado o significado etimológico da palavra como uma atividade profissional de diagnóstico e formulação de soluções acerca de um assunto ou especialidade, deve no âmbito do SUS ser pensada mediante seus princípios norteadores, que se dá mediante a construção de cooperação solidária entre atores sociais. O que se julga um desafio frente às realidades conhecidas do sistema de saúde público e dos aspectos culturais da participação cidadã brasileira. Pois assim, tornar-se-á gastos, caso esta consultoria for pensada na perspectiva normativa dos modelos mais antigos de se planejar, resquícios do ultrapassado

método CENDES-OPS, no que se trata de fórmulas prontas, considerado logicamente as contribuições históricas deste. Mas vislumbra-se e anseia-se, até mesmo pelo ativismo político conhecido da liderança da consultoria, que está tenha e venha a proporcionar de fato uma formação continuada dos gerentes e por sua vez dos trabalhadores de saúde, com a perspectiva maior que para esses haja efetiva implicação e em seus atos cotidianos de cuidado direto ou indireto possam gerar transformações tão necessárias. Nesse sentido, a aplicação de recursos financeiros será não um gasto, mas um investimento para melhoria dos processos de planejamento e práticas em saúde.

O Modelo de Atenção em Saúde delimitado pela gestão a partir das condições agudas e crônicas é área de estudos realizados pela OPAS, pela OMS e em larga produção pelo próprio líder da consultoria Eugênio Vilaça Mendes (MENDES 2007; 2008;2010; 2011; 2012). Essa seria uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas (VON KORFF *et al.*, 1997; HOLMAN; LORIG, 2000), e depois acolhida pela OMS (2003).

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e integradas dos sistemas de atenção à saúde. Porter e Teisberg (2007) colocam a função agregadora de valor para as pessoas a medida que se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela. A tradicional divisão da dicotomia de doenças transmissíveis e não transmissíveis difundidas pelo viés epidemiológico não referenciaria o enfrentamento da organização dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2012). Sendo, portanto a nova categorização a mais aceita e atualmente recomendada dado a esse suposto agregar. Trata-se então de um modelo teórico que precisa ser analisado nas perspectivas de factibilidade e da viabilidade⁷, o que se fará nos momentos oportunos no decorrer da discussão desta tese.

Entende-se que as condições agudas em geral, configuram-se as manifestações de doenças transmissíveis de curso curto (inferior a três meses de duração) como dengue e gripe ou de doenças infecciosas também de curso curto, como apendicite ou amigdalites ou de causas externas como traumas, com tendência de se auto limitarem. E contrapartida as condições crônicas são condições de longo curso (acima de três meses) como gravidez ou

⁷ Factibilidade: Trata -se da existência de recursos financeiros, tecnológicos e de gerenciamento para a realização do projeto. Viabilidade é entendida na possibilidade política para realização de um projeto, a qual vai depender do grau de apoio, negociação, de rejeição ou de indiferença que diferentes atores ou grupos sociais venham a manifestar importantes no enfrentamento do problema (TEIXEIRA, 2010).

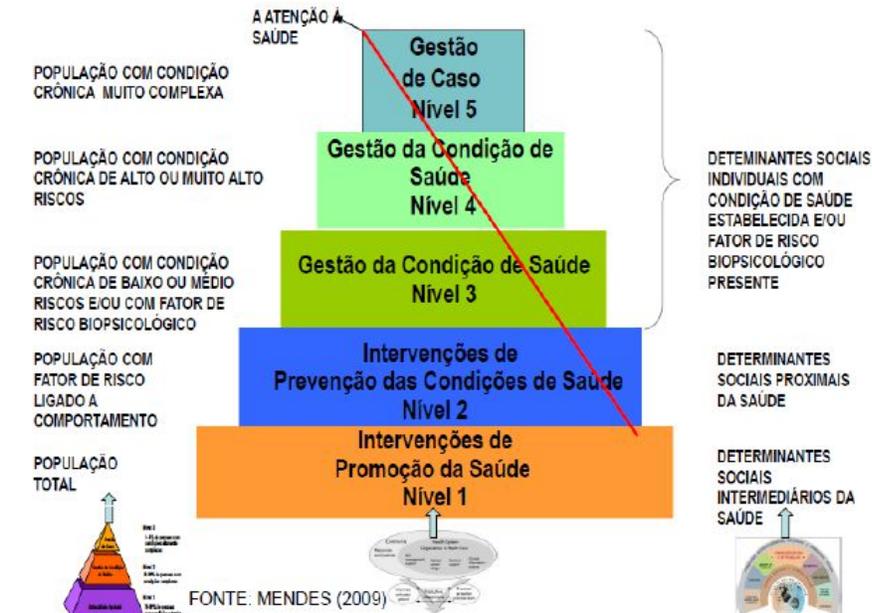
doenças de longa duração como, diabetes, hipertensão entre outras, que às vezes são permanentes e definitivas (MENDES, 2011).

No entanto, vale destacar que a tipologia condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas tradicionalmente conhecidas. Devendo-se necessário entender na perspectiva de agregação de valor mencionado a partir da colocação dos primeiros teóricos que a propuseram e discutiram. Mas, em suma as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos, eventos agudos, decorrentes de sua agudização, muitas vezes, causados pelo mau manejo dessas condições crônicas pelos sistemas de atenção à saúde. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é comum que ocorram, também, nas relações com as condições crônicas (MENDES, 2011; 2015).

Consta-se que em análise da viabilidade política do que direcionava o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2014-2017), no Doc.1, a adoção do Modelo de Atenção às Condições Agudas, que sucintamente configura-se no menor tempo possível para atendimento inicial, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência e emergência e define o ponto de atenção adequado para atendimento do evento.

Acerca da atenção às condições crônicas, o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2014-2017) adota o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que estrutura-se em cinco níveis de intervenções: (1- Promoção da Saúde, 2- Prevenção das Condições da Saúde, 3- Gestão da Condição da Saúde (Nível 3), 4- Gestão da Condição de Saúde (Nível 4), 5- Gestão de Caso) e em três componentes integrados: - a população estratificada em subpopulações de risco (a esquerda da figura); os focos de intervenções de saúde (a direita da figura) e os tipos de intervenções em saúde (no meio da Figura 13).

Figura 14 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2009, 2011, 2012).

Registrado tais delimitações da gestão e sabendo que cada grupo técnico elaborou um plano de melhoria (Plano Diretor) que vem orientando as ações de saúde nas diferentes áreas temáticas, procurou-se a partir dos dados analisados conhecer e identificar as estratégias do planejamento em saúde realizado que pudessem possibilitar a organização da APS no território a fim de concretizar a implantação do modelo de atenção às condições agudas e crônicas na perspectiva de rede, que tem na APS, ao menos no modelo teórico do Plano de Saúde, a função de coordenação e de ordenação da RAS.

Assim, são destacados nos documentos (Doc.1 e Doc.2) e no Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza (Doc.3,) bem como pelos gerentes da APS, que as rotinas e as programações de ações que vem sendo desenvolvidas tem se dado no sentido de haver uma organização de macroprocessos da atenção básica, que são mais adiante citados e discutidos, mas oportunamente devem ser entendidos como aqueles que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população, contando para isso com articulação conjunta dos profissionais que organizam suas práticas pautadas nas necessidades reais e conhecidas da população (MENDES, 2015).

Assim, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza (Doc.3) se caracteriza como o instrumento que concentra na perspectiva teórica do “deve ser” um esforço conjunto de profissionais, de gestores e de cidadãos no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, através do: planejamento, organização, operacionalização e monitoramento de ações

que visam resultados concretos na melhoria dos indicadores de saúde, na qualidade e na resolubilidade da assistência à saúde (FORTALEZA, 2014c). Mas que dependerá muito mais de atos vivos de cuidados do que meramente uma rígida e técnica instrumentalidade (MERHY, 2002).

A luz do pensamento de Marx (2004) repete-se que essa instrumentalidade não é negada, mas não pode e não deverá ser tomada como central ou única em nenhuma situação. Tal prática seria configurada como uma prática improdutiva que em si não deteria a perspectiva de dispositivo para transformação e sim uma alienação de processos especializados de trabalho. Por acredita-se que o melhor método que coaduna com a perspectiva preconizada no SUS é o de entendimento de uma realidade dialético-crítico, uma vez que a situação ou realidade das condições de saúde não está pronta nem acabada, e é neste processo que os atores sociais devem pautar e concretiza suas ações, levando em consideração o contexto sócio, econômico e político do território vigente, com o fortalecimento das ações que se realizam por meio da competência teórico-metodológica, para que assim se ocorra a práxis da transformação dos seus objetos de trabalho, norteado pela dimensão ético-política, e técnico-operativa a qual vai proporcionar e deve equacionar a ação dos trabalhadores de saúde num contexto de particularidades e especificidades de cada expressão da compreensão simbólica das questões sociais e coletivas da saúde.

No entanto, constata-se alguns desafios no que tangem a articulação da gestão, da atenção e da formação de base e/ou continuada dos trabalhadores, as quais devem ser enfrentados na perspectiva e para que o planejamento estratégico de fato culmine na implantação de um novo modelo de atenção que proporcione o fortalecimento da APS com garantia de uma atenção integral em que possa de fato consumir em atos de cuidados seus atributos e funções conforme definem Starfield (2002) e Mendes (2002; 2015). Podendo ser aqui então alguns desafios elencados e, transversalmente discutidos, que desrespeitam o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), o perfil dos profissionais vinculados às diretrizes da APS, o equacionamento da atenção às condições agudas e às condições crônicas realizadas, bem como das ações de promoção e assistência à saúde, melhoria dos processos de monitoramento, controle e avaliação dos resultados e ainda das necessidades de adequação do financiamento da saúde.

A priori e nesse sentido, destacam-se os desafios da baixa cobertura da ESF e historicamente o baixo equacionamento e resolutividade da atenção às condições agudas e às condições crônicas na APS da realidade brasileira e o que não foge à regra de Fortaleza-CE. Uma vez que segundo os dados do Departamento da Atenção Básica (DAB), a proporção de

cobertura populacional estimada da ESF de Fortaleza ao fim de 2013, época do Planejamento em Saúde estudado, seria de 36,57 % (BRASIL, 2016).

Em relação ao baixo equacionamento e resolutividade pontua-se por meio de um estudo acerca de outros municípios brasileiros, mas que o mesmo reflete abordando a situação nacional, considerando aos atendimentos realizados pelos serviços de urgência e emergência que têm representado a principal porta de entrada no sistema de saúde, gerando uma sobrelotação nas unidades, pois com base em 34 fluxogramas de classificação mais utilizados, observou que as principais problemáticas por esses atendidos foram indisposição no adulto, dor abdominal, dor torácica, dor de garganta, feridas e vômitos que corresponderam a 44% destas classificações. Entre os pacientes 50,8% foram classificados segundo sistemas específicos de cores como pouco ou não urgente, podendo esperar até 4 horas para ao atendimento, concluindo-se que a unidade de urgência e emergência é utilizada como porta de entrada ao serviço de saúde e as queixas mais relevantes que levam as pessoas a buscar pelo atendimento poderiam ser resolvidas na APS (GUEDES *et al.*, 2014).

A situação relatada corrobora com o entendimento acerca da necessidade de reorganizar esses serviços que se torna primordial no intuito de estabelecer critérios para que o paciente não sofra prejuízos decorrentes da espera, uma vez que os dados podem servir para planejar um cuidado de qualidade direcionado para as necessidades de saúde da população em serviços de urgência e emergência, já que se conhecem as características dos pacientes que procuram esse tipo de atendimento e ao bem da verdade identifica-se uma intervenção dos gestores do SUS com o intuito de tornar a população cada vez mais informada acerca de onde procurar o atendimento, além de tornar a APS mais efetiva e resolutiva, pois a mais de quinze anos se sabe que por esta deveriam ser resolvidos 85% dos casos (Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, 2000) e isso não foi ainda na conjuntura real evidenciado.

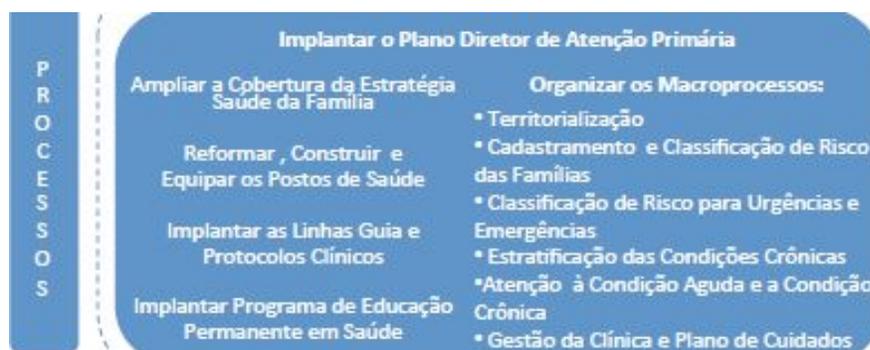
Assim, identificadas as disposições para o planejamento existentes, passa-se a analisar como as ações de planejamento têm contribuindo para que se possa haver um maior controle e equacionamento da relação oferta versus demanda na APS, bem como que estratégias têm facilitado e/ou dificultado para que esta possa de fato assumir a integração, a coordenação e a ordenação da RAS frente aos processos de referência, pactuação e ajustes de atendimentos. Logo, é nesse mote que apresentamos a continuidade da categoria em questão “Entre o Planejar e o Programar” por meio da seguinte subcategoria.

4.1.2 Programação da APS na (des)integração da rede: oferta, demanda, pactuações e ajustes no atendimento

De forma a enfrentar o desafio da baixa cobertura na APS, o município de Fortaleza define em seu Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (Doc.1) a diretriz de fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora das Redes de Atenção e coordenadora do cuidado no objetivo de ampliar e de qualificar o acesso da população às ações e aos serviços a partir do estabelecimento da meta de 60% de cobertura da Atenção Básica até 2017 e ampliar para 117 o número de unidade de APS (UAPS) com macros e os micros processos de trabalho implantados, de forma gradativa e respectivamente de 53%, 58%, 59% e 60% de cobertura e 8, 95, 105 e 117 UAPS para os anos de 2014 a 2017.

Ademais o Mapa Estratégico (Doc.2) e o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (Doc.3) preconizam ações e organização de processos específicos conforme visualiza-se na (Figura 15) e colocam como desafio da Agenda de Saúde no nível de atenção; melhorar a ambiência das UAPS; buscar um modelo de gestão de alto desempenho, tendo como eixo estruturante a Atenção Primária e um olhar para o futuro a partir da gestão por resultados.

Figura 15 – Ações e organização de macroprocessos para o fortalecimento da APS de Fortaleza



Fonte: Adaptada do Mapa Estratégico da SMS de Fortaleza, FORTALEZA (2014b).

Antes de discorrer os resultados dessas proposições ressaltadas, pontua-se a necessidade de discutir melhor os aspectos conceituais de RAS, uma vez que se está em pauta a (des)integração desta a partir da APS. A definição e entendimento acerca da RAS, ancorada nas concepções de redes sociais e de sistemas integrados de atenção à saúde, que estabelecem os elementos constitutivos desses sistemas. De modo sintético apresenta-se a perspectiva discutida acerca da RAS a luz de Mendes (2010), que afirma ser a população o foco central da

rede, que o sistema de saúde precisa conhecer e mapear as suas realidades socio sanitárias, sob a responsabilidade do centro de comunicação na APS. Por sua vez, a estrutura operacional, considerada o segundo elemento das redes, é representada por cinco componentes: 1) APS; 2) demais níveis de densidade tecnológica (secundário e terciário); 3) os sistemas de apoio; 4) os sistemas logísticos; e 5) o sistema de governança. Tendo-se ainda nessa constituição o Modelo de Atenção, como terceiro elemento, entendido a partir da racionalidade sistêmica que estabelece o padrão da rede.

Em detalhamento então ter-se-ia configurado os sistemas de apoio: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, o sistema de assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde; os sistemas logísticos: o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde; o sistema de transporte em saúde; e o sistema de governança das redes, discutido em termos de sua institucionalidade, de seus sistemas gerenciais e de seu sistema de financiamento (MENDES, 2010; BRASIL, 2011).

Ao que devem ser entendidos na transversalidade análoga dos avessos de uma composição de uma rede/emaranhado em que se dão as tramas dos atores sociais nas arenas ideológicas no sentido de conceber a representação social do processo saúde-doença, política na perspectiva de se ter diferentes interesses e projetos e na arena cognitivo-tecnológica que requer saberes e práticas que se produzem a partir do valor social construído das concepções políticas e ideológicas de seus atores (MENDES, 1999).

Entretanto, assumindo a perspectiva de dispositivo do planejamento em saúde, sobretudo na vertente do PES somado a do Agir Comunicativo percebe-se limitada, a formulação de Mendes (2010), no tocante a presença real ou concreta dos sujeitos dispostos a vivificar em atos a materialização das redes de serviços de saúde, na operacionalidade cotidiana. Pois, como provocam Hartz e Contandriopoulos (2004), acerca da natureza do objeto 'rede', (des)velando a necessidade de análise que torna-se indispensável, que deve contemplar a estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e sobretudo para uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções e transformação de velhas e conhecidas realidades/problemas, necessitando a busca de um contexto de mudanças e compromissos mútuos, somar-se-ia nessa análise o elemento da governabilidade do Triângulo de Governo (MATUS, 1993).

Realizado, necessário apontamento teórico acerca da RAS, destaca-se alguns dos resultados (Quadro 9) acerca das ações de fortalecimento da APS com vista à integração da rede de saúde, do ponto de vista da rede estrutural/tecnoassistencial da APS, tendo sido esses

apreendidos a partir da análise dos documento oficiais e das entrevistas com os gerentes, que desrespeitam as ações de melhorias; nos sistemas de apoio logístico; na área física das unidades (reforma e ampliação), relacionados à ambiência.

**Quadro 9 – Ações de fortalecimento na estrutura operacional da APS com vista
integração da RAS** (Continua)

RAS - APS	AÇÕES DE FORTALECIMENTO NA ESTRUTURA OPERACIONAL				
Melhora dos Sistemas de Apoio Logístico dos Pontos de Atenção (UAPS)	Atendimento ao Cliente- horário de 7 às 19 horas -organização da recepção, sinalização interna das UAPS, e acolhimento para o direcionamento do cliente). Configura-se o Núcleo de Apoio ao Cliente (NAC).				
	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Laboratório com horário de coleta de 07h às 10h no território das UAPS).				
	Ponto Eletrônico para os Trabalhadores da Saúde em todas as UAPS.				
	Prontuário Eletrônico- implantação em 100 % das unidades, possibilitando o acompanhamento quantitativo e qualitativo do atendimento dos profissionais aos usuários.				
Investimentos para reforma e ampliação dos Pontos de Atenção (UAPS)	SR	Nº DE UAPS	RECURSOS		
			DESPESA	MS	TM
	I	09	2.444.466,8	266.250,00	2.178.216,8
	II	11	3.329.098,86	1.801.046,10	1.528.052,7
	III	08	2.171.491,5	512.800,12	1.658.691,14
	IV	11	2.749.341,2	985.198,8	1.764.142,4
	V	05	1.247.999,49	130.500,00	1.117.499,40
	VI	15	3.790.341,20	3.294.512,91	495.828,30
TOTAL	60	15.732.739,05	6.990.307,93	8.742.431,12	
	OBS: Ressalta-se que os dados mencionados são de proposição estimativa de 2014. Mas constatou-se que de fato foram reformados e ampliadas 66 UAPS até outubro de 2016. (Doc.3)				
Ampliação do número de Pontos de Atenção (UAPS)	No início da atual gestão tinha-se 93 UAPS. Até outubro de 2016 ampliou-se para 108, todas com os Macroprocessos da APS implantados. O Plano Municipal (Doc.1) prevê que até o fim de 2017 sejam 117 UAPS. Ganho real de 15 novas UAPS.				
Investimentos em Ambiência	Houve investimento estimado em R\$ 3.479.164,93 de com equipamentos e mobiliários (móveis e utensílios, bebedouros, televisores de 42”, material médico-hospitalar e material permanente distribuídos nas diversas UAPS.				

(Conclusão)

dos Pontos de Atenção (UAPS)						
Aumento % de Cobertura populacional estimada da ESF	2013	36,57%	2014	42,91%	2015	50,23%
	OBS: Os dados acima foram extraídos do DAB (2016). A Gestão Municipal aponta no RAG de 2014 (Doc.4) que a cobertura no ano de 2014 seria de 55% (vide discussão).					

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir das técnicas de coletas de dado e DAB.

Acerca do fortalecimento do sistema logístico, sob a percepção dos gerentes, tem-se um ganho real na capacidade de atendimento e de resolutividade da UAPS, dado que na atual gestão a definição de um novo horário de funcionamento, de 07 às 19 h, das unidades teria facilitado o acesso, mesmo em contraposição ao que se conhecia do terceiro turno praticado na gestão anterior em algumas unidades que funcionavam até as 21 h. Pois na atual perspectiva logística de fato existiria profissionais trabalhando para atender a população no horário especificado, com a garantia disso por meio do controle do Ponto Eletrônico dos trabalhadores de saúde, o que exige-se e espera-se desses o cumprimento real da jornada de trabalho. Tendo-se as equipes uma flexibilidade de pactuarem seus turnos de trabalho em quatro, seis ou oito horas de trabalho.

A gente tem uma unidade aberta de sete as dezenove horas de segunda a sexta e com ponto eletrônico para os profissionais, aumentando muito o acesso do usuário, que como um trabalhador não podia ser atendido no horário padrão antigo, que na prática era muito comum das oito as onze na manhã e a tarde de duas as quatro (ASSESSOR TÉCNICO DA CEAPS).

Hoje tem um cumprimento da carga horária e há um controle, tinha alguns postos que diziam se ter atendimento até 21h, mas na prática você sabe como é quando não existe um controle (ARTICULADOR DA APS).

Os profissionais trabalham em turnos e sempre há uma agenda que é montada para atender as necessidades da população, melhorou-se muito o acesso (TUTOR DA APS).

Coadunando com a ideia central do MS e da SMS-Fortaleza, segundo os gerentes ligados a CEAPS, adotando-se a perspectiva dicotômica da delimitação do modelo de atenção às condições de saúde (aguda e crônica) foram elegidas áreas prioritárias baseadas nos dados epidemiológicos das condições crônicas de população-alvo (criança, gestante, hipertenso e diabético), que de um certo modo vem direcionando os atendimentos realizados nas UAPS, bem como potencializando os ajustes de atendimentos realizados de modo a romper com uma

agenda predefinida conforme o problema de saúde apresentado a partir da concepção de “caixinhas” que se fizera presente no decorrer histórico da programação de agenda de atendimentos semanais do PSF com um dia destinada para cada público.

Temos como prioridade quatro áreas na APS, que são as condições crônicas: criança, gestante, hipertenso e diabético. Mas essa é nossa prioridade e não quer dizer que não vamos acolher o usuário que está fora dessa programação, pelo contrário, prioriza-se dado a grande demanda desses de modo a garantir o acesso das outras condições e não ficar só na queixa conduta. Está organizado de fato atendimento agora (GERENTE DA CEAPS).

A programação da agenda a gente não trabalha como antigamente nas caixinhas de dias. Tem uma organização desses atendimentos. Durante a semana posso ter cinco atendimentos na segunda de manhã que são hipertensos, outros cinco na quinta à tarde, não é um dia só pra isso e outro pra aquilo (ARTICULADOR DA APS).

É montando a agenda de um profissional que está seis horas na unidade com três horas sim pra hipertensos, mas as demais para outros atendimentos, como as condições agudas. Então não é uma agenda fechada que só atende determinada patologia naquele dia. Não isso não mais a três quatro anos (TUTOR DA APS).

Assim, vem sendo efetuadas ações realizadas no Planejamento das Ações na APS no sentido de focalizar atenção em saúde a partir das demandas mais apresentadas e definidas com base no perfil epidemiológico, representando assim um atendimento considerado nas áreas denominadas e entendidas como crônicas sem deixar de atender aos eventos agudos. Tendo assim o intuito de possibilitar que a APS possa atingir maior efetivação e se aproximar do que seria sua capacidade de atender e a partir com boa estrutura operacional de adequada densidade tecnológica promover resolubilidade de 85% das demandas de saúde.

Ainda pontuando acerca das ações de fortalecimento da estrutura operacional da APS de Fortaleza, no que concerne ao sistema logístico, percebe-se que as estratégias para a configuração apropriada deste são salutares, somado os investimentos para reforma e ampliação dos Pontos de Atenção, bem como a construção de mais 15 novas UAPS e considerado a preocupação com a ambiência destes espaços. E de modo a ilustrar de forma mais aproximada do real o fortalecimento da APS no que concerne aos aspectos estruturais e da ambiência das UAPS no município de Fortaleza, destaca-se as fotografias da Figura E-Imagem- objetivo de estrutura física das UAPS: resultados em ambiência cedida pela Gestão Municipal. Tais adequações atendem aos dispositivos preconizados pela Política Nacional de Humanização no sentido de promover a ambiência dos serviços de saúde, que constitui indicador de humanização de atenção e da gestão. Refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Para tanto, a ambiência deve contemplar os seguintes eixos: espaço confortável, focado na privacidade e individualidade

dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente, como cor, odor, som, ventilação, iluminação e estrutura física; espaço para produção de subjetividades, focado na potencialização de encontros entre os sujeitos; espaço como facilitador do processo de trabalho, focado na otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010b).

Figura 16 – Imagem-objetivo da estrutura física das UAPS: resultados em ambiência



Fonte: Elaborado pelo autor a partir do Plano de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (FORTALEZA, 2014).

Pontuado as ações, considera-se que, sem dúvida, ampliar o horário de atendimento é salutar e possibilita maior acesso da população aos serviços prestados numa melhor e adequada ambiência da UAPS, tendo-se ainda um efetivo monitoramento por parte da gestão acerca da maior participação e presença dos profissionais na execução de suas atividades no território, seja pela existência do Ponto Eletrônico ou pelo monitoramento possível a partir dos registros do prontuário eletrônico.

Mas no decorrer do processo de investigação, como num “insight” pensava-se e questionou-se acerca da perspectiva de flexibilidade dos turnos de horários dos profissionais no atendimento das demandas. Visualizando-se o que seria uma fragmentação não potencializadora do favorecimento de vinculação preconizada na PNAB a partir da garantia da continuidade das ações de saúde e na longitudinalidade do cuidado proposta pela corresponsabilização e cumprimento amplo dos sentidos de integralidade na organização dos

processos de trabalho e por meio dos saberes e práticas da equipe de ESF desenvolvidos em especificidade em uma área e/ou micro área do território (BRASIL, 2012; CECÍLIO, 2009; MATTOS 2009).

Atenta-se que as inovações do pensamento cognitivo-tecnológico construídas a partir dessa logística não podem sucumbir importantes processos que ainda sequer se consolidaram. No entanto, seria precipitado de fato tirar alguma conclusão acerca de uns “insights”. Até mesmo não ético no campo da pesquisa, sobretudo qualitativa. Mas é preciso sim ter esse olhar quando considerado o dinâmico campo da saúde coletiva, que exige um delineamento investigativo em que devem ser absorvidas as linguagens de seus principais eixos: epidemiologia, gestão e planejamento, e clínica. Pois cada expressividade acarreta um diálogo próprio. E pensar simetricamente algumas abordagens impossibilitaria a construção de divergências e de convergências que se (des)velam de um dado fenômeno. Sendo assim, tenta não cegar-se na unilateralidade no modo de investigar pelo sentido pesquisador-método-objeto para não diminuir o espectro interpretativo. Assume-se então a limitação do estudo em não abarcar diferenciados atores e cenários sociais, mas justifica-se pelo recorte objeto e pela temporalidade que na produção científica se faz necessária.

Então, toma-se a distância para rigores e verdades absolutas e diretivas, pois a resultante desta situação seria a enunciação de “verdades” não condizentes com o cotidiano investigado. Seria complicado medir o nível subjetivo do usuário atendido, avaliar a quantidade de vinculação da população ou averiguar as relações da equipe de saúde. Ainda que a estrutura dos métodos utilizados permitisse a construção de indicadores, perfis e consolidados, o que não é o caso, e mesmo assim se feito estes definiriam apenas uma interface do fenômeno (MINAYO,2012). É de fato uma proposição de continuadas e novas pesquisas.

Mas a contra argumentação dos gerentes aponta convergência de que essa fragmentação não existiria, pois os atendimentos das agendas são orientados pelo MACC, sendo uma das equipes da UAPS a equipe de referência de uma determinada parte do turno responsável pela demanda espontânea focada prioritariamente no atendimento das condições agudas, enquanto que as de fato crônicas são realizados pelos profissionais de vinculação por meio de um acompanhamento necessário que se daria com prévios agendamentos programados para a população-alvo.

Agora a gente tem sempre uma equipe de referência das condições agudas, que também tinha muita negativa de acesso, pela desorganização. Agora independente da equipe se tem sempre um atendimento dessas condições (ARTICULADOR DA APS).

As condições crônicas são atendidas a partir do processo de continuidade, pois feito o trabalho que foi feito de estratificação de risco, é possível conseguir montar agenda do profissional (TUTOR DA APS).

Percebe-se que a categoria fragmentação dar-se além da vinculação/interação equipe ESF e população adscrita de um dado território, de maneira a ampliar esse olhar coaduna-se com a defesa de um sistema de saúde organizado em redes justificado nas considerações de Mendes (2010), pois existe um rompimento na coerência entre a situação de saúde da população, nos quesitos demográficos e epidemiológicos e as respostas de enfrentamento apresentadas pelos modelos de atenção à saúde, que se dá em escala global, que estão voltados para atenção às condições agudas e às condições crônicas, devendo se dar o enfrentamento do desafio da fragmentação de sistemas, que nem mesmo tal fragmentação não pode ser compreendida como um fenômeno possível de apreensão e de natureza única, pois, na prática, apresenta-se com distintas faces a depender da consolidação político-institucional, bem como da estrutura analisada. Ampliando este olhar, Mendes (2001, p.73) discute a fragmentação em quatro dimensões: “a fragmentação da atenção à saúde, onde cada ponto de atenção é uma peça solta de um quebra-cabeça; a fragmentação entre sistemas clínicos e os sistemas administrativos; a fragmentação entre o sistema de serviços de saúde e de assistência social e a fragmentação entre o sistema de serviços de saúde e outros sistemas econômicos e sociais”.

Mas em suma na perspectiva de análise considerado a crise contemporânea dos sistemas de saúde, a fragmentação reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e a resposta social que exige a demanda dos problemas do sistema de saúde que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas e/ou predominantemente às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada e centrada na queixa conduta (MENDES, 2011; GUEDES *et al.*, 2014). Numa perspectiva mais ampla a de se prenunciar que a fragmentação do sistema de saúde pode ser encarada a partir da caracterização prenunciada no Quadro 10.

Quadro 10 – Caracterização dos Sistemas Fragmentados de Saúde

Os sistemas fragmentados de saúde:

- Organizam-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros.
- São incapazes de prestar uma atenção contínua à população.
- Não contemplam uma população adscrita de responsabilização.
- A atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde.
- Os sistemas de apoio e os sistemas logísticos funcionam desvinculados da APS.
- A atenção é fundamentalmente provida de forma reativa e episódica e centrada na doença.

Fonte: OPAS (2011).

Denota-se de fato uma preocupação para que haja uma organização dos atendimentos que possibilite uma consonância do que é definido no Plano Diretor da APS de Fortaleza pela intervenção de uma organização dos processos de trabalho, o que envolve os processos de humanização e de acolhimento dos usuários, a organização da atenção programada por ciclos de vida e com base em riscos e a organização da atenção às urgências (Doc.3). Mas que na dialética do deve ser e do pode ser e/ou o que de fato é, são reveladas e discutidas na transversalidade do texto quando se se tratará da operacionalidade cotidiana vivida pelos atores sociais que planejam a saúde da APS de Fortaleza.

Destarte, a necessidade de superação de problemas oriundos à fragmentação pode ser enfrentada na perspectiva das propostas de redes de atenção à saúde no que concerne à estrutura da organização de serviços, a partir da perspectiva difundida de redes e regionalização debate no âmbito internacional da integralidade do cuidado na concepção dawsoniana desde 1920 no Reino Unido num contexto de serviços públicos, mas que toma impulso no contexto do sistema segmentado, com hegemonia do setor privado difundido a partir da experiência dos Estados Unidos e com as adaptações necessárias a partir da década de 90 passa a ser viabilizado a alguns sistemas de saúde públicos e privados de outros países. Porém, tal perspectiva representa idealizações diversificadas que se assemelham nas estratégias utilizadas e nos arranjos organizacionais que se configuram, mas que se distinguem no campo ideológico, a depender da natureza do sistema de proteção social adotado no campo político-institucional (KUSCHINIR, CHORNY, 2010). Influenciado muito mais ainda das relações operadas pelos sujeitos vivos e envolvidos no contexto complexo que

envolve a instrumentalidade e a racionalidade gerencial contemporânea na arena de disputa de poderes (CAMPOS, 2010; 2009; 2000; MATUS, 1993).

Continuando a análise dos sistemas de apoio e logístico do cenário estudado, entende-se que a estrutura operacional da APS contribui significativamente para a fragmentação e não efetivação da integração da RAS a partir do nível primário de atenção, pois apesar dos esforços nota-se um número de UAPS muito pequeno considerado a dimensão grandiosa da população de Fortaleza e em si sabendo que 82% desta necessita dos serviços públicos de saúde (FORTALEZA, 2014). Ademais o percentual de cobertura da ESF que implica na disposição de profissionais da saúde para com seus saberes e práticas efetivar os cuidados é percebido como extremamente insuficiente e de vínculos de trabalho precarizados, pois o Doc.1 prevê concursos públicos para APS, mas o que se percebem na atualidade prática são inúmeras e sucessivas seleções públicas de contratos temporários tanto na anterior como na atual gestão, que dificulta a continuidade e acompanhamento do cuidado em detrimento da rotatividade dos profissionais de saúde. São de fatos outros desafios a serem enfrentados na atual gestão.

Especificamente constata-se controvérsia acerca do % de cobertura da ESF, pois o Relatório de Gestão de 2014 (Doc.4) afirma existir uma cobertura no ano de 2014 de 55%, enquanto que os dados do DAB ficam na ótica de 42,91%, uma diferença expressiva de mais de 12 % se levada em consideração sobretudo o número de pessoas que poderiam está sendo efetivamente assistidas por equipes de ESF. Percebe-se que a controvérsia se dá pelo modo de realização do cálculo pela gestão, pois está considera que apenas 63,7 % utiliza-se dos serviços do SUS, quando o Doc.1 afirmar ser 82%, corroborando com o colocado pelo IPECE (FORTALEZA, 2014; IPECE, 2012).

De fato poderia ser apenas um mero dato estatístico, mas pra análise da fragmentação e do alcance do objetivo de se ter a APS como coordenadora e ordenadora da rede de cuidados o dado retrata informações pertinentes e problemáticas que precisam ser enfrentadas. Pois a APS a partir somente dessa perspectiva deixaria de ter a potencialidade de efetivar seus atributos e funções pensadas pelo Modelo de Redes de Atenção e Saúde, bem como o preconizado pela PNAB (2012).

É se pensando a partir deste único ponto de fragmentação do sistema de saúde da realidade estudada, que se afirma que os desafios dos objetivos traçados pela atual gestão são de fatos complexos. Assim em análise acerca de atributos e funções da APS pensados por Starfield (2002) e Mendes (2012), fazem-se pertinentes de que a gestão da SMS de Fortaleza, especificamente a CEAPS pense as transversalidades dos desafios dos processos de

continuidade do planejamento da APS para efetivarem-se os objetivos almejados, no tocante a efetivação de uma integração da RAS na interface de sua APS.

Nesse sentido, coaduna-se com as considerações da OPAS do documento oficial divulgado em 2010, propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde prevalecente em seus países membro. O documento preliminar dessa publicação serviu de base para que os países da Região das Américas e do Caribe aprovassem, na reunião do 49º Conselho Diretivo da OPS, realizada em Washington, no período de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009, em que se comprometem a implantar, nos respectivos países, as redes de atenção à saúde em que o mesmo documento define 14 atributos das redes de atenção à saúde, distribuídos por quatro âmbitos de abordagem: modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de recursos financeiros e incentivos, conforme se vê no destaque seguinte do Quadro 11. Esses atributos devem ser obedecidos para que as redes de atenção à saúde cumpram suas funções nos sistemas de saúde (OPAS,2011).

Quadro 11 – Atributos das Redes de Atenção Coordenadas pela APS (Continua)

OS ATRIBUTOS DAS REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS
1. Modelo assistencial:
Atributo 1: População e territórios definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta dos serviços.
Atributo 2: Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde pessoais e os serviços de saúde pública.
Atributo 3: Um primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e que serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.
Atributo 4: Prestação de serviços especializados nos lugares mais apropriados e que se oferecem preferencialmente em ambientes extra hospitalares.
Atributo 5: Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.
Atributo 6: Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população.

2. Governança e estratégia:

(Conclusão)

Atributo 7: Um sistema de governança único para toda rede.

Atributo 8: Participação social ampla.

Atributo 9: Ação intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.

3. Organização e gestão:

Atributo 10: Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.

Atributo 11: Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.

Atributo 12: Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis pertinentes.

Atributo 13: Gestão baseada em resultados.

4. Alocação de recursos financeiros e incentivos:

Atributo 14: Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.

Fonte: OPAS (2011)

Diante do exposto, pontua-se as recomendações ao processo contínuo de planejamento da SMS de Fortaleza, nas pessoas do corpo de gerentes que cotidianamente fazem e enfrentam os desafios de efetivar uma rede de cuidados que deve ser vislumbrada na perspectiva comunicativa, cooperativa e participativa de mais diferenciados atores sociais na perspectiva do que se colocou na proposição da Figura 12. Faz-se isso não num olhar de um mero expectador, o mesmo assumindo o papel de um técnico planejador do outrora Modelo CENDES- OPS, mas em exercício da cidadania de quem se implica e na vivência profissional efetiva ações por acreditar na construção social transformadora da organização do SUS.

Entende-se então a partir dessa concepção, que ter a APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde brasileiro seria plausível a partir da proposta de redes de atenção à saúde para o SUS em sua concepção teórica de política institucional, mas que precisa ser cotidianamente amadurecida a partir da concepção política e ideológica de seus atores sociais, pois este processo com avanços e desafios vem de algum modo coexistindo frente a uma forte pressão mercantilista e golpista que opera para não consolidação dos ideários da Reforma Sanitária Brasileira.

Mas que deve ser enfrentada com uma agenda estratégica para a consolidação da APS em seus atributos e funções a partir de um efetivo aumento da cobertura das equipes de Saúde da Família no Brasil com profissionais que devem atender a todos os grupos e a um amplo espectro de problemas, executando ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras para que haja uma real avaliação das possibilidades de mudanças que está pode integrar e realizar (CAMPOS, 2003; BRASIL, 2012). Devendo-se ter como meta, sobretudo, sua institucionalização nas regiões mais pobres e com regiões de saúde mais integradas economicamente, com foco nas grandes e médias cidades, o que configura o caso estudado. (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007; OPAS (2011). Necessitando ter-se uma plena articulação das relações interfederativa para viabilizar uma ação vigorosa de coordenação e de cofinanciamento tripartite, consubstanciada por um direcionamento de diretrizes clínicas baseadas em evidências e a consequente criação de resolutividade considerando as condições tecnológicas que se devem operar para os amplos sentidos da integralidade no/para o SUS, promovendo-se acesso a todos os procedimentos previstos nas diretrizes clínicas, com sistemas de apoio, logísticos e de governança fortalecidos mediante processos de planejamento que se dão na intersetorialidade das políticas públicas (BRASIL,2011; MENDES, 2011; MATTOS, 2001).

Articulada ainda com a consolidação da Política de Humanização que prevê uma infraestrutura adequada para a APS no sentido de fomentar financiamento para construção ou reforma de unidades que detenha todas as condições para o exercício de uma APS renovada, e para além da estrutura física preocupa-se também com encontro dialógico entre a equipe e desta com o usuário para em relação direta enfrentarem os problemas, identificar necessidades e soluções a serem corresponsabilizadas por estes sujeitos, objetivando ganhos micro e também macropolíticos numa economia de escala e escopo, referendados por um planejamento municipal comprometido com projetos sustentáveis do ponto de vista ambiental e que considerem de fato a viabilidade e a factibilidade do que está sendo proposto nos documentos oficiais e que estes não sejam apenas um recurso instrumentalizador do processo de planejar, mas de fato de efetivas transformações da situação que se necessita a produção de saúde frente aos sistemas fragmentados de atenção, exigindo esforços para se permitir a amplitude da clínica que se dá no reconhecimento das subjetividades, oferta adequada de cuidado e integralidade da assistência (BRASIL,2010; PINTO, 2013; SILVA, 2011; TEIXEIRA,2010; ABREU DE JESUS, ASSIS, 2011; OPAS,2011).

Para efetivarem-se todas essas proposições deve existir uma articulação integral da gestão, da atenção, da formação, destacando-se uma profissionalização da gestão e

melhoria dos processos educacionais. Há que de fato se incentivar a contratação de gerentes profissionais e a introdução da gestão da clínica na APS e nessa direção, a consolidação de redes coordenadas pela APS requer melhoria dos processos educacionais na graduação e na pós-graduação de seus futuros e/ou atuais trabalhadores (MERHY, 2002; MERHY, FRANCO, 2009; MENDES, 2001; 2011).

Nesse sentido, é salutar as ações desenvolvidas para formação continuada no município de Fortaleza, muito embora ainda não totalizante, pois o caminho se faz de desafios, mas estão sendo construídas seja pela consultoria que tem propiciado o fortalecimento dos processos de gestão, bem como coloca um dos entrevistados no tocante “a realização de um Curso de Especialização em Gestão em Saúde para todos os 108 gerentes das UAPS com parceria da Escola de Saúde Pública do Ceará, após uma Seleção Pública para identificar um perfil de disponibilidade e de vontades desses trabalhadores, tendo assim equipe que sabe o que está fazendo e tem experiência no que está fazendo” (Gerente da CEAPS).

Somam-se a essas ações os resultados expostos dos investimentos que constam no Plano Diretor da APS (Doc.3 e no Relatório de Gestão 2014 (Doc.4) em relação aos investimentos de melhorias de pessoal para ofertas dos serviços, pontuando-se que ao fim do ano de 2014 tem uma estrutura de pessoas com 327 equipes de Saúde da Família completas, 62 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 237 Equipes de Saúde Bucal (ESB) completas e 2.456 agentes comunitários de saúde. Tendo-se também 12 equipes do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) compostas por 33 assistentes sociais, 21 fisioterapeutas, 16 psicólogos, 24 farmacêuticos, 10 fonoaudiólogos e 11 terapeutas ocupacionais, somado a adesão do Município ao PROVAB com 80 médicos e o Projeto MAIS MÉDICOS com 140 médicos (FORTALEZA, 2014 c e d).

Um cenário de fato melhorado, mas que deve ser articulado e somado ao aprofundamento de medidas que orientam o documento da OPAS (2011) em relação ao Fortalecimento da APS, com ações de incentivos para que os cursos de graduação possam educar com foco na prática da APS; incremento das residências em saúde da família; incremento de processos de educação permanente dos profissionais da APS, estruturados com base nos princípios da educação de adultos e ofertados em tempo protegido; e incremento da educação à distância. Urge também a necessidade de melhorar as relações de trabalho, priorizando que estas sejam mais estáveis e satisfatórias, com diferenciados caminhos a serem seguidos como a necessidade de concurso com reforço dos regimes estatutários; a implantação de planos de carreira; a criação de fundos de equalização salarial, especialmente

com fundos nacional e estaduais; a garantia de remuneração com parte ligada a performance e a condições de fixação dos profissionais em áreas críticas; e a implementação do abono de permanência em regiões críticas, que permitam implantar equipes multiprofissionais que extrapola a equipe básica e se der por uma maior e mais efetiva ampliação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), propiciando uma atenção com diferentes saberes e práticas e por sua vez possa se tornar mais resolutiva (OPA,2011; CARVALHO, CECCIM,2007; FERREIRA, FIORINI, CRIVELARO, 2010;BALBINO *et al.*, 2010).

Portanto, efetivar as ações elencadas é investir na APS, é promover a resolução desses problemas que implicam aumentar os gastos ou melhorar investimentos com a APS, o que incrementará a eficiência alocativa dos recursos financeiros do SUS e gerará maior agregação de valor para os seus usuários. Assim se concretizará a recomendação de fato do Relatório 2008 da Organização Mundial da Saúde (“APS agora mais do que nunca” (OMS, 2010), em que deixa claro o posicionamento que a APS nas proposições de atributos e funcionalidades pensadas e assumidas na PNAB não é tão barata e requer investimentos consideráveis, mas esta teria as potencialidades de representar mais valor para o dinheiro investido que os investimentos nos outros níveis de atenção à saúde.

Diante do exposto, retomam-se mais objetivamente as discussões balizadas no cenário estudado acerca de que outras estratégias e ações de planejamento têm sido facilitadoras desse processo de construção do fortalecimento da APS de Fortaleza no sentido de possibilitar uma maior integração da RAS e promover uma atenção de fato que venha permitir a integralidade da atenção em saúde da população atendida?

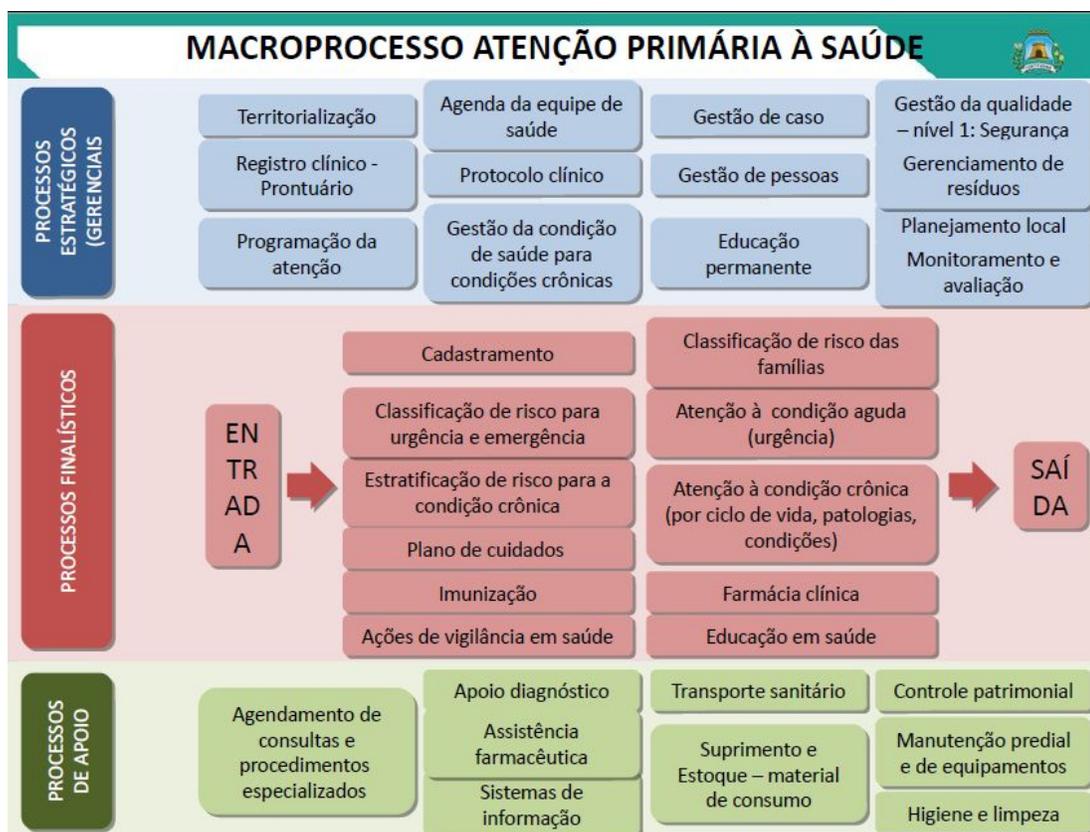
Apreende-se, então fora o já elencado a convergência dos gerentes que colocam que a operacionalidade cotidiana tem sido mediada a partir da definição e da contínua concretização dos Macroprocessos da Atenção Básica em todas as 108 UAPS, que foram definidos e com implantação iniciada a partir da primeira oficina da consultoria que vem tendo o município, com etapas que seguiram com os processos e a definição de prazos a serem cumpridos pelos profissionais em cada unidade de saúde, sendo estes aqui citados; territorialização, cadastramento e classificação de risco das famílias, classificação de risco para urgências e emergências, estratificação das condições crônicas, organização da atenção às condições agudas, organização da atenção às condições crônicas, elaboração das diretrizes clínicas e protocolos, elaboração dos procedimentos operacionais padrão, parametrização da agenda profissional e programação das ações, gestão da clínica, e planos de cuidados.

Dessa lógica de ordenamento de fluxos direcionados, padronizados e com atendimentos ajustados com base na atenção das condições agudas e crônicas com foco em

áreas específicas e orientados por processo, a CEAPS com apoio da consultoria organizou uma Síntese dos Macroprocessos da Atenção Primária de Fortaleza (Figura 17), com base em processos estratégicos (gerenciais), processos finalísticos e processos de apoio.

Há diferentes definições de processos. Hall (1982) define processo como uma série de atividades e tarefas lógicas inter-relacionadas, organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para a realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis. Hammer e Champy (1994) definem processo como um grupo de atividades realizadas numa sequência lógica, com o objetivo de produzir um bem ou serviço que tem valor para um grupo específico de clientes. Para outros, processos são quaisquer atividades que tomam inputs, adicionam valor a eles e fornecem um output a um cliente específico. Em síntese, processo é um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas numa sequência determinada, vão conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e das expectativas das partes interessadas.

Figura 17 – Síntese dos Macroprocessos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza



Fonte: Plano Diretor da APS de Fortaleza (Fortaleza, 2014c).

A gestão por processos surge como uma metodologia consolidada tanto na iniciativa privada como nas organizações públicas, que visa alcançar melhores resultados através do aperfeiçoamento dos processos de trabalho. Desempenhado por todos os atores sociais e de forma contínua, envolve conhecer, analisar, mudar e monitorar as rotinas de trabalho. Por isso, são necessárias a conscientização e a mobilização de todos os envolvidos (ABPMP, 2009).

Assim, a metodologia concebida a partir do gerenciamento de processos na APS é claramente uma proposição da consultoria, e teoricamente substanciada por clássicos da Ciência Administrativa, devendo ser entendida a partir das especificações de processos: finalísticos ou primários; que são aqueles que geram os produtos ou serviços finais da organização, isto é, aqueles que são entregues e atendem às necessidades e expectativas das partes interessadas e contribuem diretamente para a criação de valor para os cidadãos e para a sociedade, processos de apoio; que são aqueles que dão suporte direto aos processos finalísticos, fornecem ou criam as condições necessárias para que a organização possa gerar seus produtos ou serviços que vão atender às necessidades e expectativas dos cidadãos e da sociedade, agregando valor para estes e os processos estratégicos ou gerenciais, que são aqueles que definem a missão da organização e direcionam os processos finalísticos, que em conjunto constitui o macroprocesso da organização e são estabelecidos de acordo com o perfil, a missão e as diretrizes organizacionais (ABPMP, 2009, PAIM, et al, 2009, DRUCKER, 2009, MAXIMIANO, 2004; POTTER, 1989)

Para a Fundação Nacional da Qualidade os processos são configurados pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos ou serviços (saídas), ou seja, num conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas numa sequência preestabelecida vão propiciar um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos cidadãos e/ou partes interessadas (FNQ, 2008).

Entende-se, pois que na APS, é necessário integrar as ações de assistência às ações administrativas, para gerar melhoria dos resultados. Os recursos e sistemas técnicos, financeiros, de informação e materiais são direcionados pelas gerências e/ou ingerências dos atores sociais que vivificam o processo a partir de seus fluxos de trabalho, logicamente devendo ser organizados em função de atender às necessidades em saúde dos cidadãos. Portanto, a introdução desta metodologia implica na definição do macroprocesso da Gestão de Saúde do Município de Fortaleza, alinhado ao Mapa Estratégico pactuado para as ações das Redes Prioritárias, bem como da APS, tendo, conforme a Figura- F sido definidos a partir dos

processos finalísticos, os de apoio e os estratégicos, com seus respectivos responsáveis, permitindo então a revisão dos fluxos de trabalho, visando a redução das atividades que não agregam valor e garantindo a realização do trabalho, em consonância com os propósitos da SMS, sobretudo no que concerne a coordenação e orientação de cuidados na RAS a partir da APS.

Destarte, é entendido a concepções da disposição do planejar e conhecidas as delimitações da gestão quanto aos direcionamentos e gerenciamentos por processos que passa-se a apresentar os resultados encontrados que advêm da operacionalidade cotidiana dos atos de planejar, programar e concretizar ações que se vivificam atos de cuidado a partir dos sujeitos, das tensões e conflitos das relações estabelecidas no território vivo e real da APS.

4.2 OPERACIONALIDADE COTIDIANA DO PLANEJAMENTO NA APS

A denominação da categoria temática se traduz por si, mas se pontua ao discutir o “pode ser” que vem possibilitando a continuidade das atividades de planejamento desde os momentos das oficinas da consultoria aos atos vivos que se (des)velam a partir e sob o olhar dos gerentes entrevistados. Para tal explanação e melhor entendimento do que se pretende comunicar a categoria em questão, compõem-se subcategorias a saber: “Programação das ações da APS em Fortaleza: demandas, organização e a interação dos atores sociais no planejamento das atividades” e “Monitoramento, controle e avaliação: a gestão da APS gerenciada com foco na construção de redes de cuidados crônicos?”.

4.2.1 Programação das ações da APS em Fortaleza: demandas, organização e a interação dos atores sociais no planejamento das atividades

Na intencionalidade de conhecer os processos em que se dão a prática do planejamento em saúde na Atenção Primária, buscou-se apreender dos gerentes a operacionalidade cotidiana das ações que efetivam em ato as propostas teóricas do “deve ser” contido nos documentos oficiais, numa perspectiva de (des)velar o que estes atores fazem com ou do planejamento em saúde.

Nesse sentido, indagou-se de forma simples aos gerentes como se dava do cotidiano de suas práticas no fazer/realizar/acontecer o Planejamento em Saúde. Constatou-se, então, que a orientação da consultoria que o município recebeu foi para esses um marco de referência, pois os depoimentos dos gerentes convergem no sentido de apresentar essa como o

ponto inicial de uma “engrenagem de processos” que vão no cotidiano sendo realizado e que desses emergem o conhecimento e o enfrentamento da resolução de problemas e/ou demandas da APS.

Tivemos a consultoria inicialmente orientando alavancando a processo, mas é no fazer do dia a dia na unidade que damos continuidade a essa engrenagem de processos. Foram momentos de formação para saber o que iríamos realizar com entendimentos dos processos de planejar (ASSESSOR TÉCNICO DA CEAPS).

Com a consultoria construímos um rumo para não ficar naquela velha prática de apagar o fogo, à medida que os problemas vão acontecendo (ARTICULADOR DA APS).

No início estudos os processos para pensar e planejar foram desafiadores, pois são momentos que faltam na nossa formação, a gente aprende mesmo é na prática (ARTICULADOR DA APS)

Ao perceber a importância da formação para o planejamento, promove-se uma mudança de cultura dos programas de Educação Permanente que precisa também fomentar trabalhadores com conhecimentos acerca da gestão e sobretudo de liderança. Por mais que se tenha resistência por parte dos profissionais, a fim de o caminho incutido nas organizações que possa ser pensado de forma dinâmica e estratégica com seus alcances de metas e resultados. Então, deve se ter direcionamento e planejamento para saber os percursos e onde de fato se quer chegar, que modelo de gestão e atenção em saúde se quer de fato concretizar. São, portanto, os caminhos que devem ser trilhados para se chegar na integralidade.

Tal liderança, deste modo, precisa ser desenvolvida nos profissionais do SUS na tentativa de profissionalizar a gestão em saúde. Pois, desenvolver gestores líderes possibilita a capacidade de entendimento global do conceito de administração, uma vez que esta, hoje, engloba gestão e liderança. Desenvolver a capacidade de liderança, porém, é o progresso/processo de diversos atributos que são relevantes para prática desses gestores na área de saúde e que permite a gestão profissionalizada das instituições desse ramo. Muito preocupa o cenário atual da formação de gestores/gerentes em saúde e os movimentos existentes, que defendem a formação generalista do administrador desconsiderando a necessidade de cursos de formação em graduação com aplicabilidade na área de saúde, uma vez que esses desenvolvem suas ações nesse cenário. Têm-se dois grandes cenários: ou a entrada no mercado de saúde de administradores generalistas, sem entendimento da aplicabilidade dos conceitos da administração segmento saúde; ou a morosidade na formação desses profissionais, frente a forte demanda, pelo fato de que a especificidade passe a ser trabalhada somente em cursos de pós-graduação. Mas é preciso favorecer um olhar mais aprofundado a partir da formação da graduação possibilitar a formação generalista que

contemple uma postura profissional do planejar, programar, liderar e propor soluções para as demandas que são variadas e complexas no atendimento ao cliente de serviços de saúde e na provisão de seus cuidados (CHANES, 2006; LIMA *et al.*, 2012, SOUZA *et al.*, 2012).

Coadunando com o pensamento apresentado, a OPAS (2011) preconiza que o cuidado ofertado por meio de um sistema de saúde guarda relação direta com o desempenho e a postura de seus profissionais. Dessa forma, é imprescindível que se garanta o desenvolvimento adequado dos processos de formação e de educação permanente em saúde, focados nas necessidades de saúde da população e no processo de organização das redes de atenção à saúde, dando aos profissionais-bases para o planejar, gerenciar, propor estratégias para transformar a realidade das situações problemas.

Buscou-se, assim, delinear quais as estratégias utilizadas pela consultoria foram produzidas para desenvolver nos gerentes a compreensão deste marco de referência dos atos de planejar, bem como acerca da importância atribuída quanto ao momento didático-pedagógico de formação dos trabalhadores para o despertar das reais necessidades de se realizar o planejamento das ações e não mais, como próprio referem, somente apagar o incêndio sem saber pra onde é que está se indo e porque começou uma dada atividade.

Os caminhos adotados se desenvolveram a partir de momentos teóricos e práticos por meio de oficinas e ações no território junto as UAPS. As oficinas seguiram metodologicamente sempre os mesmos momentos, possibilitando um processo de formação continuada previsto pelo modelo de atenção e gestão em saúde do município que consta no (Doc.1) Esse é percebido conforme a síntese da Figura 18.

Figura 18 – Oficina e seus passos metodológicos para planejar a APS em Fortaleza



Fonte: elaborado pelo autor

Evidenciou-se que a consultoria proporcionou seis principais momentos aos gestores, gerentes e trabalhadores das 108 APS, tendo os gerentes e tutores de cada unidade como agentes multiplicadores do momento do “deve ser” para impulsionar o que de fato “pode ser”, permitindo-se então um alinhamento conceitual das atividades elaboradas para serem executadas em cada território das UAPS, tendo-se a preocupação de fazer análise das viabilidades locais. Esses principais momentos são descritos em síntese no Quadro 12, desatacando-se a identificação das temáticas abordadas nas oficinas, objetivos, produtos esperados e atividades a serem realizadas nos momentos de dispersão pelos participantes gerentes juntos com os sujeitos trabalhadores do território.

Quadro 12 – Momentos, objetivos e intencionalidades de produto do PES na APS de Fortaleza (Continua)

OFICINA 01	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	OFICINA 04	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E CLASSIFICAÇÃO POR GRAU RISCO DAS FAMÍLIAS
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar alinhamento conceitual sobre APS. -Entender instrumento para realizar a análise sobre a situação da APS. -Desenvolver estratégias para validar os produtos da Oficina com todo o corpo técnico e gerencial da SMS. 	OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecer os resultados preliminares da revisão da territorialização. -Compreender a estratificação de risco das condições crônicas relativas às RAS prioritárias: gestante, criança menor de um ano, hipertensão e diabete, bem como a classificação por grau de risco da família.
MOMENTO DISPERSÃO	<ul style="list-style-type: none"> -Alinhamento conceitual sobre APS nas equipes das unidades de saúde. -Aplicação do PCA TOOL⁸ BRASIL VERSÃO PROFISSIONAL. 	MOMENTO DISPERSÃO	<ul style="list-style-type: none"> -Gerente compartilhando com as equipes os resultados preliminares do processo de territorialização e do cadastramento familiar.
PRODUTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Análise da APS. -Compartilhar com todo o corpo técnico e gerencial da SMS. 	PRODUTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Classificação por grau de risco das famílias das áreas de abrangência das UAPS

⁸ O PCATool (Primary Care Assessment Tool) foi elaborado por Starfield *et al.* no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, Maryland (EUA). Esse instrumento, embasado no marco teórico da Atenção Primária à Saúde, mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três derivados da atenção primária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde (STARFIELD; XU; SHI, 2001, tradução nossa). Portanto, o PCATools prevalece como instrumento mais utilizado no Brasil para avaliar a APS, devido ao seu reconhecimento, aceitação e sua validação em vários países como Estados Unidos, Espanha, dentre outros.

OFICINA 02	GERENCIAMENTO POR PROCESSOS E TERRITORIALIZAÇÃO	OFICINA 05	ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS (Continua)
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecer o resultado da análise da APS de Fortaleza a partir do PCA Tool – Brasil VERSÃO PROFISSIONAL -Compreender os fundamentos sobre gerenciamento por processos. -Validar o Macroprocesso da APS no município. -Compreender os fundamentos sobre territorialização -Definir os territórios sanitários das UAPS. 	OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecer e desenvolver competência para a organização dos processos, pelas equipes da APS, para resolutividade aos eventos agudos e agudizações de condições crônicas, classificados como urgências menores e garantir o primeiro atendimento, no tempo adequado, para as urgências maiores e para as emergências. -Compreender o acolhimento, a classificação de risco pelo Protocolo de Manchester e o cenário de normas de organização de assistência nas UPAs.
MOMENTO DISPERSÃO	<ul style="list-style-type: none"> -Gerentes compartilhando com as equipes os resultados da análise da APS a partir das entrevistas do PCA Tool e alinhamento conceitual de Gerenciamento de processos e Territorialização. -Envolver a equipe principalmente ACS e lideranças comunitárias. -Definição dos territórios área de abrangência e micro áreas. 	MOMENTO DISPERSÃO	<ul style="list-style-type: none"> -Gerentes Compartilhando com as equipes a oficina e discutindo sobre as “Normas para a Atenção aos Eventos Agudos (AEA) nas UAPS” e a partir dessas elaborar e implantar a Matriz: Gerenciamento por processos. -AEA na UAPS.

(Conclusão)

PRODUTOS	-Macroprocesso da APS validado- Mapa dá área de abrangência da UAPS localizando 100% das micro áreas e identificação dos aspectos geográficos, ambientais e sociais. -Validação de territórios e envio para coordenação geral.	PRODUTOS	-Processos organizados para atenção aos eventos agudos nas UAPS.
OFICINA 03	CADASTRO FAMILIAR E DIAGNÓSTICO LOCAL	OFICINA 06	VALIDAÇÃO INTERNA DAS DIRETRIZES CLÍNICAS
OBJETIVO	-Conhecer os resultados preliminares da revisão da territorialização de Fortaleza. -Compreender os fundamentos sobre cadastro familiar e sua utilização no modelo de atenção às condições crônicas e qual roteiro para o diagnóstico local.	OBJETIVO	-Realizar a validação interna, pelo corpo técnico e gerencial da SMS, das diretrizes clínicas para a atenção às gestantes, crianças, hipertensão e diabetes. -Compreender o modelo de atenção às condições crônicas(MACC).
MOMENTO DISPERSÃO	-Gerente deverá compartilhar com a sua equipe os resultados preliminares de territorialização e conjuntamente realizar o cadastro familiar e o diagnóstico local.	MOMENTO DISPERSÃO	-Validar as diretrizes clínicas: atenção às gestantes, crianças, hipertensão.
PRODUTOS	-Cadastro das famílias e diagnóstico das áreas de abrangência das UAPS atualizado.	PRODUTOS	-Diretrizes clínicas para atenção às gestantes, crianças, hipertensão e diabetes validadas internamente.

Fonte: elaborado pelo autor

Destaca-se, a partir do quadro de síntese das oficinas que foram realizadas no período de maio a novembro de 2013, com intervalos de média de um mês entre as cinco primeiras oficinas e dois meses entre a quinta e a sexta, elementos de suas composições teórico-metodológicas e das aplicações destas no território vivo que expressam uma nítida referência aos Momentos do PES, sejam eles: o explicativo, o normativo, o estratégico e/ou tático operacional (Quadro 1). Necessitando que os gerentes e trabalhadores concebam sim a disposição de em seus entendimentos potencializar a continuidade da operacionalidade cotidiana do fazer, que extrapola a estratégia proporcionada pela ação da consultoria no município e que exige desses junto a gestão e demais trabalhadores das UAPS uma pactuação de compromissos de aplicação e readequação desses momentos que rompe a noção com a ideia de etapas sequenciais e fins do planejamento.

Deve-se, então, buscar não em si e/ou por si ações e estratégias que são definidas e viabilizadas a partir do conhecimento estanque da realidade, acreditando que este processo será finalizado somente com a identificação de indicadores capazes de medir o desenvolvimento das propostas no limite temporal previsto. Mas sim de maneira distinta e com a noção de que os momentos indicam que as etapas se desenvolvem, na realidade, de modo simultâneo, havendo apenas o predomínio de um momento sobre o outro e que, entendendo que se necessário, é possível retomar o momento anterior e ajustá-lo frente a uma nova demanda que se (re)diagnosticou (TEIXEIRA, 2010).

É preciso entender que o território é vivo, bem como o trabalho nele é também vivo. Este trabalho vivo precisa ser pensado como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, permitindo uma cartografia no interior dos processos de trabalho do planejar, como um desenho de um mapa aberto, com muitas e variadas conexões, que transitam e se dão por territórios diversos e assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo possível enfrentar os problemas a partir da criatividade dos que o fazem. Mesmo sabendo e/ou assumindo que o trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando trata-se o caso da saúde (FRANCO, 2006; MERHY, 2002).

Nessa perspectiva, os processos do planejar que possibilitaria o cuidado integral devem se dar numa rede de relações que permeadas por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais numa redução do binômio queixa conduta, mas sim na consideração de um conjunto de entendimentos, necessidades,

demandas e historicidade em que se dá o processo de pensar/saber/fazer/concretizar as ações deste planejar em saúde. Dialogando aqui com a necessidade de que as práticas de planejamento em saúde numa perspectiva do PES de Matus (1993) e a adaptação de várias técnicas sugeridas por este e outros autores agregaria então o se conheceria como a adaptação do PES a partir da abordagem das relações de comunicação (RIVERA, ARTMANN, 2010; 1999; ABREU DE JESUS; ASSIS, 2011).

Sabe-se que os momentos do planejar são e devem ser continuados num processo permanente de avaliação do caminho percorrido e do decidido a trilhar. Deste modo, apresentou-se os Momentos do PES da APS de Fortaleza a partir da proposta da consultoria que direcionou e certamente influenciou e normatizou o trabalho vivo da organização e gestão dos processos da APS. Mas então, como e quais estratégias essa consultoria pode viabilizar a partir da concepção que de algum modo possibilitou uma formação continuada dos gerentes, tutores e trabalhadores da APS?

É em busca de elucidar respostas a esse questionamento que dar-se continuidade apresentação dos resultados que tratam essa categoria de análise. Com uma efetiva clareza de elencar as (des)continuidades que se transpassam pela operacionalidade cotidiana que os sujeitos (gerentes e trabalhadores da APS) vivenciam e se depararem para concretizar o “deve ser” outrora pensado, num que de fato “pode ser” ou ainda de se concretizar no ser e nas possibilidades do ter estruturas, processos, materiais e insumos para que o desenhado como resultado possa de fato existir.

Após os momentos de consultoria, a continuação do planejamento orientada pelo plano diretor se deu com a implantação dos macroprocessos de territorialização, estratificação, classificação de riscos e todos os outros definidos (GERENTE DA CEAPS).

A continuidade da consultoria se dá aqui no cotidiano com a sensibilização dos profissionais em conhecer e efetivar os processos, uns com maior facilidade e outros com mais resistência. (ASSESSOR TÉCNICO DA APS).

Na prática é que vamos vendo a aplicabilidade, mas como foi feito com muita comunicação a cada encontro e os momentos de dispersão, tem dado certo, lógico que tem os desafios e as pactuações que tem os conflitos (ARTICULADOR DA APS).

É no território que a tutoria se faz presente para acompanhar o status de cada processo, somos o apoio institucional, o elo da gestão com a atenção (TUTOR DA APS).

Nesse sentido, os gerentes da APS (des)velam que a operacionalidade cotidiana se dá no desafio de continuidade e dos enfrentamentos de demandas que exigem uma organização das atividades das ações no constante planejar que envolvem as redefinições de alguns processos, de repactuação, redirecionamentos e reelaborações de agendas, sendo as

principais demandas apresentadas no Quadro 13 a seguir e discutidas na transversalidade continuada do texto.

Quadro 13 – Necessidades e demandas da operacionalidade cotidiana do planejamento em saúde na APS (Continua)

Implantação de processo tutorial para organização dos macro e micro processos da APS nas UAPS.
Implantação dos modelos de atenção às condições agudas.
Implantação dos modelos de atenção às condições crônicas.
Implantação dos sistemas de informações clínicas e gerenciais em saúde (prontuário eletrônico, sistemas de referências contra referências, Painel de Bordo, avaliação de indicadores de saúde e outros sistemas de informação em saúde).
Implantação de novas metodologias para o manejo clínico individual e coletivo.
Implantação das Linhas Guia, Protocolos Clínicos e Procedimentos Operacionais Padrões.
Implantação das agendas parametrizadas nas UAPS.
Monitoramento e avaliação dos indicadores da ESF.
Organização do processo de regulação na APS.
Adequação do Prontuário Eletrônico às diretrizes clínicas, incluindo estratificação de risco.
Acompanhamentos dos trabalhos desenvolvidos pelos gerentes locais, sendo discutidas as questões administrativas e de gestão de pessoal.
Falta de material ou condições adequadas – desafios cotidianos-Dificuldades da manutenção dos serviços por conta de recursos financeiros insuficientes.
Elaboração e discussão de projetos e confecções de planos de cada unidade.
Realização de planejamentos anuais, semestrais e mensais.
Questões relacionadas à dificuldade de cumprimento dos acordos realizados.
Questões relacionadas à dificuldade de comunicação entre os gerentes e trabalhadores.
Necessidade de Nivelamento Conceitual que visa a discussão de termos teórico-conceituais, a partir de uma formação permanente a fim de que os trabalhadores dialoguem com uma linguagem comum acerca dos conceitos, facilitando os processos avaliativos que são por vezes visto como uma cobrança para punir ou apenas na perspectiva de uma pressão por parte da gestão por números e resultados.
Reconhecimento das dificuldades quanto à efetivação dos macroprocessos da AB, sendo colocadas as dificuldades de comunicação e de real sensibilização dos trabalhadores de

(Conclusão)

saúde, possibilitando que esses entendam as necessidades de monitorar, avaliar e efetivar as ações planejadas.
Reconhecimento da necessidade de fortalecimento das ações de articulação da rede que efetive a possibilidade da APS ser de fato a coordenadora e articuladora de cuidados em toda a Rede de Atenção em Saúde, embora destacados muitos avanços.
Dificuldades quanto a garantia de transporte para o efetivo acompanhamento institucional das Tutoras junto ao território da UAPS.
Outras demais interligadas e/ou transversais as acima mencionadas.

Fonte: elaborado pelo autor

De fato, a proposta apresentada a partir do gerenciamento por processos consubstancia a necessidade de transpor o modelo de gestão fundamentado na divisão funcional da organização do trabalho, centrado na especialização prevista no modelo ultrapassado taylorista. Tem-se então o paradigma das mudanças nas sabidas acomodações dos atos em que se realizam os trabalhos que são arrefigadas pela forte cultura de resistência de um modo geral nas organizações, sobretudo nas organizações públicas que se insere o SUS. Doravante, Merhy (2007; 2006; 2002) lança luz nessa arena de percepção, pois para o autor, reconhece a problemática, mas a realidade do setor saúde (des)velam de suas próprias práticas as necessidades de profundas transformações nos modos de gerenciar e organizar os processos de trabalho em saúde, devendo-se entender a ideia de que o trabalho em saúde, mesmo quando realizado em cenários onde se reproduzem práticas tradicionais da Administração, jamais será apreendido totalmente nessa concepção, pois se configura como trabalho vivo em ato, operado com predomínio das tecnologias leves, consumido no momento em que é produzido. Existindo um espaço de autogoverno no encontro entre o trabalhador e o usuário, no momento de execução dos atos de cuidar, ou seja, na micropolítica das relações que se estabelecem no cotidiano organizacional.

Nesse sentido, o momento do deve ser só se torna real com as pactuações de compromissos com os trabalhadores. Entende-se pois que o planejar não é da gestão, mas da atenção, gestão e formação dos trabalhadores para uma execução de fato dialogada. Desse modo os passos efetivados do Planejamento na APS só terão suas continuidades se a operacionalidade cotidiana for capaz de transpor a normatividade.

Mas idealiza-se que mesmo presença de uma centralização normativa nas instituições de saúde das velhas práticas gerenciais, jamais ocorrerá total centralização dos processos decisórios nos modos de fazer gestão em saúde, pois os trabalhadores em seus

espaços privados de encontro com o usuário no uso de sua autonomia clínica conformam os modos de produzir saúde. Em consonância com Merhy (2007, 2006, no âmbito micropolítico, se encontra a permeabilidade para a incorporação de tecnologias que permitam engendrar novos modos de gerenciar e produzir cuidados, materializados no do coeficiente de autonomia dos trabalhadores, na inserção destes na organização e gestão dos processos de trabalho, na divulgação das informações das várias intencionalidades e racionalidades que permeiam os espaços institucionais.

Assim, somando a esse entendimento apresentado, acredita que a adoção do gerenciamento de processos assuma potencialidade de concretização no território vivo. Essa orientação por processos em substituição ao modelo burocrático especializado assume a capacidade de dar respostas às necessidades das organizações para que possam promover a melhoria no planejamento e na execução de processos cotidianos, num contínuo processo de aprendizado que devem ser mediados nas relações da APS.

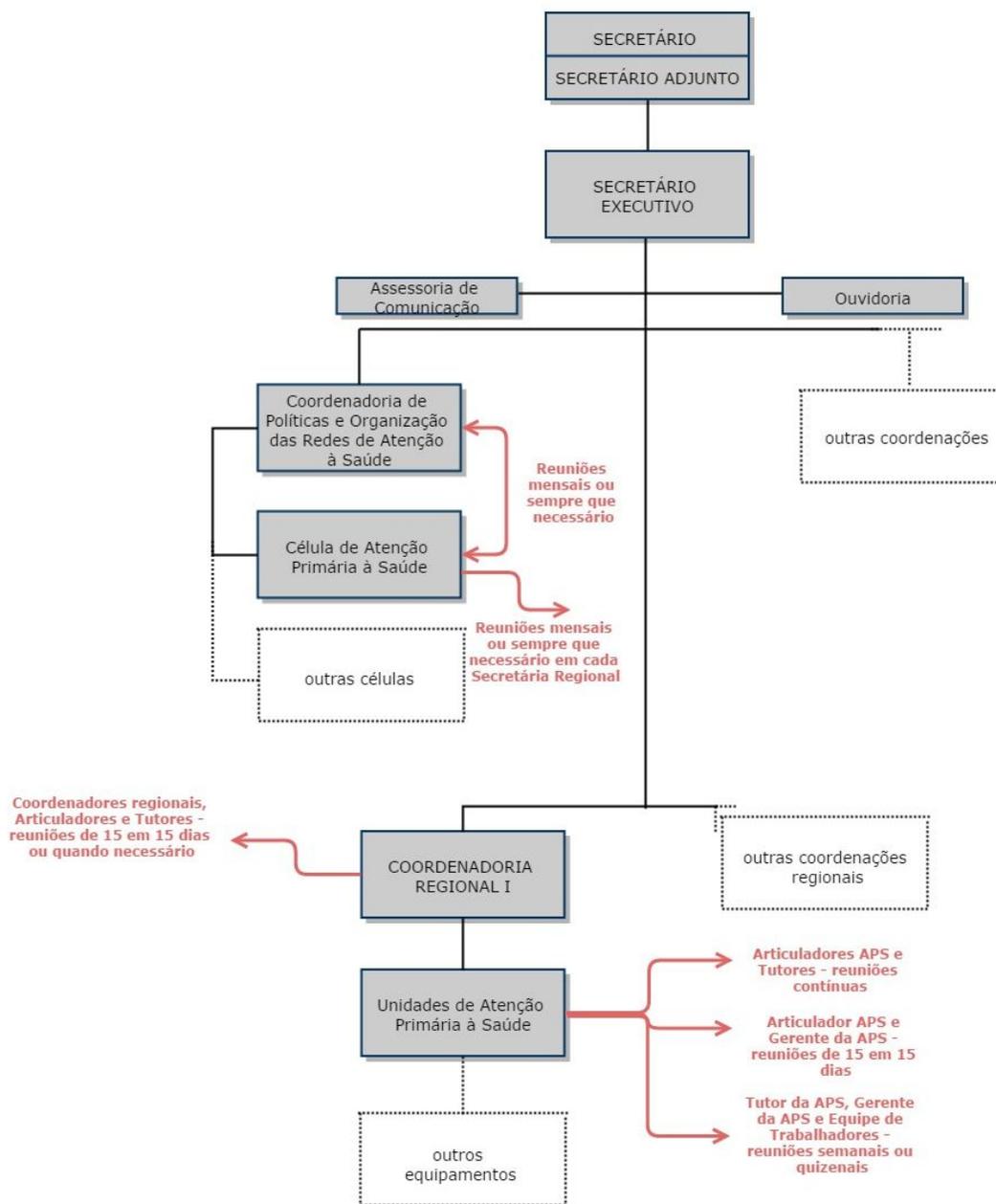
A gestão por processos deve ser então tomada pela Gestão da SMS de Fortaleza como como uma mudança paradigmática, tendo-se então de forma factível um desafio de ser incorporada pelos atores sociais uma mudança de cultura do saber/fazer. Pois, o pressuposto dessa nova forma de gestão é que devem ser eliminadas barreiras nas organizações, possibilitando a visualização da organização a partir de uma maior interação entre os diferentes agentes da cadeia de valor. Numa perspectiva gerencial contemporânea a organização do trabalho por meio de processos, permiti a definição do fluxo de trabalho e a integração horizontal de todas as etapas, rompendo com a organização verticalizada dando lugar a organização horizontalizada, o que possibilita planejar e executar melhor as atividades por meio do compartilhamento de responsabilidades, utilização apropriada dos recursos com diminuição dos custos e dos desperdícios, eliminando etapas redundantes e evitando o retrabalho, sendo necessários que os atores reconheçam e mapeiem detalhadamente os processos organizacionais para aperfeiçoá-los no sentido de não correr o risco de automatizar erros e/ou se tenham atividades não agregadoras de valor, é de fato um desafio considerado as particularidades da área da saúde. O conhecimento dos processos é de fundamental importância porque proporciona: melhor utilização dos recursos; melhoria na comunicação; redução dos custos administrativos; processos claramente definidos com base em atividades e em padrões de qualidade estabelecidos; facilidade na implementação de mudanças; e visão ampla e horizontal do que se está se gerenciando (LIMA *et al.*, 2010).

Acredita-se que o desafio na APS desses mapeamentos de processos e sobretudo de mudanças e implantações está no enfrentamento/ mudança da postura dos ou por partes

trabalhadores, que em seus cotidianos têm os seus estabelecidos modos operantes de agir, tido como consubstancial natural. Mas ao mesmo tempo o exercício deste mapeamento possibilita reflexões e em si havendo implicação pode sugerir mudanças para melhores resultados. Essa é lógica de agregação de valor que precisa ser transferida da gestão para os profissionais, sendo deveras importante o exercício da liderança compartilhada dos gerentes para com os trabalhadores e em continuidade por meio das tecnologias leves numa consumação produtiva de saúde com agregação de valores por todos os integrantes da cadeia de relações com transformações de realidades e significativos resultados.

Mas como estariam sendo costuradas essas possibilidades processuais do planejar/fazer/acontecer? A essa indagação comunicativa, leva-se o leitor a entender como vem se dando a organização e planejamento das atividades na APS de Fortaleza. E de modo resumido tentou-se representá-las na Figura 19, demonstrando que se dão de forma regular e sistemática a partir de reuniões técnicas administrativas entre os diferentes gerentes da APS. De modo específico, captou-se que estes tentam manter uma rotina desses encontros que se dá do nível central ao nível local, possibilitando horizontalizações das interações, sem no entanto visualizar-se uma efetiva horizontalização das relações de poder.

Figura 19 – Rotinas de Interações do Gerenciamento na organização e planejamentos de atividades da APS



Fonte: elaborado pelo autor

Os momentos de interação do gerenciamento na organização e planejamento de atividades da APS permitem que os sujeitos gerentes possam dialogar de modo a pensar a continuidade do planejamento. Percebendo a necessidade de se fazer redirecionamentos e de analisar a viabilidade do fazer cotidiano que dialoga com o proposto pelo Triângulo de

Governo proposto no PES (MATUS, 1993), sobretudo no sentido de os atores construírem uma governabilidade efetiva.

As reuniões sistemáticas precisam ser pensadas não apenas como um momento burocrático de prestação de contas a gestão, como fora captado pela expressão de sentimento que por vezes os articuladores e tutores da APS tem acerca das interações com alguns trabalhadores em virtude das visitas sistemáticas no território da UAPS.

O desafio é que quando nas rotinas de continuidade percebe-se que os trabalhadores e até mesmos os gerentes da própria unidade nos ver ali como um fiscal, como se tivéssemos ali para cobrar os dados, a produtividade. Nesses casos as reuniões e visitas são tensas e não se tornam tão produtiva como a gente espera (Tutora da APS). Está mudando a medida que o pessoal vai aceitando que a gente precisa ter uma cultura de acompanhamento, de controle, de resultados, não só porque a gestão quer atingir os indicadores, mas porque é preciso progredir entendendo quais os problemas que nos fazem alcançar as metas (Articulador da APS).

As interações dos atores estariam recortadas por entendimentos diferenciados e de postura em relação ao poder, por isso afirma-se que não se consegue perceber um efetiva horizontalização das relações, apenas no modo das interações que permitem uma aproximação do nível central com o local (CEAPS-UAPS) por meio das visitas e reuniões sistemáticas, mas que ainda são enfraquecidas pelos olhares e entendimentos dos reais compromissos que devem ser efetivada por cada uma das partes implicadas e interessadas. Fazendo-se aqui necessário a discussão acerca da categoria analítica Relações de Poder.

Entende-se que para se conseguir atingir seus objetivos – resolução dos conflitos e com efetiva implementação das políticas sociais de saúde, o Estado e a Sociedade Civil – (Gestão – Trabalhadores de Saúde e Usuários), sobretudo sem excluir os usuários, devem traçar estratégias para transformação do pensamento hegemônico, entendendo-se hegemonia como “uma construção política resultante dos conflitos permanentes entre as classes que são suscitados e resolvidos dentro do Estado” (TESTA, 1992, p.38), ou seja em análise dentro do âmbito das micropolíticas dos processos de trabalho que se dão nas realidades dos Territórios Vivos de cada uma das UAPS.

Diante disto, o aparelho ideológico do Estado exige que seus grupos, isto é, a classe dos trabalhadores, cumpra a função social definida para ela, e, ao cumprir, consequentemente, constroem-se a si mesmos, consolidando suas práticas. Os atores sociais tornam-se, então, ‘operários’ da ideologia necessária para reprodução do pensamento dominante. Este jogo de poder constrói uma “falsa consciência” (TESTA, 1995) capaz de ter uma prática eficaz, porém, não transformadora.

É perspectiva conflitante quando observa-se que ainda falta uma pactuação real de consensos que são necessários serem construídos por todos os envolvidos no processo de

planejar/fazer/acontecer as ações de fortalecimento da APS para o alcance dos objetivos propostos. Percebe-se claramente que estes possuem aproximações, mas não visivelmente de mesmo entendimento, precisando alinhar que caminho realmente Gestão-Trabalhadores de Saúde- Usuários, considerando que todo planejamento só se concretiza em atos vivos, querem seguir na definição de que realidade estão vivenciando e o que precisam e querem de fato como resultado para se transformar.

Para Testa (1995), a construção de uma “consciência social verdadeira” possibilitará a transformação da sociedade, através da interação de duas estratégias históricas denominadas de Tomada de Poder e de Guerra de Trincheiras. Ambas necessitam dispor de alguma forma de poder. O saber que sustenta a Tomada de Poder é a interpretação do abstrato como concretização da história – saberes – e a sua prática é o enfrentamento total, sendo visto como consequência de uma série de fatos planejados para a luta revolucionária – saberes – findando com o enfrentamento total – práticas. A estratégia de Guerra de Trincheiras é:

uma forma de luta de posições adversas às dominantes, que não privilegia uma ação rápida e definitiva, mas que propõe a ocupação paulatina de espaços que vão sendo transformados, passo a passo, em posições firmes – trincheiras – de onde é possível realizar novos avanços à medida que se apresentem conjunturas favoráveis ou simplesmente manter a posição aguardando a oportunidade (TESTA, 1995, p.19).

O saber que sustenta esta estratégia é a certeza de que a sociedade oferecerá espaços favoráveis para as ações que vão transformando a realidade e a maneira como ocorre a relação de conflitos no espaço democrático que avançam à medida que há um contexto democrático favorável para tal. Isto pode acontecer formando alianças com aqueles que lutam pela transformação e enfrentando aqueles que insistem na conservação do sistema e vice-versa.

Diante desta perspectiva, os saberes e as práticas dos atores sociais nas interações dos atores sociais no planejamento das atividades devem torna-se molas propulsoras para tornar efetiva a conquista poder compartilhado e cooperado. Seria utópico pensar isso? Não diz-se para isto nem sim nem não, no entanto percebe-se o tamanho do desafio. Mas não se percebe outra opção que não seja a de compartilhar responsabilidades e compromissos transversalizados no exercício do poder quando se analisa o SUS em seus princípios norteadores e constituidores, pois seja qual for a estratégia utilizada para esta conquista, entende-se que é na realização das atividades, e considerado o saber que a sustenta os entendimentos dos atores, é que se conseguirá alcançar o objetivo traçado pelo qual se está verdadeiramente lutando. É através do poder social que a transformação ou mesmo a conservação da sociedade, dos sistemas, dos modelos ocorrerá, porém, é no poder das

relações cotidianas que isto poderá acontecer ou permanecer, a partir da definição do que fazer e como fazer. É neste âmbito que estão inseridos os mecanismos de dominação dos indivíduos, que se reproduzem na dominação de uma classe pela outra ou de um grupo pelo outro.

Testa (1992) distingue o poder em saúde em três tipologias: o poder administrativo correspondente as atividades e os processos que envolvem a capacidade de apropriar-se, de alocar e manejar os recursos; poder técnico que corresponde a capacidade de gerar, aprovar e manipular as informações de características distintas do setor saúde, usando adequadamente conhecimentos e suas tecnologias e o por último o poder político entendido como a capacidade de mobilizar os diferentes atores sociais para defesa de seus diferentes interesses e necessidades.

Ampliando-se essa a discussão acerca do poder e do planejamento em saúde no processo de implementação do SUS, Abreu de Jesus e Assis (2011) propõem uma matriz analítica para discutir da categoria poder, cujas dimensões foram identificadas como a simbólica, filosófica e ideológica; a político-econômica; e a das práxis, conforme o Quadro 14 retirado da produção citada.

Quadro 14 – Dimensões analíticas do poder

P O D E R		
DIMENSÃO SIMBÓLICA, FILOSÓFICA E IDEOLÓGICA	DIMENSÃO POLÍTICO-ECONÔMICA	DIMENSÃO DA PRÁXIS
<i>PODER SIMBÓLICO PODER FILOSÓFICO PODER IDEOLÓGICO</i>	<i>PODER POLÍTICO PODER TECNOCRÁTICO PODER ECONÔMICO</i>	<i>PODER TÉCNICO PODER REACIONÁRIO³</i>
SIMBOLISMOS; SIGNOS; SENTIDOS; SIGNIFICAÇÕES; CULTURA; FILOSOFIAS; IDEOLOGIAS; REALIDADE SIMBÓLICA; REPRESENTAÇÕES SUBJETIVAS; MANIPULAÇÃO.	JOGO DE INTERESSES; DISPUTA; RELAÇÃO DOMINAÇÃO / SUBORDINAÇÃO; HEGEMONIA; ORGANIZAÇÃO PARA A PRODUÇÃO; ALIENAÇÃO; SILENCIAMENTO; VELAMENTO DO SUJEITO; REALIDADE OBJETIVA; REPRESENTAÇÕES OBJETIVAS; LEGITIMAÇÃO DA FORÇA.	DETERMINAÇÕES SOCIAIS; LUTA CONTRA-HEGEMÔNICA; AUTONOMIA; CO-PRODUÇÃO DE NECESSIDADES; (DES) ALIENAÇÃO; LIBERTAÇÃO; DESVELAMENTO DO SUJEITO; REALIDADE SUBJETIVA; INTERVENÇÃO.
PRÁTICAS, ESTRUTURAS E FORMAÇÕES CONSERVADORAS.	PRÁTICAS, ESTRUTURAS E FORMAÇÕES CONSERVADORAS.	PRÁTICAS TRANSFORMADORAS, ESTRUTURAS REVOLUCIONÁRIAS E FORMAÇÕES LIBERTADORAS.
TOTALIDADE CONCRETA		
<i>IDEAL SIMBÓLICO, FILOSÓFICO E IDEOLÓGICO</i>	<i>IDEAL POLÍTICO E ECONÔMICO</i>	<i>IDEAL LIBERTÁRIO</i>
TOTALIDADE IDEOLÓGICA E OBJETIVA	TOTALIDADE POLÍTICA, ECONÔMICA E CONTEXTUAL	TOTALIDADE HISTÓRICA E SUBJETIVA
MANUTENÇÃO DO <i>STATUS QUO</i>		MUDANÇA OU TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE

Fonte: Abreu de Jesus e Assis (2011, p.109).

Nesse sentido, a dimensão simbólica e filosófico-ideológica estudaria, nas relações de poder, os componentes simbólicos, as significações, as ideologias e as representações dos sujeitos, entendendo que essas relações são construídas a partir de práticas, estruturas e formações, que, na sua totalidade concreta, podem se apresentar como conservadoras ou como transformadoras, dependendo da ideologia dos diferentes sujeitos que compõem os grupos sociais em situação de hegemonia ou contra hegemonia. A dimensão político-econômica coaduna com a proposição de Campos (2000), em paralelo ao que

explicitará ser a dimensão política o espaço onde se disputa expressivamente o poder, é colocada pelos autores como aquela que possui maior complexidade, haja vista comportar em si diversas contradições. Seria então a dimensão “escondida” nas relações de poder que se estabelecem no cotidiano das estruturas, corroborando as ideias de Testa (1992;1994; 1995; 1997) e mais recentemente Bobbio (2003; 2005), acrescentando que o poder político é o resultado de uma combinação entre o saber e a prática, numa lógica racionalista, porém dialética, cujos elementos apontam para a utilização da força como instrumento de manutenção do poder dirigida pelos interesses das classes dominantes. A dimensão das práxis, colocada como a dimensão da prática para a transformação da sociedade, pois trabalha com a produção e com a reprodução social. Esta converge com o colocado por Campos (2000) na identificação das práxis como uma capacidade de interferir sobre uma realidade, transformando-a ou mantendo a ordem instituída, esclarecendo-se que a práxis do poder ou o poder de umas práxis teriam as potencialidades capacidade para intervir e transformar a realidade, um desafio conceitual e prático que se estabelece no campo da Saúde Coletiva, especificamente na arena do Planejamento em Saúde.

Então, retomando-se as discussões acerca das interações dos gerentes na APS de Fortaleza, recortadas na pela análise de relações de poder, vislumbra-se assim que as reuniões regulares e sistemáticas precisam ser ressignificadas pelos seus atores sociais a fim de promoverem entendimentos consensuais da importância e dos compromissos para com essas, que possam ser então melhores planejados a fim de promover a mudança de cultura em que a gestão se dá realmente para o fortalecimento e alcance reais das proposições de mudanças de paradigma que corrobore com o Modelo de Gestão e Atenção em Saúde definidos e transversalizados nas metas e objetivos do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2014-2017). Podendo ser tais momentos de interação também pautados na promoção de uma formação continuada dos sujeitos envolvidos para uma efetiva disposição do planejar numa perspectiva de transformação de cada realidade na produção do cuidado integral em saúde. Sugere-se adoção ou mesmo conformação para efetivação do que se conhece como Método de Cogestão de Coletivos (CAMPOS, 2000; 2007).

Pois as relações percebidas verticalizadas estariam construídas por diferenciados entendimentos dos atores sociais e “escondida” nas relações de poder que se estabelecem no cotidiano das APS de Fortaleza, correspondendo as estruturas simbólicas do planejar que estão pautadas no poder político, resultando de uma combinação entre o saber e a prática dos que a fazem, por vezes instrumental, racionalista, porém não contudo e necessariamente dialética dado a manutenção dos velhos entendimentos dos trabalhadores da APS acerca do

poder que deteria a gestão por meio de processos de trabalhos especializados e alienados que cada indivíduo faz sua parte sem vislumbrar o todo. Não havendo assim umas práxis que se assentam na discussão e construção do empoderamento dos Macroprocessos da APS, no sentido de libertar os atores sociais de suas concepções e da instrumentalidade do planejamento para a construção coletiva de um poder compartilhado e que usa o planejamento como um dispositivo de possibilidades transformadoras.

A dificuldade que temos é implantar os macroprocessos de forma efetiva, o ACS, o médico, o enfermeiro entender que agora ele precisa registrar as ações desenvolvidas no prontuário eletrônico para fortalecer todos os macroprocessos da atenção básica (TUTOR DA APS).

Tem gerente da unidade que não exige, que fica com receio, mas se a gente tem a ferramenta do prontuário porque não facilitar, outro profissional pode acessar em outro equipamento, direcionando melhor o atendimento, mas de maneira progressiva esses valores vão mudando quando percebem as mudanças, é a resistência inicial mesmo (ARTICULADOR DA APS).

Assim, inspirados em Campos (2000,2007), compreende-se o desafio de pensar redes e concebê-la como espaço de produção coletiva e a partir do Método de Cogestão de Coletivos é necessário, no sentido de admitir que se trata da gestão do trabalho em equipe e que, portanto, desdobra-se na produção de trabalho que agrega valor para a gestão e os trabalhadores numa rede de relações mais coesa de entendimentos, sentidos e significados compartilhados. Nessa perspectiva, pensar em redes de cuidado à saúde requer abrir-se para gestões democráticas com cogestões, o que implica algumas funções básicas:

uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; outra de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a construção de sujeitos (CAMPOS, 2000, p.14).

A cogestão de coletivos teria a potência para influir sobre aspectos subjetivos pertinentes a micropolítica, a partir da reflexão crítica dos saberes, das práticas e das relações que conformam os serviços de saúde, na perspectiva de superar a alienação presente nos modelos de gestão tradicionais, na dicotomia de líderes e subordinados, bem como na separação dos produtores dos meios de produção e do resultado de seu trabalho, tomando-se aqui a alienação do trabalho. Portanto, investir nas perspectivas de atores sociais com capacidade de análise e intervenção implica aumentar coeficientes de autonomia. Devendo haver, segundo Campos (2007), um equilíbrio entre controle e autonomia no que concerne ao estabelecimento de compromissos sociais e na definição de objetivos compartilhados. Mas que é possível, pois

sempre haverá algum grau de compromisso entre produção de valores de uso para atender as necessidades sociais e o interesse e desejo dos trabalhadores, sem o que,

nenhum Coletivo se organizaria. Esta formação de compromissos é o cimento que une Sujeitos em Coletivos Organizados para a produção (CAMPOS, 2007, p. 72).

Desse modo, a cogestão pressupõe o exercício do poder de forma compartilhada e não de modo isolado ou solitário. Não se trata do exercício do poder absoluto ou de sua negação, mas de deixar explícito e não às escondidas as correlações de forças presentes nas organizações, reconhecendo que todos detêm determinados coeficientes de poder. Com base nessa consideração, admite-se que sempre haverá avanços, tensões, conflitos e contradições entre a missão organizacional e os interesses dos trabalhadores, gerando disputas por espaços nos quais se exercem certo poder que tentam de um modo ou de outro defender os interesses de cada indivíduo ou corporação. Essa lógica vislumbraria pseudomecanismos de fortalecimento dos sujeitos e coletivos, possibilitado a partir da condução de maior força nas relações do exercício do poder, mas tem-se o reconhecimento de que o sujeito não será expropriado de seu exercício se os processos de gestão permitem contextualizar a partir das vivências e das experiências de ampliar o protagonismo dos sujeitos e cooperação de resultados coletivos (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010b).

Convergente com esse pensamento, Cecílio (1999) refere-se que operar modos de gestão democráticos com fortalecimento dos sujeitos implica a criação de contextos de negociação, nos quais se encontram e se confrontam as variadas racionalidades organizacionais, com base na ideia de que em si a direção ou governo terá o poder limitado de imprimir a racionalidade da organização, sem não enfrentar um complexo e necessário permanente de canais de negociação que contemple e envolva todos os atores organizacionais.

Cabe, ainda, assinalar que a proposta de Campos (2000; 2007) comporta um conjunto de tecnologias que permitem ampliar a capacidade de intervenção das equipes de saúde, tanto nos processos de gestão quanto de atenção à saúde, possibilitando inclusive aumentar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde mediante uma articulação em rede. Pertinentes as proposições estabelecidas pela definição do Modelo de Atenção e Gestão em consolidar a APS de Fortaleza como o nível de atenção coordenadora e ordenadora e articuladora de cuidados na RAS.

Tais tecnologias foram agrupadas por Onocko-Campos (2007) em arranjos e dispositivos de gestão, dos quais um desses são os Colegiados de Gestão e unidades de produção entendido como arranjos de funcionamento regular, com normas previamente acordadas, ou seja, tem caráter estrutural e aparecem no organograma. Impõem mudanças nas linhas de como dando as coordenações, gerências ou diretorias especializadas, e instituem as unidades de produção identificada pelo produto em que toda unidade de produção deve ter um

espaço colegiado de deliberação e discussão clínica. Os coordenadores dessas unidades, todos juntos, compõem o colegiado de gestão, que delibera as questões gerais, os rumos da organização.

De modo singular, isso se faz presente no contexto analisado do Planejamento das ações da APS de Fortaleza a partir da existência da necessidade de se produzir estratégias de mediar conflitos gestão, gerência, trabalhadores da saúde, na medida em que, percebidos as reclamações dos trabalhadores na implantação dos Macroprocesso da APS, fora definido e fomentado pela gestão os Colegiados Gestores em cada uma das UAPS. É o que se percebe na colocação acerca das dificuldades e estratégias de resolução das situações de conflitos do processo de planejamento prenunciada pelos gerentes.

No primeiro momento, uma queixa muito grande dos processos, uma falta de comunicação e com as informações chegando muito verticalizadas. Porque das oficinas os gerentes implantariam o acordado e quando chegava na hora de fazer muitas vezes ele fazia só, não envolvia a equipe então, o pessoal não entendia o motivo do que se estava fazendo (ARTICULADOR DA APS).

No início as dificuldades de implementação eram pela falta de comunicação, mas então desde 2015 uma das ações que fizemos foi implantar em todas as unidades um colegiado gestor para fazer a cogestão da unidade. E tem uma participação dos profissionais (ASSESSOR TÉCNICO DA CEAPS).

O que a gente começou a perceber era que tinha gerente que não envolvia a equipe, mas com a criação do colegiado, por exemplo a territorialização o gestor ao invés de chegar e querer fazer na hora ele tem que sentar com os profissionais, o colegiado tem que ser eleito, pelo menos um profissional de cada categoria, tem que ser feita uma sequência, um registro. E ideia é que seja então tudo socializado (TUTOR DA APS).

As limitações da estratégia como referenciado está ainda na recente criação, bem como nos entendimentos das funções e compromissos que devem ser assumidos por cada um dos atores sociais que configuram os espaços vivos dos territórios da UAPS. No sentido, que essas delimitações de cargos e funções não se encontram estabelecidas em organograma e /ou outros documentos oficiais e geram tensões de qual os reais afazeres de cada uma das denominações criadas na gestão, sejam eles articuladores, tutores ou gerentes. Mas não tratar-se-á dessa questão na categoria das Relações da APS, sobretudo em relação as ações tarefas desenvolvidas pelos tutores da APS.

Destarte, a ação se aproxima da configuração de processos de gestão compartilhada e participativa, formulada por Campos (2007, p. 72), que se assegura a participação dos usuários, “mas não com o mesmo sentido e proporção dos trabalhadores”, os usuários deveriam compor os conselhos gestores por mecanismos de representação, mas não teriam assento nos colegiados, espaço privilegiado das equipes de saúde Assim, acredita-se que na perspectiva do planejamento comunicativo essa ação enfraquece os processos, pois

como excluir que é a parte mais fundamental e para quem se direciona todas as etapas que finalizam e vivificam em atos a cadeia de valor ?

Este aspecto é outra limitação identificada, problematizado por Guizardi e Cavalcanti (2010a; 2010b), por comentarem criticamente os efeitos que podem desvelar dessa diferenciação entre as implicações/representações dos e para os grupos sociais nos espaços de gestão. Segundo os autores, ao se atribuir maior relevância à participação dos trabalhadores, o conceito de cogestão proposto poderá permitir as limitações das reproduções dos modos como as instituições eram geridas no modelo racional/burocrático/taylorista e por vezes são de um modo ou de outro (des)apropriadas por usos corporativistas e privatistas, indo em direção oposta, contrária ao projeto de efetiva publicidade das informações e democratização. Outrossim, o enfoque na construção de redes com serviços integrados e cuidados coordenados por e nas ações e atos vivos das equipes de APS com o protagonismo para reorientação dos sistemas de saúde são preconizados pela OPAS e OMS com perspectiva abrangente e renovada que não a reprodução de antigos modelos, explicitando de fato os valores, princípios e elementos da democratização a partir de evidências de resultados exitosos (OPAS, 2008; OPS, 2009; OMS, 2008a).

Nessa perspectiva de análise de poder, deve-se considerar que dos fluxos de atendimento propiciados pelas intervenções que compõem o cuidado à saúde da população, a implantação dos macroprocesso da APS em Fortaleza devem representar uma tentativa de entendimento sobre as trajetórias percorridas pelas pessoas em suas demandas e dificuldades e os dispositivos ofertados neste caminhar pela saúde, com a identificação e elucidação dos “nós críticos”⁹ para proporcionar consciência crítica que impulse a remodelação das estruturas tradicionais de assistência em saúde e a modificação dos processos operados no cuidado da população. Assim, o contexto social deve integrar a construção das políticas de saúde principalmente na área de atuação voltada para a construção da APS. Esta integração ocorre pela natureza da ação primária que concerne num espectro promocionista da vida humana, portanto, permeado pela vida social representativa de seus sujeitos.

Na consolidação da APS no contexto brasileiro, é preciso uma compreensão sobre a natureza da mesma, pois não se pode concebê-la apenas como estratégia de prevenção de agravos e sim, determinada pela sociedade em seu modo de viver e relacionar-se com o contexto social. Vale salientar que é no território onde as relações de vida ocorrem e as

⁹ Nó crítico é a causa do problema que tem três características: causa cuja solução terá impacto na solução ou minimização do problema; causa cuja solução haja disponibilidade de recursos políticos, administrativos e técnicos; causa cuja solução contribui para a solução de outras causas problemas (MATUS, 1993; 1997).

peças mantêm interações entre si, onde e quando determinadamente, o processo saúde-doença mantém seu equilíbrio ou desajuste. Assim, as atividades operadas por processos que são conhecidos da equipe multiprofissional e se dão com incorporação dos saberes comunitários na composição dos protocolos clínicos singulares devem envolver os processos de maior participação para delinear uma resolutividade voltada para a necessidade de saúde das pessoas atendidas e a participação das mesmas ocorre pelo sentido da vida, e, não mais pelo adoecimento. Nesse sentido, a construção de metas e objetivos de cobertura assistencial para o enfoque epidemiológico e sanitário deve interpor os projetos terapêuticos integrais e singulares da comunidade na resolução de problemas, em que o papel transformador deve se dar na modificação da abordagem e no sentido do que se observa nesta relação, ou seja, a condição de saúde deve estar implicada com a vida social e assim resgatar todos os elementos deste processo de sobrevivência, tais como: condições de moradia, renda, saúde, alimentação, lazer, dentre outros.

É salutar então destacar que a uma compreensão de alguns dos gerentes para as realidades de cada território das UAPS de Fortaleza, no sentido de vislumbrar a produção de transformações de realidades a cada contexto. Embora essa não tenha sido a percepção mais convergente da realidade estudada. Mas embora pontual são de extrema relevância no sentido de serem reconhecidas como caminhos animadores e possíveis. Desta percepção interpreta-se que a operacionalidade cotidiana não está dominada pelo “deve ser” como um padrão de fórmulas/estratégias que fora pensado apenas por um grupo de atores nos momentos de oficinas e/ou orientação de uma consultoria, pois se assim somente fosse, o planejamento não seria um dispositivo que possibilita transformação, mas sim estaria fadado ao fracasso unilateral de uma perspectiva normativa em que os técnicos que deteriam o poder de ditar os processos de como estes deveriam ser, de um ponto distante em que as arenas de tensões e conflitos não se fazem presentes.

O gerente com a equipe vai fazer um plano de ação a nível local, a partir disso nós fazemos um plano de ação a nível regional de como vamos apoiar aquela a unidade. Em cada na regional há necessidades e dificuldades (ARTICULADOR DA APS).

Na organização a gente realiza de início o diagnóstico. Visita as unidades, ouvir os profissionais, por vezes a população tem o conselho participando (TUTOR DA APS).

É uma construção conjunta, hoje, a gente tem um conselho local de saúde mais atuante, mas isso em muitas das unidades ainda é um desafio e uma realidade bem distante. O território, sempre a gente está revendo, eles sentem a necessidade e pede o apoio, para reunir os profissionais, rever delimitação, redistribuir ou criar equipe para ampliar a cobertura, daí é reterritorializar, porque surgiu uma demanda diferente, que não é aquela que se pensou num plano macro (TUTOR DA APS).

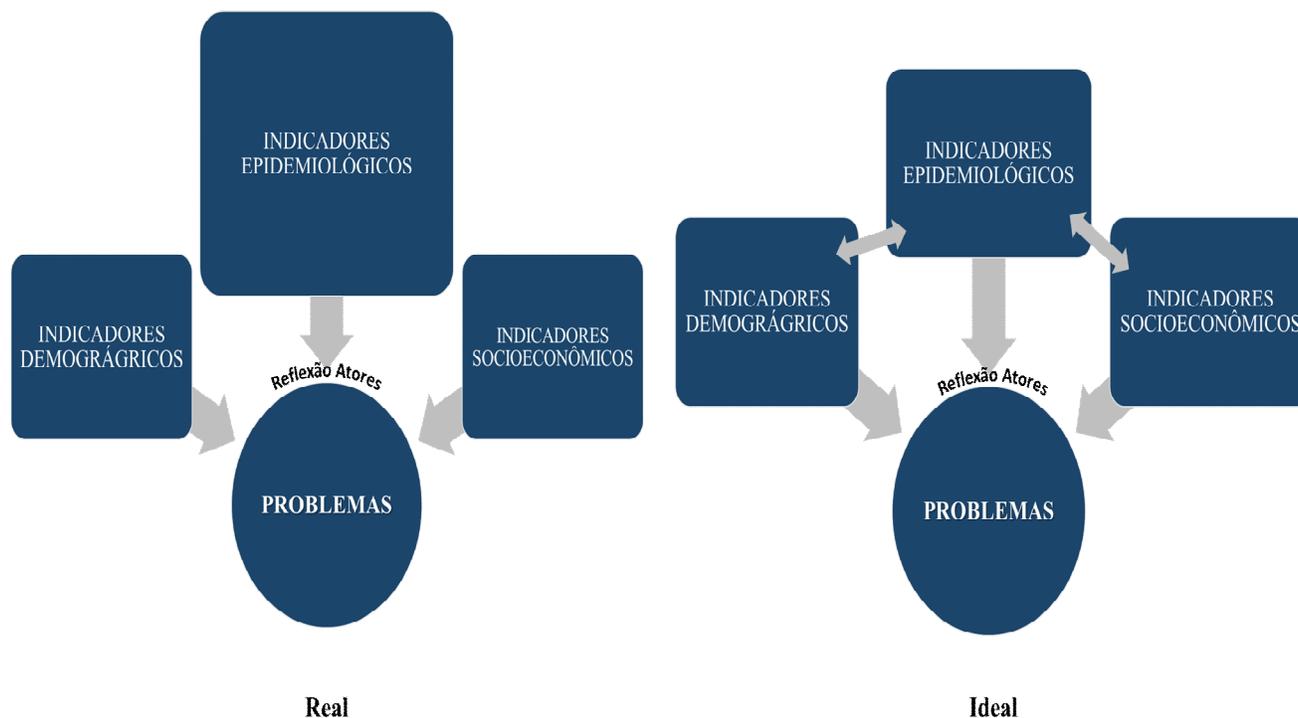
Este é o caminho acreditado! A continuidade dos processos em cada unidade analisando suas realidades e situações locais. Não por total se não fosse o “*por vezes a população tem o conselho participando*” e “*é um desafio e uma realidade bem distante*”. É esperançoso o caminho que os atores (des)velam da possibilidade de entendimento das realidades locais para com o planejamento como um dispositivo que pode transformar a realidade. De tal modo que acredita-se que a postura de concepção pormenorizada que seja é uma luz para diminuir o vácuo dicotômico da relação teórico-prático, daquilo que pode ser chamado de “deve ser”, “pode ser” e o que “de fato é”.

Denota-se que nesse processo, o mais ideal que o real configurado, seria a seleção de prioridades a partir de um equacionamento da utilização de critérios objetivos de decisão, mas também considerando as subjetividades dos atores envolvidos. Mas de fato o que se tem na literatura e na prática da área de planejamento na APS provêm da lógica dos “critérios objetivos de seleção do problema do método CENDES-OPAS”, que tratam da magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos¹⁰. Os três primeiros operam em proporção direta; o último, em proporção inversa, ou seja, quanto maior a magnitude, transcendência e vulnerabilidade do problema, maior a evidência do que deve ser priorizado, e quanto menor o custo de intervenção, mais é o indicativo da possibilidade de ser priorizado (RIVERA; ARTMANN, 1999; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998; TEIXEIRA, 2010).

Entende-se que a lógica de um modelo economista é ainda por ventura predominante em que as avaliações dos objetivos das organizações estão ainda muito atreladas aos números de indicadores, mas sem uma leitura criteriosa do que de fato esses revelam. Necessitando sobretudo que seja pensado as avaliações dos resultados a partir da ótica que contemple a visão não apenas de quem compõe os cargos de gestão a partir de dados epidemiológicos, mas sim que sejam pensados numa perspectiva de fato de controle social que envolva gestores, trabalhadores de saúde e sobretudo os usuários do SUS, equacionando as reflexões dos atores acerca das questões de saúde (Figura 20), que devem contemplar os indicadores epidemiológicos, econômicos e sociodemográficos que (des)velam as situações vivenciadas pela população, pois afinal é para esses e por esses que objetivos e metas são, ou ao menos deveriam ser, traçados no processo de planejamento em saúde.

¹⁰ A magnitude relacionada com o tamanho do problema, considerando quantas pessoas são atingidas e com qual frequência. A transcendência trata-se da importância do problema. Quanto mais gente se interessa, maior transcendência e importância tem o problema. A vulnerabilidade é o grau de fragilidade que um problema tem quando se desenvolvem as intervenções possíveis com a tecnologia disponível. Quanto mais fácil é a possibilidade de um problema ser resolvido ou diminuído por meio de uma intervenção, mais vulnerável ele é. Os custos são referentes à quantidade de recursos que precisam ser disponibilizados para solucionar o problema (TEIXEIRA, 2010).

Figura 20 – Necessidades de equacionamento nas reflexões dos atores acerca das questões de saúde



Fonte: elaborado pelo autor

Pontua-se essa questão acerca da necessidade de equacionamento da reflexão dos atores acerca das questões de saúde a partir da captação que pouco existe e/ou inexistente uma consolidação de representação dos diversos atores que estão envolvidos na operacionalidade cotidiana do fazer/acontecer a transição do “deve ser” para o “pode ser” que envolve a viabilidade e factibilidade do planejamento em saúde.

Nesse sentido, destaca-se o trecho representativo de convergência e intrigante do discurso de uma das Tutoras da APS – *“Hoje, a gente tem um conselho local de saúde mais atuante, mas isso em muitas das unidades ainda é um desafio e uma realidade bem distante”* –, no que concerne a efetiva participação da comunidade nos processos de planejar, monitorar, controlar e avaliar, pois esta seria uma lógica fundamental, afinal é a sociedade quem paga a conta, que faz investimentos, que efetua os custos para manter as organizações de saúde públicas funcionando. Assim, nada mais adequado que conhecer e reconhecer a comunidade na corresponsabilidade das questões de saúde de seu território. Afinal, não seria ela quem patrocina a organização e não seria ela o seu sujeito de direito, ou seja, a sua razão de existir? O objetivo das instituições de saúde pública, no que concerne a promover a saúde

desta. Além disso, não seria ela a detentora do conhecimento e detalhamento dos problemas, sobretudo a construção de suas identificações e explicações?

Reconhece-se então uma efetiva limitação do que se conhece acerca do Momento Estratégico do PES. Pois é por ventura da consolidação desse momento que se constrói a factibilidade e a viabilidade do plano, efetuando uma análise mais abrangente do que no momento normativo, tendo está o intuito de seus diversos atores detectarem as dificuldades e facilidades gerais que estão nas tramas da operacionalidade cotidiana. Devendo-se considerar que somente a mais completa definição do problema não é a garantia de solução, pois o melhor plano operativo poderá ser insuficiente para a intervenção se não for construída a viabilidade de solução, o que normalmente envolve mais atores sociais dos que os que de fato se colocam com a real disposição do processo de planejar.

É preciso fomentar de maneira melhor com diferenciados atores que não há plano individual ou isolado que tenha poder de sustentabilidade, que não dá para se ter processo de trabalhos separados com cada um fazendo somente uma tarefa. E analisando os problemas com um olhar estratégico estes necessitam perceber a real dimensão da factibilidade e da viabilidade do plano operativo, é preciso analisar as ações propostas, separando-as em dois grupos para não serem frustrados as boas e melhores intencionalidades e desejos de realização coletiva, por menor que seja, tais grupos seriam; analisar as ações que podem ser realizadas apenas pela sua equipe com os recursos que ela possui e se fazendo estas sem justificativas problemas de outras que não as envolve, ter-se-ia nessa postura e nesse compromisso uma possibilidade real de transformação, e no outro grupo separar as que precisarão de outros recursos e apoios para serem realizadas. Entende-se que nessa a partir dessa análise pode se avaliar o interesse e o valor que os atores sociais lhes dão. Com essa avaliação, é possível eleger a melhor forma de interação com esses atores, buscando preservar o plano e, principalmente, aumentar a sua capacidade de realização, construindo a viabilidade e factibilidade através da associação e agregação de interesses e valores.

Abreu de Jesus e Assis (2011) colocam então que o objeto do planejamento, permeado pela discussão do poder e da realização enquanto capacidade assume as dimensões do simbolismo filosófico-ideológico, da política e das práxis para responder as ideais de totalidade (objetos reais) que visam: ou a manutenção do status quo, ou a transformação da realidade. Tal entendimento é melhor explicitado na sugestão de que o planejamento em saúde para a manutenção do status quo seria uma ressignificação do planejamento normativo, concentrado no consenso da base populacional para decidir problemas econômicos de apropriação, destinação de recursos e distribuição de produtos aos casos em que o poder é

compartilhado como reflexo de conflitos sociais, cujos problemas são organizativos e sinalizados em diversos níveis; e o planejamento em saúde para a transformação da realidade, uma ressignificação do enfoque estratégico, pautado numa visão dialética de sociedade, situando o ator social no campo situacional, relacionando-o a elementos políticos, econômicos e sociais que conformam a sua totalidade complexa.

A práxis do planejamento na área de saúde, portanto, deve ser um dispositivo mobilizador das interações entre os atores sociais na busca da efetivação ampliada da clínica como uma prática transformadora, que produza mudanças e conscientização acerca das condições de vida das pessoas. Percebe e indica-se então que a organização dessas interações possam até mesmo ser pensadas das velhas e clássicas funções administrativas básicas. No entanto, com o diferencial, o de definição de consensos e implicações do que de fato que se planejar/construir e consumir. Isso requer e envolve uma formação continuada e um alinhamento conceitual para se pactuado por tais atores, mas de forma simples e baseadas nessas e com a perspectiva de luz acesa a sobrepor-se a visão taylorista e fundamentada na perspectiva globalizada e sistêmica pode sim promover-se mudanças a partir da simples aplicação das clássicas funções administrativas as variadas possibilidades de se pensar/fazer/acontecer o Planejamento na Atenção Primária em Saúde (Figura 21), no contexto de que a APS está inseridas as organizações na sociedade ultramoderna que requer ações administrativas, o que não difere de forma alguma o pressuposto em que se é pensado a Saúde Coletiva, em que sabe-se que luta por projetos sociais de uma consolidação de um SUS pautada na universalidade de acesso e na integralidade do cuidado em saúde. Portanto, dizer-se ia tratar de um processo complexo que envolve o conflito de sujeitos e de organizações que podem ter interesses diferenciados em suas relações. Exigindo então da sociedade, sobretudo dos defensores do SUS um esforço para se manter conquistas que devem avançar para uma contínua busca de eficiência e efetividade da Gestão em Saúde, que jamais pode ser pensada sem realizar um coerente planejamento em saúde.

Figura 21 – As clássicas Funções Administrativas como luz acesa ao Planejamento na Atenção Primária a Saúde



Fonte: elaborado pelo autor

A expressão luz acesa poderia ser interpretada como um pleonismo, mas se acredita que não, pois os territórios da APS estariam cheios de luzes (atores sociais) que por suas complexidades e resistências ao novo ou ao fortalecimento de mudanças não conseguem irradiar ou ser luzes ou ainda ver ou deixar perceber os brilhos das energias dispensadas (recursos materiais, tecnológicos e financeiros) para promover efetivas transformações por meio do planejar/fazer/acontecer que se dá a partir de consensos e pactuações coletivas. Seria de fato romântico tudo isso? Não. Idealizador? Talvez, mas o que seria ou ter-se-ia se não fosse as molas propulsoras da idealização. Ademais, a instrumentalidade do planejamento não é suficiente. Ela pode ser apenas meio, mas não o caminho consubstanciado como o todo. Esclarece-se ainda que a proposição da Figura 21 não tem nenhuma pretensão de ser assumida como orientadora dos processos de planejamento da situação estuda ou de outra. Não só por suas limitações criativas e relacionais teóricas, mas por acreditar que de modelos teóricos a academia estaria farta, mas infelizmente coberta por seus muros que impedem um diálogo real

com a território do campo prático do Planejar em Saúde. Mas acredita-se de alguma maneira que aplicação na prática profissional do seu elaborador, por pequena que seja, torna-se valorosa e de extrema valia, mesmo que o contexto assistencial seja outro.

Segue-se a análise e discussão dessa luz acesa baseado nas concepções de Oliveira (2007), Maximiano (2004) e Drucker(2002), renomados autores da Ciência Administrativa. Sintetiza-se então o Ciclo Clássico das Funções Administrativas que é aglutinado na fundamentação teórica das disciplinas da Saúde Coletiva (Epidemiologia/Administração e Planejamento/Ciências Sociais), encontrando-se uma convergência relacionada com o proposto no Triângulo de Governo, de um dos pioneiros e influenciadores do Planejamento em Saúde, de Carlos Matus (1997).

De maneira que isto é articulado de forma pertinente nos momentos até aqui evidenciados do Planejamento em Saúde da APS de Fortaleza, quando apresentado o *processo de planejamento* que incorpora a ideia de definição de objetivos, formulação de estratégias com análise da realidade, buscando oportunidades e ameaças, além de alianças que aumentem a capacidade de executar o plano, destacando-se a construção do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2014-2017), do Plano Diretor da APS de Fortaleza, bem como a etapa de *organização-desenvolvimento* no que diz respeito à logística de disponibilizar os recursos necessários para a execução das ações planejadas no tempo oportuno e no lugar adequado, incluindo a ampliação e as reformas de prédios e equipamentos e ainda o fortalecimento dos sistemas de apoio e logística da APS com aumento de cobertura na RAS e com preocupação da Gestão de competências na formação das pessoas envolvidas no que engloba as ações que potencializam os desenvolvimentos dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para o sucesso do plano. Tais funções administrativas são bem pertinentes no Triângulo Matusinao ao referir-se ao *Projeto de Governo* e a *Capacidade de Governo*.

A etapa da *execução-direção* é a que incorpora o processo de tomada de decisões e a execução das ações programadas, considerando permanentemente a oportunidade para executar os projetos e adaptá-los ao contexto em que a ação efetivamente acontecerá, tendo-se então análoga relação com o vértice da *Governabilidade* referido por Matus (1997), que trata das variáveis que são controladas pelo ator, em que quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema.

Por último, a etapa de *Monitoramento, Controle e Avaliação*, com a qual estabelece-se também relação com a *Governabilidade*, corresponde ao momento em que se busca verificar se as ações foram efetivadas da maneira como haviam sido pensadas no “deve ser”, com análise acerca do impacto que as ações proporcionaram mudanças/transformações

na realidade; dentre os objetivos e metas, verificam-se quais os que resultados foram atingidos, e o que poderia ser modificado na continuidade da gestão para que se possa ter uma maior eficiência, eficácia e efetividade, tendo as informações avaliativas a base potencialidade de redirecionar um novo ciclo.

Entende-se que a percepção deturpada de controle rígido e relacionada ao poder do ator junto as variáveis remetem a cultura não produtiva das interações que ficam evidenciados pelas colocações dos coordenadores regionais, articuladores e tutores da APS de Fortaleza, junto aos também atores trabalhadores de saúde que estão em atos vivos realizando compartilhadamente na medida das viabilidades e factibilidades as proposições nos territórios das UAPS de Fortaleza, envolvendo sobretudo as relações que se estabelecem na operacionalidade cotidiana do planejamento da APS, discutidas anteriormente e ainda adiante na última categoria de análise desta tese.

Mas oportunamente, destaca-se, então, a necessidade de se fazer um “*ciclo vivo das relações no planejamento no SUS*”, que não seja pensado somente pelas regras normativas do planejar/programar/controlar, mas sim num entendimento amplo do que os atores percebem sobre o processo saúde-doença no contexto do espaço social. Exigindo que os trabalhadores de saúde possam atuar de forma integral e que seus equipamentos sociais possam também se articular para por meio da APS de fato promover, prevenir e recuperar a saúde, efetivando uma garantia constitucional do direito ao cuidado à saúde que não se nega as complicações da operacionalidade cotidiana, mas que enfrentam conjuntamente e solidariamente os desafios de modo a permitir um funcionamento do sistema de serviços de saúde capaz de atender as necessidades dos seus usuários.

Destarte, antes de pontuar e discutir o ciclo vivo das relações no Planejamento em Saúde na APS de Fortaleza, continuar-se-á apresentando mais especificamente as estratégias que na operacionalidade cotidiana tem possibilitado o monitoramento, controle e avaliação das ações desenvolvidas de modo a fortalecer a APS.

4.2.2 Monitoramento, controle e avaliação: a gestão da APS gerenciada com foco na construção de redes de cuidados crônicos?

Em análise criteriosa foi evidenciado que as estratégias que têm possibilitado os mecanismos de monitoramento, controle e avaliação da APS estão direcionados, organizados e orientados pela implementação dos macroprocessos da APS, que estão estruturados, prioritariamente, a partir dos fortalecimentos das Redes de Atenção à Saúde Prioritárias

(Doc.2 e Doc.3), bem como colocados pelos gerentes a partir de uma justificativa epidemiológica da análise situacional estudada.

A gente tem buscado realizar de forma sistemática tanto o controle e avaliação de todos os dados não só dos indicadores de saúde que são preconizados, mas também de dados que permitem uma avaliação da implantação de processos de trabalho (ARTICULADOR DA APS).

O monitoramento e avaliação dos processos de trabalho se dão de forma continuada a partir do entendimento que é por meio desses que ocorrerá mudanças que possibilitarão o alcance de metas e objetivos traçados (COORDENADORA REGIONAL).

Nessa perspectiva, oportunizou-se conhecer como se deu a implementação dos macroprocessos da APS no que concerne ao monitoramento, controle e avaliação, considerando desde o momento da consultoria a operacionalidade cotidiana nas UAPS de Fortaleza. Identifica-se os caminhos percorridos para que esses possam ser efetivados e possam contribuir de fato para consubstanciar processos avaliativos que considere-os ou não no direcionamento de transformações necessárias para o atendimento aos usuários no território, ou se seriam apenas ferramentas de uma lógica teórica instrumental de técnicos planejadores, que não se aplicaria a realidade. É sob essa ótica que se toma a apresentação e discussão desses macroprocessos articulados a um caminho de possibilidades e reflexões.

Constata-se então que a partir do momento de dispersão da primeira oficina da consultoria realizada no município, a qual tratava de um alinhamento conceitual acerca da APS, os gerentes das unidades, articuladores e tutores da APS assumiram o compromisso de repassar o conteúdo aos trabalhadores de saúde nas UAPS, bem como reproduziram atividades aplicadas ao contexto de cada unidade, a exemplo da aplicação do PCA TOOL BRASIL – Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária a Saúde – VERSÃO PROFISSIONAL (BRASIL, 2010).

O instrumento aplicado foi criado por Starfield e colaboradores (STARFIELD, XU e SHI, 2001). O PCATool mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e dos atributos derivados da APS com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005) na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Complementarmente um estudo acerca da temática descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde (CAMPBELL, ROLAND e BUETOW, 2000). Assim, o PCATool preencheria uma lacuna de um instrumento para a finalidade em nosso País. Sendo o PCATool Brasil relacionado a estrutura e processos que permite conhecer e avaliar o perfil do acesso, da longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, além

de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, podendo-se por meio deste identificar pontos que requerem atenção especial de estratégias de processos e inclusive de educação para a saúde (BRASIL, 2010).

Os resultados do PCATool Brasil aplicados aos Profissionais da APS de Fortaleza, logicamente sob a percepção destes, apresenta resultados que pareceriam adequados e refletiriam uma considerável qualidade da APS, como no exemplo na Quadro 15, que retrata uma das seis secretarias regionais da cidade. De fato cabe a reflexão, uma vez que os dados não coadunam com os desafios que a gestão considera e elenca nos objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde de 2014-2017 (Doc.1), a não ser quanto a questão da acessibilidade, coordenação - integração dos cuidados e da integralidade -serviços disponíveis que ficam com escores abaixo de 6,6, ponto de corte que acima deste considerar-se-ia um alto escore de APS.

Quadro 15 – Resultado do PCATool Brasil aplicado aos Profissionais de um das Secretarias Executivas da APS de Fortaleza

ESCORE		
ATRIBUTOS ESSENCIAIS	AJUSTADO	ESCALA DE 10
A) ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE	1,72	2,40
B) LONGITUDINALIDADE	2,97	6,57
C) COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS	2,80	6,00
D) COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÃO	2,94	6,47
E) INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS	2,73	5,77
F) INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS	3,03	6,77
ATRIBUTOS DERIVADOS	AJUSTADO	ESCALA DE 10
G) ORIENTAÇÃO FAMILIAR	3,16	7,20
H) ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	3,16	7,20

Fonte: Material extraído do conjunto de arquivos cedidos pela SMS (Doc.6).

Os resultados nas demais Secretarias Executivas são semelhantes aos demonstrados no Quadro 15 e de fato sinalizam o reconhecimento dos desafios por parte dos profissionais de saúde no que concerne aos três atributos essenciais mencionados. O que aponta de forma clara e transparente os desafios da possibilidade do real cumprimento da APS de Fortaleza ser, pelo menos no atual momento, a coordenadora e articuladora da RAS.

Em contrapartida, os demais atributos avaliados na percepção dos profissionais como satisfatório e dentro dos padrões de qualidade merecem alguns questionamentos, que estes mesmos reconhecem e sempre, que pontuavam os avanços, colocavam os desafios. Mas cabe aqui as interrogações que por ventura dos processos de planejamentos esses se fizeram

ou se fazem pertinentes: Como os usuários perceberiam a avaliação realizada pelos profissionais? Corresponderiam aos fatos? Como seria a avaliação realizada pelos usuários em relação aos atributos que foram compreendidos como de qualidade pelos profissionais? Nas áreas prioritárias de atendimentos a população materno-infantil, hipertensos e diabéticos existe de fato a qualidade referida? Há de fato uma validade do questionário aplicado? Quais então seriam os problemas da APS de Fortaleza?

Assim, é pertinente que os processos avaliativos da APS de Fortaleza sejam continuados, realizados e intercruzados com a percepção dos usuários para retratos mais fidedignos da realidade. Mas, se considerando o processo de planejamento, esse exercício é válido para que os profissionais possam refletir e construir uma avaliação com autocrítica das ações em que estão imbuídas suas práticas do fazer e prestar atenção em saúde no cotidiano dos territórios das UAPS. Fazendo-se compreender que os processos avaliativos não são simplesmente para apontar falhas, mas para promover uma construção de governabilidade fortalecida entre os sujeitos coletivos que vivificam o que se denominou aqui de ciclo vivo do planejamento.

Mas é necessário discutir as possibilidades de caminhos e contribuir com apontamentos de experiências existentes e que demonstram resultados promissores ou mesmo exitosos desse modelo que vem sendo adotado. Assim, numa leitura atenta dos diversos livros e textos produzidos por Mendes (1999; 2001; 2002; 2007; 2008; 2010; 2011; 2015) (des)revela o autor, após inúmeras revisões de acerca de aspectos teóricos e práticas, a real e imprescindível existência de sistemas integrados de saúde para uma de redes de atenção à saúde, sendo a integração visualizada como um atributo interno à sua materialização. Podendo essa ser de duas formas na prática, a integração horizontal com semelhança e/ou coincidência na função ou a integração vertical com diferenças de funções e necessidade de complementaridade, mas com ambas devendo superar a ideia hierarquizada e piramidal, atribuindo à APS o *status* de coordenadora dos cuidados. E, nessa órbita, “a coordenação, a articulação de diferentes partes em relações apropriadas para assegurar a efetividade, é diferente da integração, a combinação das partes formando um todo” (MENDES, 2007, p.16). Dessa maneira, a integração dos serviços de saúde tenderia sim de fato a atuar de maneira equilibrada sobre as condições agudas e crônicas, desde que estejam organizadas por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde em formato de redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Nesse sentido, acredita-se, como fora destacado, que a fragmentação do sistema atual da APS de Fortaleza fragiliza a concepção a que se propõe com o número ainda baixo de

UAPS e sobretudo quanto aos dados de percentual de cobertura da ESF. E nessa via contrária, a fragmentação causa baixo desempenho aos serviços de saúde, por conta da dificuldade de acesso aos serviços, perda da continuidade dos processos assistências, incoerência entre necessidade e oferta de serviços, uso inadequado e ineficiente dos recursos disponíveis, incremento desnecessário dos gastos e conseqüentemente pode trazer a baixa satisfação dos usuários (OPS, 2008; MENDES, 2011).

Por consequência natural, evidencia-se, apesar dos esforços mencionados, que a APS de Fortaleza tem também uma demanda reprimida dada a baixa cobertura da ESF, bem como o atraso na oferta de serviços, repetições desnecessárias com os atendimentos que passam a ser repetidos no controle e ações voltadas para condições agudas ou eventos agudos das condições crônicas, uma vez que a equipe da APS foca o cuidado dos usuários que apresentam-se em demanda elevada, em vez de poderem assumir a condição de interlocutor com a APS em direcionalidade e apontamento de um cuidado continuado que se der em outros pontos de diferenciadas densidades tecnológicas da RAS (OPS, 2008; MENDES, 2011; 2015). Em síntese, a fragmentação manifesta-se fundamentalmente “como falta de coordenação e intercomunicação entre os distintos pontos de atenção, duplicação de serviços e infraestrutura, capacidade instalada ociosa em alguns casos ou utilização excessiva em outros, cuidado de saúde fornecido em lugar menos apropriado, particularmente em hospitais, e distribuição inadequada dos pontos de serviços de saúde” (OPS, 2008, p.12).

Para superar a fragmentação em sistemas de saúde Vázquez *et al.* (2009) definem que a integração pode ser considerada o mais alto grau de coordenação. Assim como, a coordenação precisa ser entendida como uma conexão compartilhada de diferentes serviços, necessários para prover cuidado continuado dos usuários, numa articulação de rede integrada para resolver as demandas apresentadas a partir das necessidades dos usuários. Em contrapartida, essa continuidade se relaciona ao modo como os usuários percebem e vivenciam a coordenação e a integração nos serviços.

Daí então acreditar-se que o processo de monitoramento, controle e avaliação do ciclo vivo de planejamento da APS em Fortaleza nessa e muito da avaliação destes usuários, que como fora colocada estão à margem dos processos que consubstancia o pensar/fazer/acontecer os processos de planejamento no território, sendo de fato assim percebidos como passivos e não como atores sociais que possuem as mesmas potencialidades ou oportunidades de tomarem decisões nesse sistema fragmentado.

Mas, como mencionou-se inicialmente será pontuado aqui resultados exitosos da coordenação e ordenação do cuidado realizada pela APS em diferentes experiências

internacionais e nacionais. Então, advoga-se que os resultados exitosos são possíveis, denotando-se a realidade de estudos no cenário europeu, Greß *et al.* (2009), Gérvas e Rico (2005), Saltman, Rico e Boerma (2006) e Wadmann, Strandberg-Larsen e Vrangbek (2009) defendem que os sistemas integrados de saúde devem apoiar-se na APS como coordenadora dos cuidados para atingir alguns objetivos básicos como o cuidado continuado, a longitudinalidade, a resolubilidade dos problemas no nível mais adequado, a melhora progressiva dos resultados, a equidade e o uso adequado dos recursos.

Em contrapartida, Giovanella (2006) adverte que o movimento de reformas pró-coordenação nos sistemas de saúde europeus ocorre num contexto de restrição de gastos, buscando um melhor desempenho custo-efetivo, aumento da qualidade e eficiência, mas que, ainda assim, respondeu a mudanças do perfil epidemiológico, sobretudo envelhecimento e doenças crônicas, com adoção de novos métodos terapêuticos e de diagnóstico e necessidade de cooperação inter-organizacional entre os níveis de atenção, que configurariam um imenso desafio de suas aplicabilidades no contexto brasileiro. Mas reconhecendo que caminhos adotados no sistema europeu podem também serem flexibilizados as realidades de factibilidade e viabilidade brasileira em dois caminhos que incluem aumentando o poder e controle da APS sobre os prestadores de outros níveis, fortalecendo a coordenação; e/ou expandindo a oferta de serviços e funções da APS, privilegiando a provisão.

As principais dificuldades para coordenação de serviços de saúde ocorrem pela “assimetria da informação”, além disso, as decisões médicas são difíceis de serem julgadas e os resultados sanitários não são fáceis de medir, pois nem sempre são imediatos e não estão atrelados unicamente aos serviços de saúde. Além disso, a coordenação em países europeus tem logrado maior sucesso entre os que estabeleceram a APS como porta de entrada e o médico generalista como filtro (GÉRVAS; RICO, 2005), mas os mecanismos para coordenação têm variado, notadamente, por meio de incentivos financeiros (GIOVANELLA, 2011; WADMANN; STRANDBERG-LARSEN; VRANGBEK, 2009).

Nesse contexto, Gérvas e Rico (2005) advogam, a partir de experiências europeias, que os profissionais de primeiro contato, particularmente os médicos generalistas, devem agir como filtros reguladores para a atenção especializada, por meio do fortalecimento de suas ações na rede, bem como, ampliação do leque de oferta de serviços. Em Portugal, por exemplo, todo médico da APS é um especialista em Medicina Geral e Familiar, ou seja, tem uma formação compatível com outras especialidades médicas, permitindo o reconhecimento entre os pares de distintos níveis assistenciais, melhorando a resolubilidade das ações clínicas e facilitando a coordenação entre os níveis (ROCHA; SÁ, 2011). A argumentação a favor da

coordenação sustenta-se, ainda, em ampla revisão realizada por Núñez, Lorenzo e Navarrete (2006), que sintetizam que os problemas de falta de coordenação entre os níveis assistenciais repercutem na ineficiência da gestão de recursos com duplicidade diagnóstica, encaminhamentos inadequados, má utilização das urgências hospitalares, perda de continuidade nos processos assistenciais e diminuição na qualidade da atenção prestada.

A viabilidade e pertinência de sistemas coordenados e direcionados pela APS, na Europa, não é uma resposta inequívoca, devido à diversidade de sistemas de saúde e as características na sua condução nos distintos países da União Europeia (BOERMA, 2006). Contudo, temas comuns como a realidade brasileira que tratam o envelhecimento populacional, a crescente necessidade de enfrentamento das condições agudas e das condições crônicas e suas comorbidades, as novas modalidades de diagnóstico e terapia, a crescente especialização e subespecialização dos profissionais, a demanda por cuidados continuados e os custos na área da saúde têm exposto a ineficiência dos sistemas fragmentados e descoordenados para lidarem com tais questões (BOERMA, 2006; CALNAN; HUTTEN; TILJAK, 2006; MUR-VEEMAN; VAN RAAK; PAULUS, 2008).

Dialogando-se aqui com as realidades comparadas e apreendidas do cenário estudo, como fora mencionado, a proposição da coordenação e orientação de cuidados pela APS na integração da RAS como possibilidade de aparar as arestas da fragmentação do sistema de saúde municipal tem tido como estratégia de planejamento a implantação dos Macroprocessos na APS em Fortaleza, que tem direcionado assim a continuidade do planejamento das ações no território. Pontua-se, então, os desdobramentos que se seguiram dos Momento Explicativo e Normativo oportunizados por meio do seguimento da proposição de atividades ao fim das oficinas da consultoria que tem orientado o município em sua gestão, especificamente no que concerne ao modelo de atenção às condições agudas e às condições crônicas, e por conseguinte a discussão acerca das estratégias adotadas para o Monitoramento, Controle e Avaliação dos produtos destas.

Consta-se que em análise da factibilidade do que preconizava o “deve ser” do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2014-2017), no Doc.1, para a atenção às condições agudas, houveram mudanças no que concerne ao uso do Protocolo de Manchester¹¹ consideradas pelos trabalhadores como não aplicável a realidade. Fez-se então necessária uma repactuação entre os envolvidos no sentido de redefinir o que direcionaria os atendimentos

¹¹ O Protocolo de Manchester é um modelo de triagem de risco utilizado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Neste protocolo é estabelecido para cada situação de risco, o período ideal de tempo para o atendimento (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

aos eventos agudos, que ainda no atual momento avalia-se o desafio para real executabilidade de um novo protocolo escolhido, mencionado como “o protocolo do Caderno 28” e representado a seguir na Figura 22.

De início a gente ia usar Manchester, mas se viu na prática e na visão dos trabalhadores que era um processo oneroso e não cabia tanto pra atenção primária, (TUTOR DA APS).

No atendimento da demanda espontânea estamos usando o protocolo do caderno 28, é uma mudança e lógico que com muita resistência, mas tem notado um avanço porque temos uma padronização e os profissionais vão entendendo, pois antes se dava um atendimento de diferentes formas (ARTICULADOR DA APS).

O desafio na atenção aos eventos agudos está pautado na necessidade de formação dos profissionais no conhecer o protocolo escolhido ou mesmo saber utilizá-los, assim sensibilizando-os. O que não se pode ter é uma atenção pautada apenas na queixa-conduta ou simplesmente na negativa de atendimento ou por encaminhamentos não protocolados, fazendo-se necessário fortalecer os processos de trabalhos na construção de um parâmetro que de fato possa ser monitorado, controlado e avaliado para se saber quais os reais resultados desta escolha e /ou mesmo recomendação, uma vez que este é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Figura 22 – Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica

<p>Situação não aguda</p> <p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
<p>Situação aguda ou crônica agudizada</p> <p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa. • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência. • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: BRASIL, 2012.

Evidencia-se que os processos de monitoramento, controle e avaliação ainda são muito recortados pelos dados da situação epidemiológica da população, pormenorizando a discussão de um maior dado qualitativo de informações acerca dos diferentes determinantes sociais interligados e/ou desencadeantes. Uma vez que, conforme os relatos dos gerentes, as escolhas das áreas prioritárias de atenção em saúde na APS estão pautadas a partir da análise epidemiológica da situação de saúde e seus indicadores.

O monitoramento realizado é sobretudo em cima das áreas prioritárias de atenção que é a saúde materno-infantil, diabetes e hipertensos, de acordo com os indicadores pactuados no nível estadual e nacional também (ARTICULADOR DA APS).

Os dados que a gente tem sempre trabalhados na implantação dos processos estão voltados para o atendimento das metas traçadas para áreas de maior problema epidemiológico, que como disse é as prioridades (ASSESSOR TÉCNICO DA CEAPS).

De fato, trata-se de uma justificativa relevante quando se pensa a priorização de problemas preconizada pelo Momento Explicativo do PES, pois a análise da situação de saúde de Fortaleza (des)velam informações preocupantes, muito embora não possam ser tomadas como únicas e/ou centrais numa abordagem da perspectiva do olhar da Saúde Coletiva. Mas em análise do Doc.1 se percebe que a definição de ações por áreas prioritárias se faz necessário. Apresentando-se a seguir uma explanação desta evidência, que fundamenta a escolhas de áreas prioritárias de ações na APS de Fortaleza.

Nota-se que a intencionalidade do Modelo de Gestão e Atenção as necessidades crônicas, sobretudo as áreas prioritárias, são de fato plausíveis. Pois tem-se ainda dados relevantes e ainda preocupantes acerca da mortalidade materna no Município de Fortaleza considerado o período de 2004 a 2013 evidenciados na Quadro 16.

(Continua)

Quadro 16 – Total de Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade, Fortaleza 2004 a 2013

Ano	Óbitos maternos (Nº absoluto)	Óbitos maternos* (Cálculo da RMM)	Nascidos vivos	RMM
2004	29	28	37425	74,8
2005	26	25	37897	66,9
2006	17	13	39683	32,7
2007	18	9	38011	23,6
2008	30	24	38052	57,8
2009	22	14	37212	37,6
2010	25	17	36299	46,8

(Continua)

2011	26	22	37051	59,3
2012	32	24	37440	64,1
2013	38	22	37520	58,6

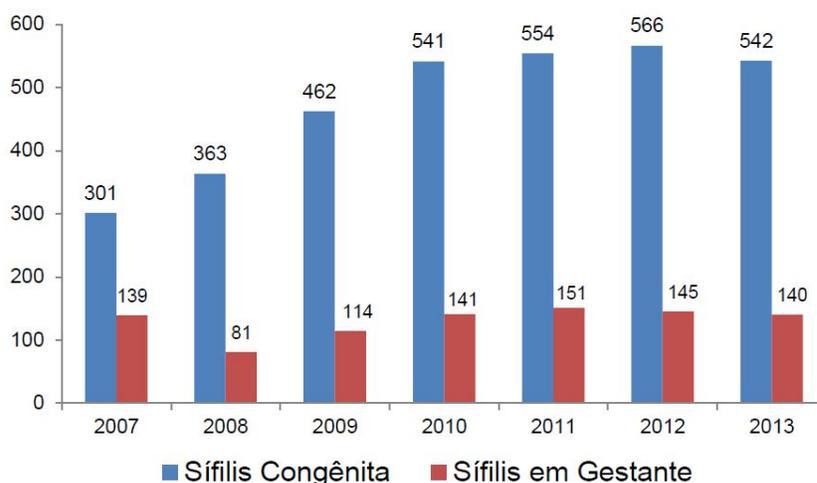
Fonte: Fortaleza (2014) – Doc.1. (*) Dados sujeitos à alteração.

Assim, no período de 2004 a 2013, observa-se que a menor razão de mortalidade materna foi registrada no ano de 2007 (23,6) e a maior em 2004 (74,8), tendo-se ainda altas razões nos últimos anos, considerando que o indicador é obtido pela razão de óbitos maternos ano, por número de nascidos vivos ano, multiplicado por 100.000, e tendo-se como parâmetro melhor aceitável pela OMS a razão de 10 por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2008).

No entanto, pode-se destacar que as ações desenvolvidas no que concerne a investigação de óbitos em mulheres em idade fértil sejam satisfatórias, considerando que o Ministério da Saúde em 2013 recomendou como parâmetro nacional para referência investigação \geq (maior ou igual) a 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil, e os percentuais (%) alcançados em Fortaleza no período de 2008 a 2013 tenha sido maiores que 82% (FORTALEZA, 2014).

Os dados acerca do cruzamento de casos novos de sífilis congênita e sífilis em gestantes no Gráfico 2 sugerem uma subnotificação nos serviços de pré-natal. Pois, se as gestantes com sífilis não estão sendo identificadas no pré-natal, possivelmente também não recebem tratamento adequado levando a transmissão vertical. Outra hipótese, é que essas mulheres foram identificadas no pré-natal, porém chegaram ao parto com VDRL reagente, o que sinalizaria uma condução inadequada do tratamento, que precisa ser enfrentada com contínua formação dos profissionais para adotarem ações mais eficazes e, assim, ter-se uma maior resolutividade da atenção em saúde.

Gráfico 2 – Número de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita em residentes em Fortaleza, CE, segundo ano de diagnóstico, 2007 – 2013

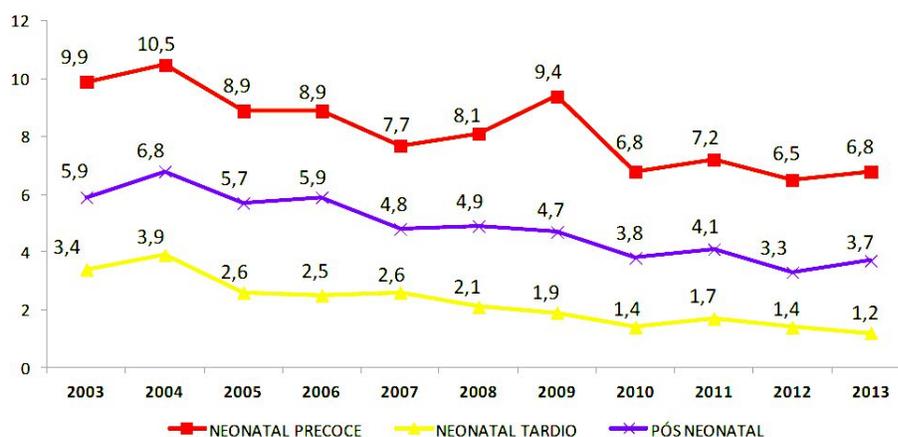


Fonte: FORTALEZA (2014) - Doc.1.

No município de Fortaleza, a taxa de mortalidade infantil apresenta uma consistente tendência de redução. Observa-se que no período de 1981 a 2013 a taxa de mortalidade infantil regrediu de 101,5 óbitos por mil nascidos vivos no ano de 1981 para 11,7 em 2013 (FORTALEZA,2014). Sabe-se que essa redução se deve a fatores associados à melhoria das condições de vida, as intervenções públicas na área da saúde (estratégia de saúde da família, implantação da estratégia de agentes comunitários de saúde), a educação, e, ainda, as melhorias de infraestrutura e saneamento básico, entre outros aspectos da realidade brasileira.

A problemática é verificada a partir da análise estratificada dos óbitos em menores de um ano por componente, conforme se verifica no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo o componente, Fortaleza, 2003-2013



Fonte: FORTALEZA (2014) - Doc.1.

Na estratificação dos óbitos em menores de um ano por componente, observa-se que o componente neonatal precoce registrou maior magnitude em relação aos demais (neonatal tardio e pós neonatal). No período de 2003 a 2013, registrou-se taxas com variação de 9,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2003 para 6,7 em 2013. O número de óbitos neonatais precoces evidencia a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar em Fortaleza. Tem-se, ainda, que a mortalidade pós-neonatal é o segundo maior componente, verificando-se que de 2003 a 2013 houve uma redução, passando de 5,9 óbitos para 3,6 óbitos por mil nascidos vivos, mas persistindo como um problema, pois a maioria das mortes são potencialmente evitáveis, estando associadas à desnutrição e diarreias. Soma-se ainda a análise geral acerca da distribuição do óbito infantil segundo a causa básica que aponta as afecções originadas no período perinatal, como a principal causa de óbito infantil em Fortaleza nos últimos 11 anos (2003 a 2013).

Destarte, a análise dos dados dos óbitos maternos, das afecções de sífilis e da mortalidade infantil permitem a reflexão sobre as condições de saúde oferecidas a população e, indiretamente, sobre a sua situação socioeconômica, podendo apontar iniquidades de acesso e ingresso social e de rastrear os gargalos da atenção recebida ou a falta de assistência oportuna; de apontar necessidades de (re)organização e de adoção de medidas de gestão, educativas e/ou de (re)estruturação da rede, que promovam adequação e imprimam resolutividade e qualidade às ações e serviços oferecidos a mulheres no período de gestação, parto e pós-parto, bem como as crianças, configurando, assim, a necessidade de melhorar tais indicadores para se ter uma qualidade de vida da população atendida, o que ainda na realidade

observada se torna um desafio que não poderia ser de fato negado pelo planejamento em saúde.

Acerca da distribuição do número de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado lugar e ano considerado, que trata a medida do Coeficiente de Mortalidade por Grupo de Causas, destaca-se o Quadro 17.

Quadro 17 – Coeficiente de Mortalidade por Grupo de Causas em Fortaleza de 2000 a 2013

Grupo de Causas	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Doenças do aparelho circulatório	112,0	106,7	97,7	105,7	96,4	94,9	126,5	120,0	130,1	137,7	126,0	130,9	134,0	118,2
Causas Externas	62,3	60,2	60,0	74,3	66,4	60,4	69,4	73,7	73,7	79,8	100,0	103,9	116,9	127,7
Neoplasias (tumores)	73,5	78,1	73,1	76,8	69,5	80,4	84,1	87,9	89,9	86,8	90,0	95,1	97,6	98,2
Doenças do aparelho respiratório	46,1	41,1	40,5	54,1	49,6	46,5	54,1	46,1	48,3	52,4	49,0	59,3	57,2	63,2
Algumas Afecções originadas no período Perinatal	36,7	39,3	37,1	46,2	43,8	34,3	33,1	32,8	29,8	32,4	27,3	29,5	25,5	24,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22,4	22,2	23,5	25,8	26,3	22,7	29,3	26,7	27,2	26,9	23,7	29,0	28,6	26,4

Fonte: FORTALEZA (2014) - Doc.1.

Em linhas gerais, observa-se que Grupo das Doenças do aparelho circulatório registrou os maiores coeficientes em todo período, registrando coeficiente inferior a 105,7 mortes por 100.000 habitantes apenas nos anos de 2002 e 2004-2005. O maior registro ocorreu no ano de 2009 (137,7 óbitos por 100.000 habitantes) sendo assim a primeira causa de morte no Município, seguido dos grupos *Neoplasias*, *Causas Externas* e *Doenças do Aparelho Respiratório*, e destaca-se a quinta causa *Algumas Afecções originadas no período Perinatal* e a sexta advinda do grupo de *Algumas doenças infecciosas e parasitárias* (FORTALEZA, 2014).

Destes dados, destaca-se a primeira e quinta causa de morte, que de fato envolve áreas prioritárias de atendimento definidas pela gestão no cuidado a partir de ações no território da APS para públicos específicos de saúde materno-infantil e aos classificados com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹², como os hipertensos e diabéticos.

As DCNT figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo. Nos países de renda alta, apenas 13%, são mortes precoces com a forte tendência mesmo da cronificação. São responsáveis por 45,9% da carga global de doenças, com estimativas de chegar até 2020 com 57%. Na atualidade respondem por 63% do total de mortes, com 80% delas em países de média e baixa renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos, gerando mortes prematuras, perda da qualidade de vida, limitação na atividade laboral, forte impacto econômico e como consequência, elevação do índice de pobreza (OMS, 2010).

No Brasil, correspondem a 72% das causas de mortes. Apesar de elevada, observou-se a redução de 20% dessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período e atinge indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, com mais intensidade, aquelas pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda, respondendo por cerca de 70% dos gastos assistenciais, com tendência crescente (BRASIL, 2011).

Os dados do perfil de morbimortalidade no Ceará são semelhantes ao do País, com crescimento crescente para doenças circulatórias, diabetes câncer e doenças respiratórias. Fortaleza-CE se insere no cenário nacional, apresentando modificações no padrão demográfico e no perfil de morbimortalidade, apresentando em sua estrutura etária redução na proporção de crianças e adultos jovens e consequente aumento na proporção de idosos e sua maior expectativa de vida. O perfil de morbimortalidade vem apresentando declínio das doenças infecciosas e ascensão contínua das DCNT (FORTALEZA, 2014).

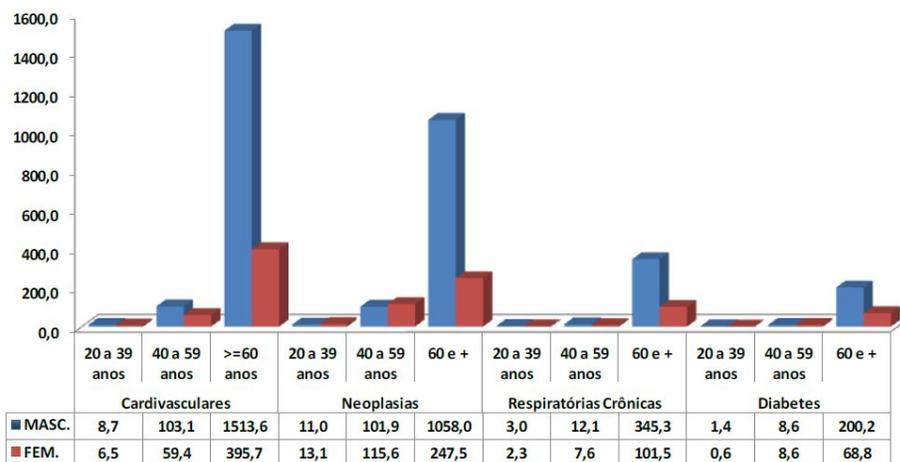
A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2011, em função da relevância da temática das DCNT e seu impacto sobre o sistema de saúde e a sociedade, realizou reuniões com a participação de chefes de estado, a qual resultou em uma declaração política de comprometimento de redução no crescimento dessas doenças e pactuação de monitoramento global com diversos indicadores de: mortalidade e morbidade, exposição e capacidade de

¹² As doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são conhecidas como o conjunto de doenças que não possuem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, associado a multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático, que em seu geral podem levar ao desenvolvimento de muitas incapacidades (MENDES, 2012).

resposta do sistema de saúde, dado a magnitude da expressividade das DCNT e as projeções de seu crescimento epidêmico nos países em desenvolvimento, a fim de alcançarem a redução da mortalidade destas, tendo como monitoramento um indicador composto por óbitos de quatro doenças crônicas: Doenças cardiovasculares, Neoplasias, Doenças Respiratórias Crônicas e Diabetes Mellitus na população de 30 a 69 anos de idade (MALTA; CARVALHO; SILVA JR, 2013).

De fato, é uma questão que não foge à regra se analisado os dados evidenciados (Gráfico 4) acerca da Mortalidade por DCNT, segundo sexo e faixa etária em Fortaleza, em 2013, pois constata-se que em relação as doenças cardiovasculares os homens na faixa etária de 40 a 59 anos estão cerca de duas vezes sob maior risco do que as mulheres, e, considerando os maiores de 60 anos, esse risco aumenta para aproximadamente quatro vezes. Além da diferença de risco concernente a variável sexo, os homens idosos (60 e + anos) apresentam um risco quinze vezes superior àqueles da faixa de 40-59 anos de idade, enquanto que entre as mulheres esse risco aumenta aproximadamente sete vezes.

Gráfico 4 – Mortalidade por DCNT, segundo sexo e faixa etária - Fortaleza, 2013



Fonte: FORTALEZA (2014) - Doc.1.

Para as neoplasias, o diferencial de idade apresenta risco mínimo na faixa etária de 20 a 39 anos. Na faixa etária de 40 a 59 anos, os dois sexos apresentam o mesmo risco, enquanto que entre os maiores de 60 anos o risco para o sexo masculino é quatro vezes maior que o do feminino. Os homens idosos maiores de 60 anos apresentam um risco dez vezes maior que os da faixa etária de 40 a 59. Para o sexo feminino, o risco é de duas vezes, entre as duas faixas etárias. Para as doenças respiratórias crônicas e diabetes o risco está na faixa

etária de maior de 60 anos, com um risco três vezes maior para o sexo masculino, tanto nas doenças respiratórias crônicas quanto na diabetes.

Identifica-se que apesar das informações epidemiológicas acerca da situação de saúde de Fortaleza, apontarem para uma necessidade de investimento em ações prioritárias que contemple a saúde do homem inexistente, ao menos de forma pontual, um destaque a essa especificidade no Plano de Saúde do Município (2014-2017), estando de fato estes contemplados apenas de forma indireta nos atendimentos prioritários as realidades crônicas.

Os dados da realidade de Fortaleza, corroboram aos encontrados em estudo de Pereira e Nery (2014) na análise da situação do planejamento, da gestão e das ações de saúde diante da perspectiva de implantação da Política de Atenção à Saúde do Homem na ESF, que os resultados (des)velam que não há atividades assistenciais; de prevenção e promoção à saúde masculina desenvolvidas e os processos de implantação da atenção à saúde do homem encontram-se incipientes, referindo a extrema necessidade de ampliar o diálogo e reorganizar as estratégias de planejamento e gestão para compreender as reais necessidades masculinas e articular com os atores envolvidos a implantação das ações de atenção à saúde do homem.

As pontuações dos dados da situação epidemiológica do Município de Fortaleza elencadas não se deram no sentido de, em maneira literal, coadunar e/ou mesmo justificar a escolha do Modelo de Gestão e Atenção do Município de Fortaleza pautado no MACC. Mas sim destacar que existe uma lógica, que fora considerada, muito embora se identifique as dificuldades de sua viabilidade e factibilidade para ser de fato agregado nas proposições de coordenação e ordenação de cuidados pela APS na integração da RAS, frente a fragmentação evidenciada.

Como se elucidou no debate acerca da literatura internacional que sustenta importância da integração dos sistemas e coordenação do cuidado pelas potencialidades da APS e não obstante, ressaltaram a necessidade de adaptação aos diferentes contextos tendo sobretudo como norte a universalização do acesso e os desafios da qualidade na atenção à saúde. De maneira convergente, em análise da realidade do Brasil, as pesquisas seguem o mesmo argumento e buscam captar evidências nas experiências de gestões municipais e, assim, divulgar possibilidades de mudanças e obstáculos a serem superados para consolidação do SUS, tendo a APS a responsabilidade de integrar a RAS.

Encontra-se, então, na leitura exaustiva dessas pesquisas muitas semelhanças com ações que vem sendo desenvolvidas pelo Planejamento Municipal de Saúde de Fortaleza, destacando-se as pesquisas realizadas por Dias (2012), em Belo Horizonte; Almeida *et al.* (2010) e Giovanella *et al.* (2009), em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, que

avaliam as estratégias de coordenação entre a APS e a atenção especializada, na perspectiva da integração entre os níveis assistenciais. Utilizando-se aqui dessas para destacarmos que as estratégias vivenciadas por Fortaleza têm cogitado as possibilidades de avançar para seus objetivos e metas definidos na constituição e (des)continuidades do planejamento com vista a coordenação e ordenação do cuidado pela APS.

Entre as principais evidências das pesquisas de Dias (2012), Almeida *et al.* (2010) e Giovanella *et al.* (2009), considerados as particularidades diferenciada de cada município, que indicam semelhanças das estratégias que favorecem a coordenação e integração pela APS de Fortaleza destacam-se: 1) proposição e indução à organização e integração da rede potencializada pelo aumento da cobertura com expansão da ESF, conforme mencionado na categoria anterior “Entre o programar e o planejar” (com ações de reforma, ampliação e aumento de número das UAPS, novas equipes, implementação das Equipes de NASF permitindo também Apoio Matricial entre profissionais das ESF e atenção especializada). Destaca-se ainda o aumento de cobertura, ainda que não o ideal, com representação de aumento de proporção de quase 150% considerado o ano de 2013 com o dado que se tem de 2015); 2) implantação de centros de especialidades médicas melhorou para melhorar a oferta de consultas e exames, além de redução dos tempos de espera (Doc.1 e Doc.4); 3) a opção pelo sistema de regulação informatizado (possibilitando conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, monitorar o índice de abstenção das consultas, sobretudo dos programas destinados as ações das áreas prioritárias; 4) melhora do sistema de logística para coleta de exames e rotinas básicas nas UAPS (garantindo maior imparcialidade de acesso).

Ações estratégias para o fortalecimento da APS no sentido de possibilitar a integração da RAS anteriormente pontuadas (1, 2, 3 e 4) em comparação aos achados das pesquisas de Dias (2012), Almeida *et al.* (2010) e Giovanella *et al.* (2009) foram em menor ou maior grau discutidas no decorrer dos dados apresentados. Mas realizada essa comparação de apontamentos estratégicos pontua-se ainda as demais para um posterior explicação de como tem sido efetivadas na operacionalidade cotidiana da APS de Fortaleza, sejam essas: 5) incorporação da regulação à rotina dos profissionais da saúde da família (parametrização das agendas profissionais); 6) a informatização dos prontuários eletrônicos (melhorou a continuidade do cuidado, favoreceu a comunicação entre níveis assistenciais, permitiu o acesso rápido às informações e uma visão integral do usuário); 7) desenvolvimento e aplicação de protocolos gerenciais e de protocolos clínicos, orientando o fluxo de encaminhamentos; 8)

iniciativas de facilitação dos processos de comunicação (estratégias de articulação por Apoio Institucional da Tutoria na APS).

Assim, pautado nessa lógica de continuidade de apresentação dos resultados do Planejamento na APS de Fortaleza, nota-se que os caminhos de constituição e (des)continuidades segue especificamente os momentos do PES, sendo louvável o fato de os gerentes reconhecerem que esses não são sequenciais, mas sim recorrentes. O que pode denotar uma predisposição para ruptura do paradigma de perceber o planejamento apenas na vertente da instrumentalidade. Pois estes reconhecem que é por meio do seguimento da proposição de atividades ao fim das oficinas da consultoria que se dá o processo dos avanços e desafios do planejar/fazer/acontecer/transformar as realidades. Sobretudo ao destaque que evidenciaram os gerentes a partir do que se tinha da intencionalidade de produto das oficinas denominadas no Quadro 12. Assim, a produção das intencionalidades nos territórios são as efetivações do Momento Explicativo e Normativo em quatro passos (diagnóstico, priorização de problemas, descrição e explicação dos problemas e a definição de estratégias), produzindo para um parâmetro para de fato seus atores possam ter condições de realizar monitoramento, controle e avaliação.

Como se destaca as colocações, houve um direcionamento nível central (CEAPS) para o território de cada unidade (UAPS), como uma previsão colocada a partir do Plano Diretor da APS de Fortaleza (Doc. 3), a construção do Plano Diretor de cada UAPS.

Porque não adianta a gente sentar, construir as ações e não ter um monitoramento e avaliação de resultados que avalie a necessidade de ajustes ou não Um dos produtos que a gente fez foi o plano diretor que cada unidade fez, com as estratégias de enfrentamento de problema, conhecendo as realidades de cada território (ARTICULADOR DA APS).

E assim vai sendo feito no nível local e regional um plano diretor que volta-se para as realidades (ASSESSOR TÉCNICO DA CEAPS).

Cada posto com um plano de ação, bem simples, um plano com o que é o problema e qual ação é preciso fazer, quem é o responsável e o prazo. Ai a gente fica monitorando esse prazo, quando está ok a gente coloca o status do processo e quando não pactua outro encaminhamento. Já temos um passo a passo pra unidade que ainda não estão com seu processo bem organizado (TUTOR DA APS).

Entende-se então as potencialidades de disposição para o ciclo vivo de planejamento permeada a partir do referenciado proposto na Figura 21 acerca das clássicas funções administrativas como luz acesa ao Planejamento na Atenção Primária a Saúde, pois percebem que processo de planejamento começa com o reconhecimento da realidade e dos problemas por meio da identificação das condições indesejáveis que devem ser modificadas. Essa é a perspectiva estratégica situacional que precisa ser fortalecida. No entendimento de

quem planeja é quem governa e direciona as ações, transformando e intervindo na realidade, que se dá a medida que os interessados conhecem seus potenciais governabilidade, bem como ampliam o poder de modificá-las de fato.

O passo, portanto, usado para identificar os problemas e as necessidades de saúde da população consistiu-se em conhecer o seu território de atuação. Em que equipe de trabalhadores com seus respectivos gerentes (re)definiu os limites geográficos e a população referente a este espaço considerando, reconhecendo na medida do possível a dinâmica social, cultural e de serviços instalados no local, bem como os aspectos epidemiológicos em questão.

No planejamento das atividades nas unidades, território sempre a gente está revendo território com as unidades, e eles mesmo sentem a necessidade de ter esse apoio da gente, de reunir os profissionais, de rever delimitação, redistribuir equipe. Porque outra demanda que surge é a necessidade de ampliar a cobertura, então de vez em quando a gente está criando novas equipes na unidade, a gente cria equipe, vai reterritorializar, redistribuir a população do território (TUTOR DA APS).

A definição do território sob a responsabilidade da equipe de saúde leva em conta diversos fatores. Mas de forma mais normativa, constata-se que esse processo de fato tem se dado a partir do tamanho da população residente, não ultrapassando os quatro mil habitantes para cada equipe de ESF, o que é preconizado pela Portaria 2.488 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) sendo o “(re)territorializar” uma constante atividade de planejamento, o que é salutar porque de fato precisa ser revista periodicamente para corrigir problemas decorrentes das alterações demográficas e estruturais no território, bem como para se possibilitar um equacionamento da difícil relação oferta versus demanda.

Destaca-se a fragilidade desse momento de operacionalidade, é destaca-se que os atores precisam de fato entender as proposições de um ciclo vivo de planejamento em sua continuidade, a medida em que se existia um curto espaço de tempo entre uma atividade proposta e a apresentação em outra oficina seguinte por parte da proposição da consultoria, mas destaca-se então a relevância por se tratar de um processo constante e necessário. Mas que de fato deixa a desejar no número de envolvidos, sobretudo no tocante aos atores sociais que concerne as lideranças comunitárias, uma vez que esses vínculos precisam estar efetivados para se ter uma produção oportuna de corresponsabilização e de fato um diagnóstico não notificado da realidade. Pois o “deve ser” proposto pelos documentos (Doc. 5 a 10) das oficinas de planejamento destaca constantemente essa participação dos líderes comunitários, envolvendo-se ao máximo a população, mas encontra-se a contrariedade com o que “de fato é”, a partir das convergências evidenciadas pelos gerentes.

Na organização a gente realiza de início o diagnóstico. Visita as unidades, ouvi os profissionais, por vezes a população tem o conselho participando (TUTOR DA APS).

Foi muito difícil porque os trabalhadores não entendiam e ficaram no início como meio que algo impositivo que tinha de ser feito porque a gestão queria e precisava definir (ARTICULADOR DA APS).

Hoje, a gente tem um conselho local de saúde mais atuante, mas isso em muitas das unidades ainda é um desafio e uma realidade bem distante nas unidades, daí o direcionamento evidenciado nos dados que a gente tem da situação mesmo (TUTOR DA APS).

Os relatos direcionam ao entendimento que a priorização de problemas tem até como antemão a fase de conhecimento do território, mas que carecem de estabelecer um processo de reflexão e de discussão coletiva, ao menos do nível mais local, em torno das informações existentes, prevalecendo o dado epidemiológico em detrimento de um maior aproveitamento da experiência acumulada dos atores envolvidos para a identificação e priorização dos problemas propriamente ditos. Pois, entende-se que tal possibilidade é que permite as transformações que o dispositivo do planejar poderia facilitar, entendido a partir do que os atores entendem e fazem deste.

Mas no entendimento desta necessidade de continuidade, destaca-se que além do plano diretor de cada unidade, duas outras estratégias que viabilizam os mecanismos de monitoramento, controle e avaliação de implantação dos Macroprocessos da APS no território de Fortaleza, são o Painel de Bordo e o Selo de Qualidade de Avaliação Interna, que podem ser entendidos a partir da explicação apresentada dos relatos dos próprios gerentes acerca destes.

Utilizamos para acompanhamento também o painel de bordo que é a partir de uma ferramenta do *Google Drive* em que a gente tem alguns indicadores de processo de trabalho que eles ficam numa tabela e fazemos uma divisão de cores, vermelho, amarelo e verde de acordo com a pactuação realizado ou objetivos do plano. Se eu tiver com os resultados bons de acordo com a pactuação seria verde, se tivesse intermediário amarelo e se tivesse péssimo e ruim seria vermelho (ARTICULADOR DA APS).

O painel de bordo mostra os indicadores da unidade, o que estão conseguindo progredir, se reduziu ou não, conforme o indicador e também com os status de cada macro e microprocesso implantados ou não nas unidades (TUTOR DA APS).

Estamos trabalhando também com selo de qualidade, que por enquanto é uma avaliação interna, nós temos a distinção de prata e ouro, pela avaliação interna da qualidade que é feita pelas tutoras e estamos atrelando também para termos todos os nossos alvarás sanitários, que junta as inconformidades com o plano local e o gerente está sendo sempre pautado nisso (GERENTE DA CEAPS).

Para o Painel de Bordo, atualmente está sendo estudado as possibilidades de ter os dados de maneira informatizada, uma vez que os gerentes possuem o trabalho de coletar dados específicos dos prontuários eletrônicos e a partir desses confeccionar os painéis com a seguida disposição de status através das cores, o que por ventura da informatização agilizaria os processos de coleta de informação e um melhor acompanhamento e direcionamento de

ações resolutivas das demandas necessárias. Isso se faz extremamente necessário pensando a modernidade que precisam ter o gerenciamento das informações, pois do contrário os gerentes nas unidades reproduzirão em suas ações o modelo taylorista. Os dados que os gerentes evidenciam direcionam a necessidade do olhar estratégico para continuidade do gerenciamento das ações e orientam as demandas que esse pode estar a repactuar com os membros da equipe de profissionais das UAPS.

A partir desse monitoramento é que se tem como fazer a discussão com as equipes. Painel de Bordo demonstrado no começo do mês, depois se reúne com as equipes para discutir o que foi obtido e a partir daquilo ali se faz algumas pactuações com os profissionais (ARTICULADOR DA APS).

Os dados do Painel de Bordo se tornam muito importante, pois eles dão suporte pra gente ver o que se fez e o que precisa mudar (TUTOR DA APS).

Percebe-se que esses, os status dos Painel de Bordo e do Selo de direcionam os encontros sistemáticos de reuniões de gerenciamento de atividades entre os gerentes e os trabalhadores das equipes, servindo para esses também como um próprio instrumento que orienta as (re)pactuações para alcance de metas e objetivos e/ou ainda redefinições dessas conforme a análise de viabilidade no que concerne a possibilidade política para realizar a execução de atividades, pois é momento oportuno de discutir e perceber o grau de apoio, de rejeição ou de indiferença dos atores para o enfrentamento do problema, bem como factibilidade para verificar a existência ou não de recursos financeiros, tecnológicos e do gerenciamento específico das atividades.

Acerca do monitoramento, controle e avaliação dos processos implantados especificamente para o atendimento das necessidades de respostas que urge as demandas das condições crônicas as análises vem sendo desenvolvidas a partir das ações que preconizam os Macroprocessos da APS imbricados ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), tendo sido implementado para a finalidade a Estratificação de Riscos dessas condições, Classificação por Grau de Risco das Famílias com seguimento de Validação Interna das Diretrizes Clínicas para atendimento das populações-alvo (saúde materno-infantil, hipertensos e diabéticos) consubstanciados a partir das atividades específicas dos momentos dispersões das oficinas 04 e 06 e orientadas, conforme identifica-se, pelos comandos existentes no conjunto de documentos (Doc. 8 e 10) e pelas colocações dos entrevistados.

A organização da agenda, o planejamento do atendimento, porque assim toda condição crônica a gente está organizado a partir da estratificação de risco. Foi a partir do planejamento estratégico com base também na epidemiologia Foram feitas diretrizes clínicas, já temos quatro que é de hipertensão, diabetes, crianças e gestantes e tem outras em construção como saúde mental, oftalmologia, idosos (GERENTE DA CEAPS).

As diretrizes clínicas foram construídas para as áreas prioritárias que foram feitas as adaptações com as avaliações internas a partir da aplicação pelos profissionais, algum fluxo ou manejo que precisa ser adaptado (ARTICULADOR DA APS).

A estratificação de risco é focada em quatro grupos. A partir dessa estratificação eles tem alguns critérios e diretrizes clínicas, para classificar entre risco habitual intermediário e alto. Tudo no prontuário, já fica tudo no prontuário. E a medida que ele é classificado como alto risco a frequência dele aumenta nessa unidade, ele tem a referência da atenção secundária, hoje a gente tem a policlínica que dá uma retaguarda pra gente. E o risco baixo intermediário a gente tem uma frequência regular não tão grande quanto o alto risco, então dá mais acesso à comunidade, a gente tem aquela população que utiliza mais e que não é um risco habitual e que precisa está todo mês numa unidade de saúde as vezes renovando só receita. Com a estratificação a gente consegue acompanhar melhor todo o público desses quatro grupos (TUTOR DA APS).

Nota-se que os gerentes realmente tiveram um bom processo de formação para pensar e planejar a implementação dos Macroprocessos da APS em Fortaleza. Diz-se isso dado notar um forte alinhamento conceitual dos termos que emergem da literatura acerca dos modelos de gestão e atenção pautada nas condições agudas e crônicas. E nesse alinhamento conceitual (des)velado de fato sobressai as condutas e operacionalizações para as demandas dos atendimentos crônicos. Mas mesmo assim, pontua-se a seguir o detalhamento de alguns termos, dado que no embasamento teórico desta tese trabalhou-se de forma mais detalhada os conceitos acerca em si do planejamento em saúde e de forma incipiente acerca dos conceitos sobre condições de saúde. Dando-se isso de forma proposital para um intercruzamento e explicações importantes transversalizadas aos resultados e discussões aqui apresentados partir do emergido das colocações dos gerentes. Mas com compromisso acadêmico de produção que torna-se de livre acesso na Rede, acredita-se pertinentes esclarecer tais conceitos referendados pelos gerentes. Pois esta é também o devir social da construção de uma produção científica.

Para isso, parte-se das exaustivas leituras das mais recentes produções de Mendes (2012; 2015), que na verdade são uma evolução ou republicação de estudos anteriores, apontam para os entendimentos de que a estratificação da população por estratos de riscos é um elemento central da organização das redes de atenção à saúde, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, o que permite operar o MACC. As diretrizes clínicas devem definir os critérios e os estratos de risco para as condições crônicas, com metodologias que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou comorbidades) e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto). Elas não normatizam ações para gestantes ou hipertensos em geral, mas sim procuram estratificar essas condições de saúde em grupos de risco que exigem manejos clínicos específicos, por exemplo, uma linha-

guia para atenção ao pré-natal e ao parto deve considerar manejos diferenciados para as gestantes de risco habitual e de alto risco; os portadores de hipertensão podem ser agrupados em riscos baixo, médio e alto. Em vez de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as por estratos de riscos e permite definir os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional (MENDES, 2012; 2015).

Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm suas condições centradas em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de alto e de muito alto risco têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada. Não se estratificando pode-se sub-ofertar cuidados necessários aos portadores de maiores riscos e/ou sobre-ofertar cuidados desnecessários aos portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente. A estratificação da população exige o seu conhecimento profundo pelo sistema de atenção à saúde. Isso implica o cadastramento de todas as pessoas usuárias e de suas famílias, o que é tarefa essencial da APS e que expressa o seu papel, nas RAS, de responsabilização pela saúde dessa população, não pode se limitar a cada indivíduo, mas cadastrar cada membro de uma família, classificar cada família por risco socio-sanitário e ter um registro com variadas informações, devendo ser feita com base em evidências científicas e incorporada em diretrizes clínicas, podendo a partir disso ter sua associação com: uma melhor qualidade da atenção à saúde; impactos positivos nos resultados clínicos; e maior eficiência no uso dos recursos de saúde, sendo mais viável de ser feita quando se utilizam prontuários clínicos eletrônicos que permitam organizar os registros das condições de saúde (MENDES, 2012; 2015).

As estratégias destacadas nos estudos de Dias (2012), Almeida *et al.* (2010) e Giovanella *et al.* (2009) que aqui discutiu-se guardam semelhanças às operacionalidades adotadas também no âmbito da APS de Fortaleza. Assim, a tendência do direcionamento frente as necessidades de respostas, sobretudo as condições crônicas exigem o processo de monitoramento, avaliação e controle. Nesse sentido, os gerentes apontam que além da estratégia de Plano Diretor de cada UAPS, do Painel de Bordo, do Selo de Avaliação Interna, uma ferramenta utilizada para tal tem tido fundamental importância, a qual coaduna com os resultados dos estudos elencados, tratando-se do Prontuário Eletrônico, pois compila muitas informações acerca dos atendimentos realizados, sendo imprescindível para também promover ajustes de atendimentos e adaptações da oferta seja ela da APS ou mesmo pela atenção especializada.

Tem funcionado com o prontuário eletrônico que é muito bom, nós já otimizamos nosso prontuário, fizemos várias alterações para que ele se adéque ao nosso processo de trabalho. Todas as estratificações então dentro do prontuário das quatro linhas prioritárias, cadastro da população e a gente tem o prontuário como ferramenta do monitoramento (GERENTE DA CEAPS).

O prontuário eletrônico é ele que dá o relatório administrativo de tudo que é ação que a gente tem feito, desde o acesso do território até o profissional dentro da unidade. E aí ele detalha tudo, a atividade de prevenção em grupo de promoção até as consultas rotineiras (TUTOR DA APS).

O prontuário eletrônico dá diversos relatórios dinâmicos, que vai desde a média de atendimento de dia, à média de atendimento semana, nós montamos as agendas parametrizadas, fazendo a média de atendimento daquele perfil de atendimento e alocamos para que também a gente tenha o cuidado de que não tenhamos uma unidade lotada as sete das horas da manhã e vazia quatro horas da tarde (COORDENADOR REGIONAL).

O monitoramento e controle por meio do Prontuário Eletrônico é colocado também como uma ferramenta que possibilita um acompanhamento das atividades dos Profissionais das equipes de ESF, possibilitando uma readequação para melhora no volume e na qualidade de atendimento, podendo ser refletido acerca de dados quantitativos e qualitativos do que pode ser visualizado pelos gerentes em qualquer ponta da SMS e com isso orienta-se também os processos de avaliação da atenção. Esse detalhamento de possibilidades condiz com o apresentado pela proposta do MACC. Sendo aqui evidenciado de forma elucidativa pelas colocações de dois articuladores da APS, salientando que essas riquezas de detalhes fazem parte de um conjunto de informações de oito dos dezoito entrevistados que o encontro se deu fora do ambiente específico de trabalho, estratégia priorizada na coleta de dados da tese.

Outras ferramentas, por exemplo, nós temos o prontuário eletrônico que é uma ferramenta muito importante de monitoramento da produção dos profissionais nas unidades. Então assim, a gente faz uma avaliação mensal de como é que está se dando a produção nas unidades de saúde, e a partir disso, quando tem algum dado quantitativo que chame atenção a gente tenta fazer uma análise com um gestor, com os profissionais para fazer uma análise mais qualitativa. Vou dar um exemplo para ser mais clara: se eu tenho por exemplo em uma unidade de saúde que eu observo por esse monitoramento na produção que o número de consultas puericultura está muito baixo, que praticamente as equipes não estão fazendo consultas de puericultura, então acime tenho o dado quantitativo então vou ter que tentar entender o que é que está acontecendo, os profissionais não estão realizando porque não estão destinando o tempo na agenda pra isso? Não estão fazendo a busca ativa, as crianças não estão chegando até o posto pra serem acompanhadas? É uma unidade que tem pediatra? Os pais estão procurando pediatras em outros serviços? Para fazer puericultura e não a equipe de saúde da família. Então a partir disso a gente faz uma série de análises (ARTICULADOR DA APS).

Tendo esse processo de planejamento com monitoramento, avaliação e controle, nós conseguimos hora dar uma assistência mais efetiva. Em que sentido, anteriormente a atenção primária nós tínhamos a portaria do ministério da saúde com as diretrizes da atenção primária mas cada um fazia conforme o que eu achava. O que se buscava era o indicador, como estavam as mortalidades. Mas exemplo disso: eu tinha um

grupo de hipertensos e tinha aquela população de hipertensos que eu atendia, eu tinha pacientes que eram vistos todo mês, independente se você era um paciente que precisasse ou não. Isso aí era muito vinculado ao paciente faltar ou não, e é disponibilidade da agenda. Hoje não. Todos os pacientes foram estratificados, ou devem estar sendo estratificados, dependendo do risco é que é traçado todo o planejamento de atendimento anual. Eu sendo hipertenso pode ser que eu precise de duas consultas ao ano e já você precisa de doze, que aí são classificados em baixo médio e muito alto risco. E aí até mesmo para que eu otimize a questão das especialidades antes o paciente ele iria pro especialista por várias razões, logicamente que quase que sempre não deveriam ser cem por cento dos que precisavam, mas alguns outros conseguiam chegar ao especialista por outras razões. Hoje, a depender da estratificação de risco, não que aquele de baixo risco nunca vá passar por um cardiologista, não é isso, mas priorizar aqueles que tem necessidade mais imediata (ARTICULADOR DA APS).

Uma pequena pausa necessária! É salutar ao perceber esse olhar de alguns gerentes. Dado que as experiências acumuladas em pesquisas anteriores acerca e na área do planejamento em saúde do território estudado (SOUZA, 2011; SOUZA, 2013) não deixam nem de longe a firme impressão e nem muito menos (des)velam o alinhamento conceitual por parte dos gerentes no contexto atual que se dá o desenvolvimento desta tese, deixando o pesquisador esperançoso dos rumos que tem seguido essa nova configuração do Planejamento em Saúde no território estudado, mesmo sabendo das limitações do estudo, em não se ter uma contraposição do olhar do usuário, mas dado a limitação do pesquisar e que de fato não se traduz no objetivo definido. Causando até mesmo curiosidade que foi de forma não pretensiosa para a pesquisa, mas para pesquisador, em se verificar isso na prática. Tendo-se realizado quatro “visitas técnicas” em diferentes UAPS, como se se fosse um usuário naquele território. Percebendo que as estratégias de fato são possíveis e estão sendo aplicadas no sentido do atendimento em que se percebeu na primeira “visita técnica” com o não superlotação da unidade, mas se desconfiou que é fim de tarde ou não tem médico nem enfermeiro. Suposição contrariada. Mesmo assim decidiu-se voltar às horas da manhã, notando-se as percepções constatadas anteriormente, segue-se mais duas visitas não para elucidar, mas por suscitar um interesse de avaliação de todo esse processo de planejamento na percepção do usuário. Mas fala-se de futuro. Destarte, registra-se que em comparação do que já se detectou anteriormente, percebe-se na atualidade (des)velada um futuro de possibilidades ao caminho de um ciclo vivo de planejamento em seus avanços e retrocessos.

Mas, enfim, voltando-se aos detalhamentos e particularidades proporcionado pela análise dos dados que o Prontuário Eletrônico oferece, capitou-se também a possibilidade de este efetivar uma estratégia de monitoramento, controle e avaliação com a denominação Parametrização da Agenda dos Profissionais. Esta consiste num melhor aproveitamento do profissional no período em que ele se encontra na unidade, podendo sua agenda ser

(re)montada a partir das necessidades apresentadas, mas sobretudo potencializa que durante suas rotinas de trabalho ele tenha um equacionamento dos atendimentos de demanda espontânea no concerne as condições agudas ou agudização das condições crônicas, bem como os agendamentos seguintes e continuados das condições crônicas imbricadas as áreas definidas como prioritárias segundo a estratificação de risco. Consequente uma organização do processo de trabalho que possibilita uma atenção mais humanizada e resolutiva.

A parametrização nada mais é que uma organização de agenda. A gente faz os blocos de horas, a cada hora cerca de quatro pacientes são atendidos dependendo do perfil desse paciente. Já gestante de primeira vez tem um tempo diferenciado ou dependendo de outras variáveis mas de um modo geral na parametrização da agenda nós colocamos cerca de quinze minutos para cada atendimento. Então o paciente se ele está marcado pras dezessete e quinze a gente orienta que ele chegue as dezessete que é o tempo que ele procure a sala e tudo, pra que ele não esteja desde uma hora da tarde aguardando o atendimento que será somente as dezessete horas. Se ele atrasou ou perdeu se dirige ao NAC e já agenda não vai estar na porta do médico, se der ele é atendido naquele momento mesmo. Mas a intenção de toda estratégia é que ao sair da consulta você já saia com seu retorno programado (COORDENADORA REGIONAL).

Podemos a partir do Prontuário eletrônico e outros dados definidos pela situação epidemiológica está refazendo a parametrização da agenda dos profissionais que adequar os atendimentos e melhora o fluxo nas unidades (ARTICULADORA DA APS)

As principais desvantagens do prontuário eletrônico foram atreladas sobretudo ao encadeamento de rede de sistema de informatização, o que as vezes proporciona lentidão nos seus uso, segmentação dos programas e ou funcionalidades que vão sendo pouco a pouco ajustado (por exemplo, estudos para realizar cruzamento das informações para alimentar o Painel de Bordo de maneira eletrônica) e conforme as necessidades do município de Fortaleza e o fortalecimento de estratégias de integração de distintos prestadores de serviços sejam públicos ou privados.

Agora assim numa rede de mais de cem unidades, você manter cem por cento toda hora não é possível, tem as questões da internet, fibras, cabos que se fez investimento, mas já melhorou muito, mas existe uma grande estabilidade. Agora, a questão de manutenção dos computadores são quase duas mil máquinas, que tem a dificuldade de manutenção, já estão tirando a vida útil da manutenção. Mas é um sistema que vai agregar muito no atendimento (GERENTE DA CEAPS).

No início a questão no manejo do Prontuário dificultou, porque ainda não se detinha o conhecimento da ferramenta, mas é um processo que vai sendo se dando de forma gradual (ARTICULADOR DA APS).

Outrossim, diante da situação referida sobre facilidades e dificuldades do uso do prontuário eletrônico, salienta-se algumas questões com base nos estudos (MARTINS; LIMA; 2014; PATRÍCIO *et al.*, 2011; JENAL; ÉVORA, 2012; DOMINGUES; GAMBARATO; ZORNOFF, 2012), dado está ter sido percebida como a ferramenta propulsora das atividades

de monitoramento, controle e avaliação. Segundos estes estudos, os gestores das instituições de saúde não podem desconsiderar as desvantagens, devendo estar atentos para que esses pontos possam ser trabalhados de forma antecipada para evitar transtornos futuros, para que essa informatização não seja tomada como central e venha nas práticas da equipe multiprofissional desconstruir a humanização da assistência por possíveis distanciamentos advindos da compilação de tantos dados já existentes no prontuário. Evidencia-se na fase de implantação um alto investimento com aquisição de servidor, rede, máquina e treinamento da equipe, devendo os gestores atentar para “custo x benefício” pois este alto investimento ao longo do tempo representar produtividade e lucro. Domingues, Gambarato e Zornoff (2012), em pesquisa realizada em Botucatu, São Paulo, demonstram que de fato há maior frequência de respostas relativas às vantagens em relação às desvantagens no uso do Prontuário Eletrônico, o que fortalece a disposição das instituições de saúde para a sua adoção dado as vantagens que incluem agregam valor para gestão, trabalhadores de saúde e usuários, tais como; continuidade do tratamento, gerenciamento de informações, agilidade no atendimento, fornecimento de dados para pesquisa, aumento de tempo para a equipe se dedicar ao cliente, economia de espaço e material de escritório, legibilidade, entre outras.

Patricio *et al.* (2011) apontam que países independentes de riqueza ou pobreza tem investido nessa novidade, uma vez que já está comprovada a eficácia da tecnologia da informação e comunicação adotadas na Austrália, Finlândia, Canadá e França, destacando-se também OMS recomenda a cultura de telessaúde como forma de contribuir para o esclarecimento das populações sobre as doenças mediante acesso às informações. Apontando, no Brasil, experiências piloto em São Paulo e Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, Belo Horizonte, em Minas Gerais, Sobral e Fortaleza, no Ceará. De maneira complementar, Martis e Lima (2014) ressaltam a contribuição da adoção do prontuário eletrônico, destacando a funcionalidade da “melhoria de qualidade dos dados do paciente”, que permite o armazenamento de informações sobre o estado de saúde do usuário, armazenando todo cuidado de saúde (medicamentos, procedimentos, doenças, orientações, etc.), promovendo assim uma alta qualidade da informação, contribuindo com o acompanhamento clínico, podendo até subsidiar ações de políticas públicas em saúde, nas três esferas de governo. Contribuindo na tomada de decisão pelos profissionais de saúde quanto ao tipo de exames necessários, evitando repetição de exames realizados recentemente, tratamentos, uso de medicamentos, orientando assim a conduta de melhor atendimento à saúde, bem como contribuindo com a qualidade das informações, continuidade da assistência e para ações gerenciais da equipe de gestão e da equipe multiprofissional.

Mas diante dos ganhos reais dos caminhos traçados para um efetivo atendimento com gestão da APS gerenciada com foco na construção de redes de cuidados crônicos, quais são as dificuldades evidenciadas pelos gestores para o avanço de tais proposições? Nesse sentido, baliza-se essa discussão em cinco variáveis/determinantes a luz de estudos de Von Korff (1997), Holman e Lorig (2000), OMS(2003), Lorig *et al.* (2006) e Mendes (2011, 2012, 2015), aplicados a uma análise do cenário estudado com base em cinco variáveis/determinantes (papel dos profissionais, natureza das intervenções, conhecimento e ação clínica, papel da pessoa usuária e sistema de atenção à saúde) que os autores destacam conjuntamente com as esperadas respostas pelo Sistema Atenção à Saúde, conforme a Quadro 18 abaixo.

Quadro 18 – Matriz de Análise–Variável/Determinante e respostas esperadas pelo Sistema de Atenção à Saúde com MACC

	Variável/Determinante	Resposta Esperada
SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	Papel dos profissionais	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
	Natureza das intervenções	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
	Conhecimento e ação Clínica	Compartilhados pela equipe multiprofissional e pelas pessoas usuárias
	Papel da pessoa usuária	Co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
	Organização do sistema de saúde	Proativo, contínuo e integrado

Fonte: Adaptado de VON KORFF (1997); HOLMAN; LORIG (2000); OMS(2003); LORIG *et al.* (2006) e MENDES (2011, 2012, 2015).

Assim, o entendimento acerca das (im)possibilidades da APS ser efetivamente a coordenadora da rede e ordenadora de cuidados, soma-se aos desafios que ainda devem serem enfrentados no tocante as respostas esperadas pelo sistema de saúde. Os desafios identificados advêm das análises acerca das colocações dos gerentes na medida em que fora

transversalizado para esses o questionamento acerca de quais seriam as dificuldades existentes no processo de planejamento para consolidação do Modelo de Atenção delimitado pela gestão. De modo que para não se tornar-se repetitivo na apresentação destes apontamentos, destaca-se a convergência central e significativa dos “nós críticos” por esses vivenciados na operacionalidade cotidiana do planejar/fazer/acontecer/transformar.

Nós ainda temos muita resistência, pois querendo ou não é uma nova maneira de trabalhar que se orienta por processos padronizados para cada necessidade apresentada. Ai surge os questionamentos, há mais num é assim, eu atendia assim, sempre deu certo e agora mudou tudo, até com a colocação “a eu tenho de me formar de novo” (risos). Mas que vem mudando e à medida que os resultados vão aparecendo as concepções vão mudando. Você imagina a gente dizer pra um médico ou para um enfermeiro sobre a aplicação de uma diretriz clínica, sendo que o entendimento é que aquele processo de trabalho é dele, eu sendo de outra categoria. (TUTOR DA APS).

Tem a postura profissional que já está acostumado aquele modelo de atender e envolver esse profissional nas ações de grupo, de educação em saúde que a gente vai instigando ou parte deles mesmo e a gente vai apoiando. O usuário que já está viciado em a receber o paracetamol e o cálcio dele e não comparece aquelas outras atividades, mas tem unidade, por exemplo que a gente tem grupo toda semana e comparece o pessoal (TUTOR DA APS).

A proposição é de trabalhar com processo de promoção, prevenção e reabilitação , atendendo as condições agudas e crônicas, com uma visão ampliada, num é mais o postinho que atende só aqueles programas e tudo encaminha pra especialidade, tenta se resolver o que dá, mas tem os casos que feito a estratificação não é visto que não é só acompanhado naquela UAPS, mas ai vem a fila de espera, as dificuldades ainda que tem na articulação da rede, melhorou muito, mas não é suficiente (ARTICULADOR DA APS).

Nota-se então as dificuldades existentes, que estão transversalizadas nas variáveis/determinantes (papel dos profissionais, natureza das intervenções, conhecimento e ação clínica, papel da pessoa usuária e sistema de atenção à saúde) da Quadro 18 e se configuram como nos desafios a serem enfrentados de costura de compromissos dos atores sociais , sendo esses dependentes das relações que estabelecem e nos consensos que pactuam em que devem ser dosados os interesses de cada um para a construção do que se quer coletivamente. É uma postura frente aos compromissos assumidos! E se indagam: todos de fato assumiram? Tem ciência do que está posto como resposta esperada? Ou melhor ainda, está com disponibilidade, viabilidade e factibilidade para /fazer/acontecer/transformar? Assume o planejamento em suas práticas cotidianas como um dispositivo que potencializa mudanças transformadoras? De forma a lançar efetivamente contribuições registra-se que devem ser fomentadas estratégias de planejamento de ações necessárias para o fortalecimento do MACC no quadro 19 a seguir.

Quadro 19 – Planejamento de Ações Relevantes para o fortalecimento do MACC na APS de Fortaleza

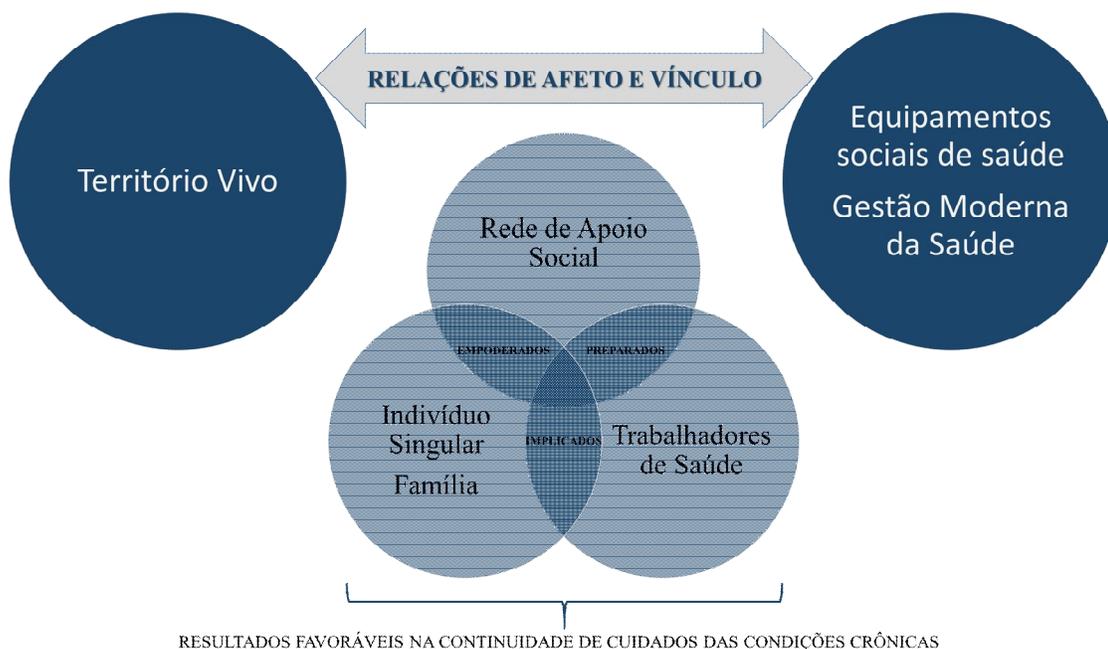
Planejamento estratégico das transformações de situações desfavoráveis de saúde
Trabalho Integrado e multiprofissional no cuidado
Oferta de novas estratégias de relações profissionais usuários – para além de simples consultas
Continuidade do cuidado e integrado no território vivo da comunidade – Redes de Apoio
Planos de cuidados estabelecidos cooperativamente pela equipe de saúde e usuário – Alcance de metas no autocuidado – Corresponsabilização
Fortalecimento de cuidados entre as diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção – ampliar Apoio Matricial
Educação permanente de trabalhadores de saúde e usuários
Utilização de prontuários eletrônicos capazes de registrar e acompanhar os usuários na rede, gerando e <i>feedbacks</i> aos profissionais de saúde e aos usuários
Relações estreitas entre os serviços de saúde, as organizações comunitárias e os movimentos sociais
Fomentar a formação e desenvolvimentos de lideranças na gestão e na atenção

Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

A OMS (2003) e OPAS (2011) falam de um caminho de cuidados inovadores para expansão do modelo de atenção crônica que deriva de sua inserção em um contexto político mais abrangente que envolve as pessoas usuárias e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde. Por isso, propõe-se a melhorar a atenção à saúde em três níveis: no nível micro, os indivíduos e as famílias; no nível meso, as organizações de saúde e a comunidade; e no nível macro, as macropolíticas de saúde.

Ressignifica-se essa proposição no que se denomina Modelo de Cuidados Integral das Condições Crônicas (Figura 23) conforme a constituição de um Ambiente de Planejamento em Saúde Transformador das Situações Desfavoráveis.

Figura 23 – Ambiente de Planejamento em Saúde Transformador das Situações Desfavoráveis



Fonte: elaborado pelo autor

Reflete-se, então, que a coordenação do cuidado via equipes de APS e a integração dos serviços em rede de saúde são dispositivos para gestão do cuidado que, no SUS, devem ter como horizonte a garantia da integralidade. Para tanto, requerem o enfrentamento de alguns desafios no sentido de assumir alguns pressupostos de um modelo teórico que só se efetiva na prática pela interação gestão, trabalhadores de saúde e usuários dado em atos vivos, mas alguns dos desafios são aqui evidenciados: gestão do sistema de saúde orientada para o trabalho em rede; modelo assistencial orientado para responsabilização e vínculo entre profissionais de saúde e usuários para promoção, prevenção e reabilitação; disponibilidade de recursos necessários à continuidade e/ou complementação do cuidado nos pontos de distintas densidades tecnológicas, dos encaminhamentos especializados e um sistema de informação que dê conta da complexidade e da atualidade de um conjunto de informações que precisam ser amplamente compartilhadas (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006).

Os mecanismos de integração dos serviços e coordenação do cuidado respondem por princípios gerais do SUS, com adoção de variadas estratégias de gestão para articulação, envolvendo regiões de saúde, redes temáticas, linhas do cuidado. Entretanto, entende-se que o ponto nevrálgico deve ser a produção da saúde, que se necessita romper com o modelo fragmentado, de baixo impacto e custos elevados para um modelo que em seus

gerenciamentos de processo permitam a concepção de “cuidado como um valor” (PINHEIRO, 2009) que aponta para a gestão do cuidado. A pensar essa integração evidenciado a gestão, Campos (2003), aponta como critérios de extrema relevância a busca por maior eficácia e eficiência, o aumento da capacidade dos gestores e das equipes para estabelecer compromissos e pactuações com a busca de intervenções terapêuticas e pedagógicas que aumentem a autonomia e o autocuidado das pessoas por meio da gestão dos processos de trabalho.

Nessa perspectiva, fala-se de Gestão do Cuidado em Rede que encontra-se suas semelhanças com a denominação de Gestão da Saúde, embora assuma-se nesta tese o significado da Gestão da Saúde, por acreditar mais amplo, mas ambos os olhares destas concepções lançam luzes aos entendimentos necessários que devem dar direcionalidade ao Planejamento em Saúde que pretende resultados satisfatórios e transformadores das realidades de situação de saúde, devendo esse planejamento ser concebido na perspectiva de ação ética, política, social e técnica-organizacional com gerenciamento de processos de trabalhos focados na eficiência, eficácia e efetividade.

Para Cecílio (2009), a Gestão do Cuidado resulta de responsabilidades compartilhadas nas dimensões sistêmica, organizacional e profissional, sendo retraduzidas por Santos (2013), em níveis político-institucional, organizacional e das práticas que se catalisariam na integração dos serviços e a coordenação dos cuidados, consubstancia-se nas ações dos sujeitos (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) em serviços de saúde integrados, formando uma rede de colaborativa, ou seja, coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno. Dando uma importância considerada ao Profissional de Saúde da APS no sentido de esse ter de assumir uma plasticidade para viabilizar o acesso dos usuários a distintos pontos da RAS, na postura de coordenador que usa dos fluxos comunicacionais para enfrentar o modelo piramidal e hierarquizado da rede que precisa ser entendido por diferenciadas e amplas portas de entrada, fazendo-se o profissional também essa “porta”.

O modelo da Gestão da Saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso (CARL-ARDY *et al.*, 2008) Coaduna com essa ideia e se colocam imbricados aos desafios de adaptação captados da realidade do Planejamento da APS em Fortaleza, as concepções dada a Gestão da Saúde por Mendes (2011; 2015), em que a população das RAS

tem um espaço de vinculação qualificado que não seria só o profissional, mas toda estrutura da APS, entendendo-se a denominação de Gestão da Saúde da população porque se faz sobre necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde. Essa população é determinada, e não uma população geral, que guarda, com o sistema de atenção à saúde, uma relação de vínculo permanente e personalizado. Na perspectiva das RAS, o seu elemento fundante e sua razão de ser são essas populações determinadas, postas sob suas responsabilidades sanitárias (MENDES, 2015).

Nesse sentido, a população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos nem epidemiológicos, nem a população geral que tem direito ao SUS, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e conhecida e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários (MENDES, 2011). O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão da oferta e instituir a gestão da saúde da população, elemento essencial das RAS (MENDES, 2015).

Somam-se a essas as proposições compartilhadas nas perspectivas de dimensões apontadas por (McALEARNEY, 2002; LEWIS, 2014), definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica; estabelecer um registro dessa população e de suas subpopulações; ter um centro de comunicação na APS; conhecer profundamente essa população nos seus riscos sociais e sanitários; integrar em RAS as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde; aplicar parâmetros de necessidades com base em evidências científicas; dividir a população em subpopulações segundo estratos de risco; estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos; definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos; buscar a redução das desigualdades; monitorar os processos e os resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade; implantar sistemas efetivos de informações em saúde; operar com equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, execução e monitoramento de planos de cuidados; e estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias no cuidado.

As concepções dialogadas se tornam elemento conflitante e desafiador com a realidade observada no tocante aos processos de Planejamento da APS em Fortaleza, em que as definições balizadoras e propulsoras das ações do planejamento se deu de forma mais generalizada, a partir e sobretudo que se percebe que a realidade diagnóstica da situação de saúde é realizada com perspectiva bem fundamentada nos dados epidemiológicos. Não se nega a importância desse fato para o processo de planejar, mas atenta-se que ele não pode ser

centralizador. É preciso romper essa característica e envolver cada vez mais a população atendida e os profissionais e trabalhadores de saúde do território de cada UAPS. Para que possam promover cooperação e pactuações de consensos solidários para enfrentarem com melhor conhecimento as suas necessidades, o que caracterizaria demandas mais definidas e conseqüentemente o planejamento de ofertas mais reais para o atendimento e concretização do cuidado integral da população, sob uma perspectiva eficiente, eficaz e de efetividade. Sendo um desafio emergente a necessidade de se promover sobretudo um maior alinhamento conceitual por conta dos trabalhadores e usuários, bem visualizado na perspectiva de relação gestores de níveis central e gerentes de níveis locais.

Doravante, ressalta-se e se faz reconhecer os esforços e avanços para o pensar a consolidação da proposta de se ter a APS como coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado na perspectiva do Modelo de Atenção e Gestão adotado a partir das ações de fortalecimento do plano diretor deste nível de atenção em Fortaleza, como as anteriormente relacionadas e aqui, dentre outras, novamente pontuadas; as melhorias na estrutura, construção, reforma e/ou ampliação de UAPS; aquisição de mobiliário e equipamentos, implantação de postos de coletas de exames e da lista padronizada de medicamentos da APS, esforços para o aumento da cobertura de equipes completas da ESF, implantação do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), do ponto eletrônico para os profissionais e do Prontuário Eletrônico.

Destarte, o questionamento levantado, até mesmo por ventura da pontuação de interrogação utilizada na categoria em questão, acerca de uma gestão gerenciada com foco na construção de redes de cuidados crônicos não se faz no sentido de (des)velar suposições e/ou em desmerecer as lutas cotidianas travadas pelo Modelo de Atenção e Gestão proposto, mas sobretudo no sentido de pontuar e colaborar com o que entende-se como “nós críticos”, ou seja, os tipos de causas que quando enfrentadas e/ou desatadas, é capaz de impactar nas diferentes arestas que conformam um problema e assim promover uma transformação necessária da realidade, situação ou condição. Acreditando-se que esses “nós críticos” só podem ser desatados a partir das relações de diálogos que os diferentes atores sociais estabelecem, com formação continuada e o enfrentamento de fomentar as características de liderança não só de gestores, mas de gerentes e trabalhadores de saúde que são capazes de pensar/planejar/fazer/acontecer/transformar realidades e processos de trabalhos e processos gerenciais ainda não amplamente condizente com as propostas em que se estão delimitados o “deve ser” do Modelo de Atenção e Gestão proposto. É com a perspectiva de contribuir que

segue com a apresentação e discussão das realidades captadas das Relações na APS de Fortaleza.

4.3 RELAÇÕES ESTREITAS NA APS: AVANÇOS E DESAFIOS

Nesta categoria, não se tem a pretensão de novamente discutir alguns pontos elucidados acerca da operacionalidade cotidiana em que se dá os consensos, as contradições e as tensões e conflitos dos atores sociais em implantar os Macroprocesso da APS, mas sim destacar o potente avanço que se dá nas relações de tutoria da APS e de discutir os desafios para formação de gerentes líderes em saúde. Dado observar que os processos de planejamento são hora impulsionado ou tensionados pelas relações de tutoria, caracterizando no exercício dessa funcionalidade uma propulsão de sensibilização e/ou motivação para que outros profissionais entendam e façam adesão aos processos de transformações consubstanciadas pelas proposições do Planejamento na APS.

Deste modo, as discussões balizam-se transversalizadas pelos entendimentos acerca da formação integrada/educação permanente, sendo apresentadas brevemente em duas subcategorias a saber: “Relações estreitas na APS: tutoria e as possibilidades de formação integrada para fortalecer o Planejamento em Saúde” e “Relações estreitas na APS: necessidade de desenvolvimento de gerentes líderes em saúde para fortalecer o planejamento estratégico”.

4.3.1 Relações estreitas na APS: tutoria e as possibilidades de formação integrada para fortalecer o Planejamento em Saúde

Parte-se do entendimento sentido que o planejamento está compreendido a partir do enunciado no pressuposto desta tese, que depende da usabilidade de seus atores sociais, ou seja, o que faz-se dele, com a clara visão que o pensar/planejar/fazer/acontecer estão transversalizadas nas relações interativas e dialógicas dos atores sociais que se dispõem a aprender e transformar as situações desfavoráveis em saúde. Identificando-se assim que essa disponibilidade ela é oportunizada pelos processos de formação/educação permanente dos atores sociais que podem ao mesmo tempo ensinar e aprender, de tal modo que encontram-se em diferenciados atores sociais a espécie de “agulhas e linhas” comparados ao desenvolvimento de costuras que se dão nas relações cotidianas, sobretudo, destacadas na

personificação dos saberes e práticas dos Tutores da APS de Fortaleza para implantação efetivação dessa formação integrada.

Assim, isso se emerge na análise prévia dos corpos das primeiras entrevistas com os Assessores Técnicos da CEAPS, ao indagar como se articulava o nível central com as mais de cem UAPS para que aquelas proposições referidas que contavam se efetivassem Sendo então convergente o desenvolvimento das atividades realizada pelos processos de tutoria, o que fora uma vez também referendado pelos Articuladores da APS em cada uma das Secretárias Executivas, o que despertou para o entendimento desse processo.

Mas, então, o que seria o processo de tutoria realizado no processo de planejamento em saúde em Fortaleza com vista a formação integrada/educação permanente para implantação dos Macroprocessos da APS?

É preciso então conhecer a estratégia educacional do processo de construção social da APS, segundo denuncia Mendes (2012; 2015). O processo de mudanças na APS implica adensá-la tecnologicamente para capacitá-la a responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados primários. Nesse sentido, envolve um conjunto de ações que se observa as relações com os dois componentes do Modelo de Donabedian (2005): a estrutura e os processos. As mudanças na estrutura envolvem uma nova concepção de estrutura física, a ampliação da equipe de saúde e a adequação dos recursos materiais e financeiros enquanto que as mudanças nos processos envolvem a organização da oferta por meio dos macro e microprocessos básicos. Evidenciou-se com as particularidades e resultados acerca da situação em Fortaleza a partir dos dados apresentados anteriormente.

Os passos para implantação de mudanças são seguidos pela orientação do Gerenciamento de Processos que consubstanciaram Planejamento da APS. Utilizando-se de uma estratégia educacional que se utiliza de oficinas tutoriais, cursos e auditoria de produtos. O que recorda-se aqui que em Fortaleza deu-se pelo evidenciado na representação a partir da Figura 18 – Oficina e seus Passos Metodológicos para Planejar a APS em Fortaleza – e oportunizadas a partir das seis principais oficinas de planejamento e sobretudo com a operacionalidade cotidiana mediana pelas relações de tutoria que continuam a serem desenvolvidas.

No processo de tutoria orientado pela consultoria, como fora no caso, o trabalho de mudança iniciou-se com a escolha de unidades laboratórios que são aquelas em que foram primeiramente implantadas as mudanças estruturais e processuais com a participação de um tutor que desenvolvera uma estratégia educacional de fazer junto. Sendo quanto aos processuais realizados inicialmente pelo menos em uma UAPS de cada Secretária Executiva e

paulatinamente ampliando para outras conforme as metas estabelecidas (8, 95, 105 e 117 UAPS) para os anos de 2014 a 2017. O que se sabe mesmo com as necessidades de adaptações e avaliações dos resultados fora atingido até o presente ano.

Assim, Mendes (2015) destaca que o trabalho com unidades laboratórias é diferente de um trabalho piloto porque ela constitui, apenas, um primeiro momento de intervenção num processo de implantação em escala que já está estabelecido. Alguns critérios devem ser obedecidos para a escolha das unidades laboratório: ser uma unidade de ESF, com equipe completa; ter uma relação adequada de população por equipe (em torno de 3.500 pessoas por equipe); *ter um gerente com capacidade de liderança*; ter NASF; ter condições adequadas de infraestrutura; e ter um espaço próprio ou comunitário para atividades de grupo. As unidades laboratórias cumprem então duas funções principais: a primeira a gerar a partir da metodologia um padrão customizado para a realidade do local em que se trabalha e a segunda do ponto de vista de espelho para as demais unidades, acenando que a proposta é viável na realidade específica daquele local.

O trabalho feito nas unidades laboratórias é difundido pelos tutores para outras unidades de APS, na fase de expansão do processo de construção social da APS. Em alguns processos mais complexos, além das oficinas tutoriais, há que se complementar com cursos breves. Por exemplo, uma oficina tutorial não é suficiente para um processo como da estratificação de risco das condições crônicas, sendo, portanto, necessário, ofertar um curso breve sobre o tema para capacitar as equipes da ESF. Os processos implantados são auditados, por meio de auditorias internas e externas, periodicamente, segundo a natureza singular de cada processo.

Destarte, os tutores devem conhecer a metodologia e ter domínio sobre os processos que vão implantar na APS, que Mendes (2015) destaca algumas competências devem ser consideradas na seleção dos tutores que são evidenciadas semelhantemente ao contexto do trabalho produzido por Lima e Rosatelli (2005), salvaguardado os ambientes em que se dão. Assim, os tutores precisam conhecer a metodologia; ter domínio sobre os processos a serem implantados; possuir atitude crítica e criativa no desenvolvimento de suas atribuições; desenvolver a capacidade de estimular a resolução de problemas; possibilitar uma aprendizagem dinâmica; ser capaz de abrir caminhos para a expressão e a comunicação; fundamentar-se na produção de conhecimentos; apresentar atitude pesquisadora; possuir uma clara concepção de aprendizagem; estabelecer relações empáticas com seus interlocutores; possuir capacidade de inovação; e facilitar a construção de conhecimentos.

Portanto, é entender que a formação integrada precisa ser pensada também para a clínica e suas dimensões de cuidado, em que a clínica se conforma num cotidiano multifacetado onde interagem sujeitos, práticas e saberes delineados por vertentes que dão sentido ao modo de aproximação e a relação intersubjetiva. No campo da saúde, a clínica torna-se um instrumento essencial para a produção do cuidado e a resolubilidade da assistência. A intersubjetividade, então, nas ações do planejar/fazer/acontecer/transformar deve ser contemplada.

Para Mendes (2015) os trabalhos desenvolvidos pelos tutores caracterizam-se pela experiência de chão de fábrica em unidades de APS, que do ponto de vista da execução até concorda-se, mas do ponto de vista de competência denomina-se isso de liderança, aquele que faz junto e contagia para a obtenção de um resultado comum, que no início pode até não ser o pensado por todos os atores sociais, mas por meio de uma persuasão saudável, faz-se entender a proposta como transformadora de realidade e contagia os demais por tal.

Assim, para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que os atores sejam capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejam capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma consubstanciados pelo SUS (CECCIM, 2005).

De tal modo, o cotidiano destes serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é matéria constituinte e primordial na construção de processos de formação continuada que busquem enfrentar os desafios da concretização SUS, e de seu princípio de integralidade, alterando as práticas de saúde de gerenciamento dos processos a partir dos atores sociais neles implicados.

Percebe-se que os tutores da APS de Fortaleza realmente propiciam esta implicação e conhecem o processo e exercem liderança no desencadeamento de suas implementações, os discursos analisados em separados revelam um conteúdo técnico e conceitual que de fato corresponde uma materialização da Metáfora da Casa (Figura 8), consubstanciada na construção social da APS. Ademais referenciada pelos demais atores sociais (Assessores Técnicos da CEAPS, Coordenadores Regionais, Articuladores da APS) como um trabalho técnico de apoio institucional de extrema importância e que faz o elo da UAPS com o núcleo de gestão regional e central.

Então assim a gente tem as tutoras, que são como se fossem apoios institucionais das unidades em que cada tutora fica com unidades específicas e estão muito presentes nas unidades. Pra que todo processo implantado seja mais discutido de alguma

forma com o profissional que está lá operando, permitindo que os momentos de formação que se deram de forma específica para os gestores possam também chegar aos trabalhadores e que assim tenham a implantação dos processos (COORDENADOR REGIONAL).

As tutorias são profissionais de que fazem nosso elo, eles ficam muito mais nas unidades de saúde do que propriamente na coordenadoria regional de saúde. A função dele realmente é dar um apoio aos gestores na implantação dos processos de trabalho, e ter um elo mais próximo entre a unidade e a regional. Embora todos os técnicos eles dediquem uma boa parte da sua carga horária para a unidade de saúde, mas o tutor é como se fosse essa liga. Então por exemplo, na organização de macro processos como territorialização, cadastramento, a tutora ela está lá junto com o gestor tentando implantar esses processos se reunindo com os gestores e com os profissionais, tentando facilitar esse processo e também a tutoria para minha é muito importante porque pra mim na articulação ficaria muitas unidades, então o tutor é que vai sinalizando muitas ações (ARTICULADOR DA APS).

Assim, formação não pode tomar como referência apenas a busca ao diagnóstico, ao tratamento, prognóstico, etiologia de doenças, mas sim desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde da população, da gestão setorial proporcionando a autonomia das pessoas, inclusive influenciando na formulação das políticas de cuidado. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse sentido, é que acredita-se que precisa ser intensificada a proposta da educação permanente para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando a capacitação dos profissionais de saúde a partir da problematização do seu processo de trabalho, emergindo os conteúdos dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, da população. A atualização técnico-científica é apenas um aspecto da transformação das práticas, e não o seu foco principal (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Identificando as necessidades de capacitação de cada serviço, pode-se atuar nas mudanças coerentes essenciais, resultando assim na garantia da aplicabilidade dos conteúdos e sua relevância para aquela realidade. A educação permanente fundamenta-se nas práticas propriamente ditas e também nas dificuldades reais vivenciadas pelos profissionais, tendo sua resolução como meta. Utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, que representa a vinculação do aprendizado aos elementos que fazem sentido para os sujeitos envolvidos, considerando os potenciais e as dificuldades de cada profissional e toda essa aprendizagem fazendo sentido para ele e para a realidade social (BRASIL, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Consonante com a política de educação permanente, a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas.

São questões técnico-políticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. Para ser possível, a educação permanente requer mudanças na organização do trabalho, na interação com as redes de gestão e de serviços de saúde (BRASIL, 2003). Salienta-se na aprendizagem significativa, promotora de sentidos, o papel do facilitador do processo ensino-aprendizagem (atores sociais – Tutor da APS), devendo estimular os atores a uma postura ética, crítica e reflexiva durante a construção do conhecimento (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006). A fim de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde, a educação permanente apresenta-se transformadora do processo de trabalho, representando a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos serviços, na busca de melhorar a saúde da população (BALBINO *et al.*, 2010).

É necessário reconhecer que as práticas rotineiras, descontextualizadas dos reais problemas, dificilmente permitirão o desenvolvimento da capacidade de reflexão (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Então, a proposta da educação permanente tem por objetivo central transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em saúde, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população e da gestão setorial em saúde (MENDONÇA; GOUVEIA, 2011) e deve partir prioritariamente dos problemas cotidianos, devendo garantir aplicabilidade (BUCCINI; MARTINS; SANCHES, 2009).

Assim, percebe-se então que o tutor da APS costura esses processos de formação integrada que fortalecem o planejamento em saúde, mas que encontram alguns desafios nessa relação na APS, dado este ser inicialmente um elemento ator social externo da operacionalidade cotidiana das UAPS e que teoricamente chega no território para implantar mudanças, conforme evidencia-se no entendimento dos próprios tutores da APS, acerca da percepção que os trabalhadores teriam deles.

De dificuldade eu acho que é muito a mudança de comportamento das pessoas, dos profissionais, é uma coisa que desde o início até hoje a gente tem muita dificuldade ainda. Chega a ser dificuldade e facilidade porque a gente também tem alguns bem protagonistas que se inserem no processo e que lutam para dar certo. Mas infelizmente eu não vejo que hoje isso seja uma maioria, mas a gente tem muita dificuldade dos profissionais incorporarem esse processo, fazer sentido pra eles, e fazer a gente passe isso de uma forma pros nossos gestores de modo que agregue valor aos gestores e eles consigam passar para seus profissionais de forma que faça sentido (TUTOR DA APS).

Na implantação dos processos nós da tutoria enfrentamos as resistências dos profissionais, mas muitas vezes eu também não culpo os profissionais porque as informações e os processos não são repassados de forma que eles compreendam, vejam o impacto daquilo, as vezes pode surgir como mais uma tarefa. Mas quando a gente consegue mostrar pra eles que aquele resultado, por exemplo uma estratificação de risco, que é um processo a gente tem nas unidades, quando faz sentido. Ai o negócio anda, ai muda (TUTOR DA APS).

A multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes nos territórios loco-regionais deixa clara também a necessidade de negociação e pactuação política nesse processo de estabelecimento de orientações concretas para a implantação efetiva dos trabalhos de tutoria que possibilitam o fortalecimento das ações de Planejamento em Saúde na APS para implantação/efetivação de seus macroprocessos. Pois, (des)vela-se uma tensão acerca do papel social do tutor que percebe-se não especificamente definida ou entendida pelos diferentes atores sociais acerca de que se estes exerceriam ou apoiariam os papéis a serem assumidos pelos gerentes de cada UAPS.

O papel da tutora não era fazer gestão, era apoiar as ações de processo. Então a tutora tinha um papel bem definido que era apoiar a implantação desse processo e auxiliar, que agora com a implantação dos processos fica assim, como eu diria meio que o tutor assume uma função que é do gerente, não porque ele que, mas porque tem gerente que pra implantar as mudanças não que se indispor com a equipe, daí “empurra” pro tutor (ARTICULADOR DA APS)

Ainda tem, é uma divisão ainda tênue que sempre causa um pouco de conflito, que a tutora está lá e as vezes ela faz gestão. Muitas vezes ela vai pra unidade de saúde e faz o papel de gerente, o gerente não quer entrar em conflito com os profissionais, mas ao mesmo tempo não está lá pra fazer o papel da articuladora da atenção primária da regional, ela está lá pra fazer o apoio institucional pra fazer a implantação do processo. A articuladora é pra fazer papel de gestora a nível regional da atenção primária. Então ela tem que preparar, fazer monitoramento, acompanhar o movimento das ações. E a tutora ficava mas na parte do acompanhamento do processo (GERENTE DA CEAPS).

Pensado o apontamento acerca do Métodos de Cogestão de Coletivos, Campos (2007), é preciso haver uma sinergia para desenvolver equilíbrio entre controle e autonomia nas relações estabelecidas pelos compromissos sociais pactuados, que precisam estar compartilhados, muito embora seja necessário entender o que cada ator social realiza, ou seja, quais as suas obrigações. Entende-se nisso as especificidades sem perder a dimensão do coletivo. Pois do contrário em que o ator social (individual) não sabe quais suas obrigações diante dos compromissos pactuados e entendidos na cadeia processo, corre-se o risco de cair-se na cilada que todo mundo faz e ninguém faz absolutamente nada.

Nota-se que no cenário estudado, a luz do que coloca Onocko- Campos (2007) acerca do conjunto de tecnologias que permitem ampliar a capacidade de intervenção das equipes de saúde, tanto nos processos de gestão quanto de atenção à saúde, que este carece da definição mais aprofundada das atribuições de cada unidade de produção, no entendimento de arranjos de funcionamento regular de normas acordadas, ou seja, tem caráter estrutural. Uma vez que toda via percebe-se que de fato não existe uma instrumentalidade que ordene, descreva ou explique as diferentes atribuições dos atores sociais em suas variadas funções, sejam de articulador da APS, tutor da APS, gerente -gestor da UAPS. Pontua-se então que de

fato a instrumentalidade do planejamento não pode ser negada, pois está tem suas contribuições, muito embora como tenha se afirmado elas não podem ser centrais. E ademais na perspectiva de Cogestão de Coletivos a de se ter mudanças nas linhas de como dando não para destituí-las, mas para identificá-las pelo produto que se espera e se pactua para o rumo da organização pelo no colegiado de gestão.

A implementação da gestão coordenada para a formação integrada num processo de tutoria/consultoria no contexto da APS é um ponto importante para abertura de diálogos, reflexões e implementações no processo de formação dos profissionais das UAPS para a implementação/efetivação dos Macroprocessos da APS. Com o respaldo deste reconhecimento frente os discursos analisados que (des)velam o favorecido pelo efetivo compromisso. Evidenciando-se que as possibilidades destas práticas para formação integrada cumprem um compasso ritmado pelas demandas e desafios da consolidação das proposições do Modelo de Atenção e Gestão do Município centrado atendimento das condições de saúde agudas e crônicas e por áreas prioritárias.

Entretanto, as demandas para formação integrada devem ampliar a relações que extrapolam apenas o foco da implantação dos Macroprocessos da APS, devendo incluir temáticas e abordagens que evidenciam-se como desafiantes no tocante a consolidação do gerenciamento das UAPS, e sobretudo no sentido de aglutinar também soluções para resolução de entraves, fragilidades e impasses no tocante ao desafio de formação de gerentes líderes em saúde para o fortalecimento das proposições do planejamento estratégico, que fora apontado como dificuldade de relevância na análise das colocações dos gerentes entrevistados. Pois do contrário de não se ter um processo de continuidade após os momentos macro de formação consubstanciado pelas estratégias da consultoria, oficinas e atividades da tutoria, os processos desenvolvidos correm o risco de não se em efetivarem em atos de cuidados Sendo então um desafio do planejamento estratégico o incentivo de fortalecer os processos de liderança dos gerentes e trabalhadores das unidades para dar vida ao ciclo de planejamento, o que passa-se a ser discutir na subcategoria a seguir.

4.3.2 Relações estreitas na APS: necessidade de desenvolvimento de gerentes líderes em saúde para fortalecer o planejamento estratégico

Percebido a importância da formação para o planejamento isso requer uma mudança de cultura das estratégias de formação integrada no sentido que precisam também fomentar profissionais de saúde com conhecimentos acerca da gestão e sobretudo de

liderança. Pois ter líderes e não somente liderados, trabalhadores de saúde proativos, deve ser o caminho incutido nas organizações que pensam de forma dinâmica e estratégica seus alcances de metas e resultados. Pensando assim como um dos caminhos que devem ser trilhados para se chegar na integralidade da atenção em saúde.

A liderança consiste no processo de conduzir as ações ou influenciar o comportamento e a mentalidade para a realização de metas por meio da direção de colaboradores (MAXIMIANO, 2012). Sendo considerado um assunto bastante complexo, haja vista o cenário de incertezas que afeta a sociedade contemporânea e conseqüentemente as instituições de saúde, pois estas, como as demais, enfrentam instabilidades em diversos setores, colocando-as em crise, especialmente no Brasil. Os líderes não são obrigatoriamente dirigentes ou gerentes e estão em todos os níveis hierárquicos das organizações, podendo atuar em grupos de maneira formal e informal (HIGA; TREVIZAN, 2005; WENDLING, 2007).

As instituições de saúde são reconhecidas pela sua complexidade e características específicas, mas na sua essência, não se diferem dos demais tipos de organizações. Para Chanes (2006), no perfil dos recursos humanos das instituições de saúde, existe heterogeneidade de profissionais, que fazem das organizações de saúde espaços com as mais diferentes especialidades, que exige do líder-gestor a capacidade de se comunicar com todos e de conseguir compreender a estratégia organizacional mais adequada a cada situação.

De maneira geral, a liderança é caracterizada então como um processo de influenciar pessoas e grupos no alcance de objetivos comuns, tanto na perspectiva coletiva quanto individual e preza por relacionamentos sadios, pautados no auxílio mútuo, levando em consideração o constante aprimoramento das competências, com vistas a uma liderança eficaz.

A liderança, portanto, precisa ser desenvolvida nos profissionais do SUS na tentativa de profissionalizar a gestão em saúde, mediante o que fora analisado como um dos principais desafios para que se permita a continuidade dos processos e de seus gerenciamentos na UAPS de Fortaleza, conforme convergem as colocações dos gerentes.

Então eu tenho gestores que tem uma facilidade maior de diálogo com os profissionais, tem o perfil de liderança, e tem gestores que tem uma dificuldade maior. Hoje eu acho que inclusive a maior dificuldade do ponto de vista da gestão é a liderança, porque eu até sempre coloco que conhecimento técnico você consegue repassar construir numa oficina, num curso de capacitação, mas a liderança é um processo muito mais complexo (ARTICULADOR DA APS).

E aí assim, isso é fundamental porque o gestor ele tem que saber motivar a equipe dele, tem que saber conquistar a equipe e estabelecer um diálogo em que ele seja firme mas não seja autoritário. Então a gente até tenta dar o maior subsídio as

unidades que a gente percebe maior dificuldade dos gestores em exercer essa liderança (ARTICULADOR DA APS).

A questão do perfil dos gestores, da formação de pessoas com perfil adequado para ser gestor, no SUS a gente não tem essa formação. Tivemos que formar nosso gestor através dessa especialização mesmo assim problemas. Hoje, uma boa parte das nossas dificuldades é essa interface da gestão a nível municipal, regional, com a local. Então, muitas informações de profissionais que falta comunicação, a falta de liderança e isso é uma das dificuldades que a gente observou bem forte (Gerente da CEAPS).

Quanto a esse tão procurado perfil que prenunciam os gerentes entrevistados (Assessores Técnicos da CEAPS e Articuladores da APS), encontra-se o correspondente aos destaques da literatura (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2011, JABUR; TREVIZZAN; SHINYASHIKI, 2008; SANTOS; SILVA, 2003), com as características acerca das competências/habilidades e comportamentos. Em consenso a, comunicação é a chave para uma liderança eficiente, sintetizando que a comunicação é essencial para exercer a influência, coordenação das atividades em grupo e concretização da liderança, além de fazer com que as pessoas se encontrem constantemente, envolvidas por um campo interacional. É importante ressaltar também, a conquista de confiança da equipe; ouvir atentamente seus seguidores; promover relacionamentos interpessoais sadios; incitar a motivação nos liderados; ajudar seus liderados no desenvolvimento da maturidade; ter responsabilidade e experiência profissional e ter uma responsabilidade com os processos de avaliação de desempenho.

Em outra face dos apontamentos (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2011, JABUR; TREVIZZAN; SHINYASHIKI, 2008; SANTOS; SILVA, 2003), importante é que o líder seja flexível, mediador de conflitos e tenha inteligência emocional para lidar com situações adversas. Estes foram os elementos mais citados nos estudos que traçam um perfil do líder. Portanto, a articulação entre liderança e comunicação possibilita aos gestores/líderes atuarem ativamente sobre as dificuldades e auxilia nas mudanças para uma nova situação. Em síntese, os líderes são pessoas que assumem comprometimento com seus ideais, que possuem visão de futuro, buscam um aprendizado constante e atraem seguidores em torno de sua visão.

Embora tais características sejam relevantes para o exercício da liderança e sejam adquiridas ao longo da vida, é importante frisar a importância da educação destes líderes/gestores. Conforme salientam Lanzoni e Meireles (2011), a formação é fundamental e está relacionada diretamente com a valorização do processo acadêmico e a continuidade de aperfeiçoamento dessas competências. Dado que a liderança pode ser compreendida e desenvolvida, é necessário que haja interesse e iniciativa tanto por parte das pessoas que almejam ser líderes quanto das instituições que querem e atentam para os benefícios de terem atores líderes.

A liderança é então entendida e destacada como componente organizacional que associa comunicação, planejamento, relações interpessoais, o compromisso com o êxito e a resolutividade de conflitos, sendo a liderança um fator importante, que gera e aplica energia nas pessoas, proporciona-lhes uma direção e sincroniza seus esforços (CARDOSO; RAMOS; D'INNOCENZO, 2011).

Desenvolver os profissionais para essas potencialidades então perpassaria por atividades e ações estratégicas de planejamento que pudessem fomentar uma formação integrada pensando o modelo de gestão e atenção que são adotados como orientadores dos processos de cuidado. De maneira que diante os estudos citados nessa categoria, particularmente, direcionam que essa formação precisa está orientada em desenvolver habilidades e competências específicas, tendo-se elaborado na Figura 24, uma síntese acerca de quais temáticas precisam ser evidenciados para propiciar o desenvolvimento de gerentes líderes em saúde.

Figura 24 – Temáticas orientadoras do desenvolvimento de gerentes líderes em saúde



Fonte: elaborado pelo autor

No contexto do estudo do Planejamento da APS de Fortaleza, salienta-se que, logicamente que como também (des)velam as colocações referidas pelos entrevistados, que existem diversos gerentes com o perfil de liderança, mas que não são em sua maioria, o que facilitaria o processo de acompanhamento de uma mais eficiente, eficaz e efetiva Gestão da Saúde, sobretudo no Gerenciamento das UAPS. Ressalta-se, porém, que o município teve a preocupação de realizar uma Seleção dos Gerentes das 108 UAPS. Então, percebe-se que esses processos seletivos trazem suas falhas, uma vez que tendo-se feito seleção especificamente para essa finalidade, ter-se-ia um perfil mais próximo do ideal. Esse processo conforme fora evidenciado pelos depoimentos abaixo se deu em duas diferentes seleções com prova escrita e posteriormente entrevistas com os candidatos. Com diferença que na primeira preconizava-se que o candidato fosse servidor de algum âmbito da esfera municipal ou estadual.

Foi feita uma seleção, na primeira seleção que houve no município um dos requisitos do edital era ser servidor de algum âmbito, municipal ou estadual. Era ser servidor, e assim se deu a seleção. Prova escrita. Chamava-se para uma conversa, um diálogo, até para saber se a pessoa tinha o perfil. E aí é o momento da pessoa dizer que é isso mesmo que quer, porque a pessoa faz a prova e nem imagina como que vai se deparar (ARTICULADOR DA APS).

A segunda seleção já não tinha o pré-requisito de ser servidor então já foi um perfil mais ampliado de pessoas que fizeram. A maioria dos gestores que nós temos são da primeira seleção, tenho algumas da segunda seleção. Mas isso é controverso. Porque trabalhar na gerência de uma unidade, além de conhecer os processos que é muito importante você tem que ter uma empatia com a população, com servir o público então tem a gente tem um perfil bem diferente, é precisávamos mais de uma que facilitasse a liderança mesmo (ARTICULADOR DA APS).

Assim, sabendo que esse processo tem falhas, e num processo já fora do contexto de entrevista, com aproximações de diálogos mais ampliadas e após o encerramento das entrevistas, por algumas vezes se questionava essa incompatibilidade com o perfil de gerentes líderes em detrimento que houvera uma seleção. As impressões captadas vão ao encontro do pensamento que os processos seletivos guardam suas (im)parcialidades, digo, parcialidade, pois sempre era revelado, que de fato existiu a seleção, a prova, mas o seguimento do processo dela, mediada pela entrevista que sondava o interesse dos candidatos em está naquela atividade, (des)vela os conchavos políticos de indicação de pessoas não conforme ao atendimento de interesses pré-estabelecidos. Seria muito comprometedor fazer esse registro se não pontuar que isso, mesmo que em senso comum, do “jeitinho brasileiro”. Mas explicaria uma suposição para se ter um perfil tão diferenciados de gerentes quando na verdade se teve

uma seleção com critérios pré-definidos que logicamente facilitaria a formação de um grupo com fortes tendências ao liderar.

Em análise de quem seriam os profissionais gerentes das APS de Fortaleza, consta-se que em sua maioria tanto no nível central CEAPS, como no território das 108 UAPS, há uma considerável participação do profissional enfermeiro desenvolvendo essa atividade. Coadunado com o destaque dos estudos citados, que os enfermeiros desenvolvem forte potencial para atuarem como gestores/líderes nos serviços de saúde. Conforme Ribeiro; Santos e Meira (2006) a enfermagem é uma ciência que interage com as demais ciências e é imprescindível que o enfermeiro seja capaz de lidar com as demais categorias profissionais. Para tanto, é necessário um preparo adequado do enfermeiro como líder para atuar como elo na condução de mudanças, tendo como incentivo a motivação. Entretanto, Vieira, Renovato e Sales (2013) afirmam que a posição de liderança do enfermeiro mediante a sua equipe de trabalho não lhe garante o poder de um líder, pois eles defendem que a liderança não é concretizada apenas conforme os cargos institucionalizados ou pelo organograma e sim pela legitimação da relação entre os líderes e os liderados. Sendo assim, acredita-se que o processo de planejamento da APS tem apenas uma caracterização forte de enfermeiros que assume os processos de gerenciamento. Mas que independentemente da profissão a liderança é característica a ser plenamente desenvolvida para os que ocupem os cargos de gerentes na APS, tanto no nível da CEAPS, das Coordenadorias Regionais ou no nível local do território das UAPS.

Entende-se, pois, que a liderança é imprescindível para o alcance do sucesso das organizações, e para atingir tal sucesso, é preciso que haja entusiasmo, formação de ideias entre a equipe, estímulo para comunicação. Enfim, o líder carece ter influência e um conjunto de características para conduzir a equipe. As instituições de saúde, assim como as demais instituições, necessitam de profissionais comprometidos com o trabalho, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade aos usuários dos serviços de saúde, por meio da gerência e liderança. Investir na formação desses líderes pode provocar impacto na melhoria contínua dos serviços, sendo fundamental relacionar as características e as habilidades dos mesmos às relações interpessoais, principalmente no que tange à comunicação e à interação humana. Neste momento, é importante considerar o ambiente de trabalho como uma fonte de aprendizagem, pois é o local onde acontecem as oportunidades para o desenvolvimento da liderança. Para tanto, uma liderança eficiente poderá contribuir para a reorientação da atenção e do trabalho em saúde, proporcionando atendimento resolutivo ao usuário e em prol da

motivação do trabalhador. Sendo assim, organizar os processos de trabalho, assumindo o papel do líder nos serviços de saúde são os desafios da gerência em saúde.

Nesse sentido, apresenta-se o planejamento como o dispositivo de transformações necessárias para essa perspectiva e as outras mencionadas, coadunando-se com Abreu de Jesus e Assis (2011) que propõem, a partir do conhecimento de Paulo Freire, o entendimento das práxis do planejamento consubstanciado pelo elemento pedagógico. Pontua-se então que necessário entender a formação integrada para o consolidar os macroprocessos de trabalho da APS, advindos das relações dialógicas da consultoria, tutoria e dos desafios emergidos da coordenação e ordenação de cuidados pela APS, com o desenvolvimento de um planejamento que também possibilite desenvolvimento de gerentes líderes de saúde a partir da pedagogia da práxis, que é a pedagogia da liberdade, que, aliada à Pedagogia da Libertação se configura como a Pedagogia da Transformação, um status re-significado de pedagogia para a construção de atores sociais que pactuam consensos no equilíbrio de interesses (individuais e coletivos), mas em que se sobressai a necessária coletividade. É uma pedagogia inspirada no conflito e na contradição dialética da vida, na ação transformadora e na capacidade de intervir e aprender com a realidade em processo. A Pedagogia da Transformação, portanto, não se esgota.

Assim, na aplicação do campo da Saúde Coletiva, a análise da abordagem pedagógica permite intuir que o planejamento em saúde pode se dar em duas dimensões: a relacionada à manutenção do *status quo*, como resposta à pedagogia da alienação; e a relacionada à transformação social, como resposta à pedagogia da libertação e da transformação. A práxis e seus atores formariam então uma única totalidade, considerado suas singularidades e pluralidades. Os enfoques do planejamento em saúde reforçam essa ideia de totalidade, porque demonstram que a relação atores e suas práxis se revela num encontro entre as dimensões macro e micropolítica da sociedade concreta. Assim, transformar a realidade, como objeto primordial do planejamento em saúde é uma ação de sujeitos coletivos, que atuam na dimensão das práxis com a autonomia que lhes é conferida pela sua postura ante aos processos de planejamento, exigindo-lhe uma pedagógica libertadora, que se expressa numa autoridade construída através das lutas contra hegemônicas (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deveras, são apenas considerações, pois não poderia se concluir processos que são cíclicos e que carecem sempre de transformações quando se pensa o “deve ser”, o que de fato “poderia ser” e aquilo que “agora é”, sendo esses atos dos entendimentos (des)velado a partir do olhar das diferentes concepções que o analisam. Isso não diferentemente deverá ocorrer também no contexto de apreciação desta tese.

Neste estudo, buscou-se analisar a constituição do Planejamento na Atenção Primária em Saúde de Fortaleza, considerado as proposições de constituição, as (des)continuidades e os resultados operacionalizadas para o período de 2014-2017, constatando-se que este tem se dado num movimento contraditório e/ou complementar das proposições teóricas e de suas efetivações práticas, subjugado as tensões e os conflitos do pensar/fazer/transformar transversalizados pelas relações que se estabelecem entre os atores sociais .

Identifica-se que a disposição para o planejar se faz emergente não só pela instrumentalidade dos documentos oficiais impetrados pela dimensão político-institucional do Planejamento em Saúde, mas por meio das proposições de rompimento com o modelo burocrático e taylorista para adesão de um modelo de gerenciamento de Macroprocesso da APS, definidos como finalísticos, gerenciais e de apoio, tendo a delimitação da proposição de um Modelo de Gestão em Atenção em Saúde ancorado no desenvolvimento da capacidade institucional para a gestão das Redes de Atenção à Saúde com programas, projetos e ações focadas no usuário, nas necessidades de saúde da população, na integralidade e continuidade do cuidado, na garantia do acesso, na qualidade dos serviços e no respeito às condições adequadas de trabalho, com regulação facilitadora de acesso e garantidora de equidade, tendo-se a como proposta fundante: APS como coordenadora e ordenadora da Rede de Atenção em Saúde.

A instrumentalidade de fato não é negada pelos seus atores sociais, mas também não se caracterizam predominantemente por processos burocráticos e/ou cartesiano. Porém carecem de uma maior adesão as possibilidades de uma vertente comunicativa vivida pelos atores sociais no sentido de diagnosticar a realidade e propor as alternativas para transformá-la, sobretudo quanto da participação dos usuários neste processo, muito embora seja pontuado que na construção do Plano Municipal de Saúde (2014-2017) está participação tenha sido mais efetivamente considera, mas em suas (des)continuidades e os meios para viabilizar que isso aconteça, suscita maior participação, possibilitado por processos que se der em um ciclo

mais vivo das relações, possibilitando assim que os Macroprocessos da APS sejam melhores efetivados.

Este é o caminho acreditado! A continuidade dos processos em cada unidade analisando suas realidades e situações locais. É esperançoso o caminho que os atores (des)velam da possibilidade de entendimento das realidades locais com o planejamento como um dispositivo que pode transformar a realidade. De tal modo que se acredita que a postura de concepção pormenorizada que seja é uma luz para diminuir o vácuo dicotômico da relação teórico-prático, daquilo que pode ser chamado de “deve ser”, “pode ser” e o que “de fato é”

Nas rotinas de planejar e do programar a execução das ações de saúde para as finalidades pensadas, o município passou em 2013 a ser acompanhado por uma consultoria, tendo o objetivo de qualificar as práticas dos gestores, gerentes e profissionais da saúde, visando operacionalização de mudanças necessárias nos processos de trabalho, inicialmente com unidades laboratórios num processo viabilizado pela ferramenta de tutoria, com intencionalidade de sensibilizar outros territórios que as proposições eram possíveis. Entendendo-se como ganho real que os custos com a consultoria têm sido transformados em investimentos e que estão consubstanciados pela tutoria nas UAPS, tendo propiciado uma formação integrada que precisa avançar mais e mais.

A operacionalidade cotidiana do planejamento se dá por reuniões sistemáticas que precisam ser pensadas não apenas como um momento burocrático de prestação de contas à gestão, como fora (des)velado a partir das impressões que os gerentes sentem na interação com os trabalhadores e em virtude das visitas sistemáticas no território da UAPS, estando, assim, as interações recortadas pela relação de poder instituído, o que enfraqueceria as reais pactuações dos compromissos pelos atores. Recomendando-se fortalecer as ações de cogestão a partir dos Colegiados Gestores implantados para justamente enfrentar os entraves comunicacionais.

Assim, investiu-se em sistemas de apoio e logístico por meio das reformas, ampliação e construção de UAPS, proporcionando em melhor ambiências atreladas a Política de Humanização, e ampliação das de equipes de ESF e NASF, mas, apesar dos avanços, tem-se ainda uma baixa cobertura que fragiliza as potencialidades de ordenação e coordenação pela APS e, por seguinte, contribuindo na fragmentação do sistema, dado não se ter pontos de comunicação suficiente. Soma-se a isso, vínculos de trabalho precarizados, uma vez que a previsão de concursos públicos para APS e substituídas por sucessivas seleções públicas de contratos temporários, o que faz-se pensar acerca da vinculação dos profissionais com o território como outra problemática da fragmentação.

Nas estratégias para ampliar a atenção, entende-se que a lógica de um modelo economista é por ventura predominante, em que as avaliações dos objetivos das organizações estão ainda muito atreladas aos números de indicadores, mas sem uma leitura criteriosa do que de fato esses revelam. Necessitando sobretudo que seja pensado as avaliações dos resultados a partir da ótica que contemple a visão não apenas de quem compõe os cargos de gestão a partir de dados epidemiológicos, mas sim que sejam pensados numa perspectiva de fato de maior controle social que envolva gestores, trabalhadores de saúde e sobretudo os usuários do SUS, equacionando as reflexões dos atores acerca das questões de saúde e de soluções coletivas de enfrentamento.

É preciso romper essa característica e envolver cada vez mais a população atendida e os profissionais e trabalhadores de saúde do território de cada UAPS. Para que possam promover cooperação e pactuações de consensos solidários para enfrentarem com melhor conhecimento as suas necessidades, o que caracterizaria demandas mais definidas e conseqüentemente o planejamento de ofertas mais reais para o atendimento e concretização do cuidado integral da população, sob uma perspectiva eficiente, eficaz e de efetividade. Sendo um desafio emergente a necessidade de se promover sobretudo um maior alinhamento conceitual por conta dos trabalhadores e usuários acerca dos Macroprocessos da APS, bem visualizado na perspectiva de relação gestores de níveis central e pormenorizada nos gerentes de níveis locais.

Doravante, ressalta-se e se faz reconhecer os esforços e avanços para o pensar a consolidação da proposta de se ter a APS como coordenadora das redes de atenção e ordenadora do cuidado na perspectiva do Modelo de Atenção e Gestão adotado a partir das ações de fortalecimento do plano diretor deste nível de atenção com: melhorias na estrutura, construção, reforma e/ou ampliação de UAPS; aquisição de mobiliário e equipamentos, implantação de postos de coletas de exames e da lista padronizada de medicamentos da APS; esforços para o aumento da cobertura de equipes completas da ESF, implantação do NAC; melhora do sistema de logística para coleta de exames e rotinas básicas nas UAPS, incorporação da regulação à rotina dos profissionais da saúde da família (parametrização das agendas profissionais); informatização dos prontuários eletrônicos (melhorou a continuidade do cuidado, favoreceu a comunicação entre níveis assistenciais, permitiu o acesso rápido às informações e uma visão integral do usuário); e desenvolvimento e aplicação de protocolos gerenciais e de protocolos clínicos, orientando o fluxo de encaminhamentos e implantação do ponto eletrônico para os profissionais. Tendo assim melhorado a participação da APS no cuidado da RAS e ampliado o acesso, mas ainda bem distante de que essa possa atingir as

possibilidades e capacidade de atender e resolver 85% dos problemas de saúde, dados os processos de fragmentação presente ainda no sistema de saúde.

O Prontuário Eletrônico foi evidenciado como uma das mais importantes ferramentas utilizadas para monitoramento, controle e avaliação, sobretudo no acompanhamento das condições crônicas, subsidiando a Parametrização da Agenda dos Profissionais para melhor aproveitamento do profissional no período em que ele se encontra na unidade, possibilitando até mesmo uma organização para o equacionamento dos atendimentos de demanda espontânea no concerne as condições agudas e as condições crônicas a partir das áreas definidas como prioritárias e segundo a estratificação de risco com o melhor ordenamento de fluxos. Contribuindo ainda para a qualidade das informações, continuidade da assistência e para ações gerenciais da equipe de gestão e da equipe multiprofissional. As principais desvantagens do uso dessa ferramenta se dá por uma rede informatizada que ainda não é adequada para permitir uma melhor usabilidade, bem como limitações quanto adequação as necessidades de processo que ainda vem sendo implantados com vista a facilitar ainda mais os processos de monitoramento e controle, como alimentar o Painel de Bordo, outra estratégia de monitoramento, que subsidia a tomada de decisão dos gerentes e por ainda não integrar mais serviços sejam eles públicos ou privados

Acreditar-se que o processo de monitoramento, controle e avaliação do ciclo vivo de planejamento da APS em Fortaleza necessita agora vislumbrar avaliação sob a ótica dos usuários, pois tanto nos processos da operacionalidade cotidiana como na avaliação dos resultados estes são percebidos ainda a margem e de fato como atores passivos e não como atores sociais que possuem as mesmas potencialidades ou oportunidades de tomarem decisões nesse sistema fragmentado.

Assim, o entendimento acerca das (im)possibilidades da APS ser efetivamente a coordenadora da rede e ordenadora de cuidados se soma aos desafios que ainda devem ser enfrentados no tocante as respostas esperadas pelo sistema de saúde, sobretudo quanto a efetivação do MACC, o trabalho integrado e multiprofissional no cuidado, a oferta de novas estratégias de relações profissionais e usuários – para além de simples consultas, os planos de cuidados estabelecidos cooperativamente pela equipe de saúde e usuário alcance de metas no autocuidado – corresponsabilização, o fortalecimento de cuidados entre as diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção, a educação permanente de trabalhadores de saúde e usuários, as relações estreitas entre os serviços de saúde e as organizações comunitárias e o fomentar do desenvolvimento de lideranças na gestão e na atenção. Devendo estes serem

considerados como problemas do planejamento estratégico que podem ser enfrentados por meio de umas práxis pedagógicas do pensar/planejar/fazer/acontecer/transformar.

As práxis do planejamento na área de saúde, portanto, devem ser pensadas a partir de um dispositivo mobilizador das interações entre os atores sociais na efetivação de uma clínica ampliada de prática transformadora, que produz reflexões e possibilita consciência sanitária. Percebe e indica-se, então, que a organização dessas interações pode até mesmo ser pensada a partir das conhecidas e clássicas funções administrativas básicas, com o diferencial de que se tenham consensos e implicações do que de fato que se planejar/construir e consumir.

Além disso, salienta-se que de modelos teóricos a academia está cheia, no entanto presos aos seus muros. Sendo a pretensão desta tese muito mais que (des)velar os “nós críticos” de uma operacionalidade cotidiana do planejar em saúde e, portanto, dar devolutiva aos atores sociais envolvidos, colocando-se, então, como se fosse uma lupa em que se amplia para estes os seus cotidianos de práticas, que por vezes não conseguem ser enxergados dado o envolvimento com o processo. Por isso, dicotomizar tanto dificuldades/facilidades quanto avanços/desafios.

Por fim, entende-se que é na possibilidade de enxergar os seus resultados que os atores reconhecerão as potencialidades do uso do planejamento, do que estes “fazem dele”, (des)velando as possibilidades de aplicação do planejamento em saúde na transformação de realidades observadas. Podendo estes decidirem se por meio deste consolidam uma retórica e insatisfeita compreensão da manutenção de uma organização de saúde que não atinge os resultados esperados, recusando-se as possibilidades libertadoras do uso do planejamento sob umas práxis pedagógicas. Pois a omissão do planejar/fazer/acontecer/transformar seria então a negação do diálogo, negando a autonomia e a liberdade que se dá mediante o apagamento processual de um ciclo vivo de planejamento na e para a saúde. Sem o diálogo, sem autonomia, sem liberdade e sem história não há resultados transformadores de e para coletivos, e sim um produto assujeitado, sem sabor, sem intencionalidades, o que não permitiria assim um planejamento na concepção participativa tão preconizado e sonhado pelo SUS e conseqüentemente de tomada de consciência sanitária para transformação necessária dos desafios e dilemas da saúde. Planejar e realizar é possível! Dependendo substancialmente das forças propulsoras de seus atores sociais.

REFERÊNCIAS

- ABREU DE JESUS, W. L. **Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos**. 2006. 235f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, 2006.
- ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. (Orgs.). **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011. 174 p.
- AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.4, p.905-914, abr. 2008.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, v. 26, p. 286-98, 2010.
- ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saude soc.**, São Paulo, v. 5, n. 6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2012.
- ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, v. 18m p. 17-21, 2009.
- ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan./jul., 1998.
- ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, A. M.; JESUS, W. L. A. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v. 10, p. 189-99, 2007.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010. p.139-59.
- ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS. **Guia para o Gerenciamento de Processos de Negócio Corpo Comum de Conhecimento (BPM CBOK)**. [S. l.]: ABPMP, 2009, 326p.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 5, n. 2, 2009.
- BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J.T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.2, p. 295-304, 2011.
- BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. C. **Gestão pública e parceria público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 115-128.

BALBINO, A.C.; BEZERRA, M.M.; FREITAS, C.A.S.L.; ALBUQUERQUE, I.M.N.; DIAS, M.S.A.; PINTO, V.P.T. Educação Permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 249-266, jul./out.2010.

BARATA L. R. B.; TANAKA O.Y.; MENDES, J. D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saude**, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BOBBIO, N. **Estado, Governo e Sociedade**: para uma teoria geral da política. 12. ed. Tradução Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

BOBBIO, N. **Noberto Bobbio**: o filósofo e a política (antologia). Tradução de César Benjamin; Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil**. 2016. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 20 set., 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080, 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**, 20 set., 1990a.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão: regulamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série Pactos pela Saúde, v.3).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**. Sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso - Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa nos SUS- ParticipaSUS**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização Solidária e Cooperativa**, v.3 Brasília, 2006e. (Série Pactos pela Saúde)

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, v 4. Brasília: MS, 2006f. (Série Pactos pela Saúde)

BRASIL. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS). **Uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília, 2009a. 318 p.

CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1256-1260, 2009.

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

CÂMARA, G. et al. **Análise espacial de áreas**. São José dos Campos: INPE, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org). **Inventando a Mudança na Saúde**, São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-88.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CAMPOS, E. F. **A cadeia de valor em saúde: uma proposta de reorganização da Atenção na Saúde Suplementar**. Unimed Federação Minas, Belo Horizonte, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2337-44, 2010.

- CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; NUNES, E. D. (Orgs.). **Planejamento sem Normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 9-32.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 5, p. 24-34. 2009.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CAMPOS, G.W.S. et al. Notas sobre residência e especialidades médicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n.1, p. 141-144. 1997.
- CARVALHO, G. C. M. **O financiamento público federal do SUS 1988-2001**. 2002. 189f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Fiocruz, 2007.
- CENTRO DE EDUCAÇÃO E ACESSORAMENTO POPULAR. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009. 48 p.
- CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco, 2001. p.113-26
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2012.
- CECÍLIO, L.C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface**, v.13, n. 11, p. 545-55. 2009.
- CECÍLIO, L.C.O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CECÍLIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, jan./mar. 2010.

CELLARD, A. A análise documental. In: NASSER, A. C. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

CHANES, M. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 326-331, 2006.

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; STEPHAN-SOUZA, A. I. A regionalização: desdobramento da descentralização? **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 13, n. 1, p. 84-94, 2010.

CIAMPIONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. IN: KURCGANT, P. (Org). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface-Comunic, Saúde, Edu. Botucatu-SP**, v.12, n.14, p. 11-20, 2008.

CLAPIS, M. J.; NOGUEIRA, M. S.; MELLO, D. F.; CORRÊA, A. K.; SOUZA, M. C. B. M.; MENDES, M. M. R. O ensino de graduação na escola de enfermagem de ribeirão preto da universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 7-13, 2004.

COELHO, A. P. S. **O público e o privado na regionalização da saúde: processo decisório e condução da política no estado do Espírito Santo**. 2011. 256f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

COHN, A. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. S23-24. 2008.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. S7-S27, 2008.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1851-64, nov. 2007.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, 2005.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. M. Regionalização e dinâmica política de federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p.204-211, 2011.

DRUCKER, P. **Administrando em tempos de mudança**. São Paulo: Pioneira, 2002.

ELSON, S. Regionalization of health care from a political and structural perspective. **Healthcare Management Forum**, v. 22, n. 1, p. 6-11, 2009. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-70349774761&partnerID=40&md5=574fa47406b6879ec908143a4550b51e>>. Acesso em: 14 jul. 2012.

ESCOREL, S. et al. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005, p.59-81.

FERNANDES, F. M. B. Considerações Metodológicas sobre a Técnica da Observação Participante. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. [S.l.:s.n], 2011. p. 262-274.

FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 43, p. 95-103, 2009.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FEUERWERKER, L.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. 204 p.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2009.

FNQ – Fundação Nacional da Qualidade. **Critérios compromisso com a excelência e rumo à excelência**. São Paulo: [s.n], 2008.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de. Secretária Municipal de Saúde. **Mapa Estratégico da SMS de Fortaleza**. Fortaleza: PMF, 2014b.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza**. Fortaleza: 2014c.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017**. Fortaleza: 2014a. 245p.

FORTUNA, R.F. P. **A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional** 2011. 189f. Tese (Doutorado em Saúde coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, 2007.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: _____. **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 1997. 731p.

GALLO, E. Razão, poder e política para repensar o planejamento. IN: GALLO, E. et al. **Planejamento Criativo**: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992. p.11-40.

GALLO, E. et al. **Planejamento Criativo**: novos desafios em política de saúde. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992. p.11-40.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n.1, p.26-44, jan./mar. 1991,

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GUEDES, H. M. et al. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 5, n. 1, p. 37-44, mar. 2014 .

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, p. 283-88, 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2006. p. 37-56.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. Perspectivas democráticas e suas condições de possibilidade: interseções entre a participação política no SUS e a gestão em saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 85, p. 299-309, abr./jun. 2010b.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface- comunicação, saúde, educação**, Botucatu, n. 14, n. 34, p. 633-645, jul./set. 2010a.

HALL, R. J. **Organizações, Estrutura e Processos**. Tradução de Wilma Ribeiro. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, , 1982.

HAMER, M; CHAMPY, J. **Reengineering the corporation**. New York: Harper Business, 1994.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **British Medical Journal**, v. 320, p. 526-527, 2000.

HULLEY; S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2008. 384p.

IANNI, A. M. Z. et al. Metr pole e região: dilemas da pactua o da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, p. 925-34, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informa es sobre as cidades: Ceará**. Brasília: IBGE, 2012.

_____. **Informa es sobre as cidades: Fortaleza**. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230440&idtema=16&search=ceara|fortaleza|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. **Banco de dados**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil socioecon mico de fortaleza**. Fortaleza: IPECE, 2012.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observa o direta e pesquisa qualitativa. Em: POUPART, J.; colaboradores. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p.254-294.

JESUS, W.L.A de. **Re-significa o do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos**. 2006. 189f. Disserta o (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, 2006.

JESUS, W. L.A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribui es do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2012.

KRINGOS, D. S; BOERMA, W.; ZEE, J.; GROENEWEGEN, P. Europe’s Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. **Health Affairs**, 32, n. 4, p. 686–694, 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Anilka Medeiros Lima. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na atenção básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAVRAS, C. C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P.H.D.A. **Política e Gestão Pública**. São Paulo: Hucitec, 2011.

LEVCOVITZ, E. et al. **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília: OPAS, 2003, 74p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2. 2001.

LEVI M. L.; SCATENA J. H. G. Evolução recente sobre o financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. [S.l.]: Contra Capa, 2011.p. 81- 113.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.329-42, out./dez. 2009.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p. 39-66.

LIMA, L. L.; SOUZA, R. S.; RODRIGUES, A. M. M.; JORGE, M.S.B. Dilemas da educação permanente em saúde: capacitação, atualização ou instrumento de consolidação do SUS? In: JORGE, M.S.B.; LIMA, L. L.; PINTO, A. G. A. (Org.). **Caminhos da Formação em Saúde: políticas, desafios e contradições - Ensino, Pesquisa, Cuidado e Gestão**. Fortaleza: EdUECE, 2012, p. 169-187.

LINS, A. M., CECÍLIO, L. C. O. The UNI Program in Brazil: an evaluation of the coherence of its development and implementation processes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, 1998.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p.107-40.

LOPES, C. M. N. **Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará (1998-2002 e 2007-2009)** 2010. 255f. Tese (Doutorado em Saúde coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MACINKO J, et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. **Health Services Research**, v. 38, p. 819-853, 2003.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco**. 2. ed. Belo Horizonte, Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010.

MAGALHÃES JR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em BH. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: Edusc, UFRS; 2006. pp. 51-64.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013 .

MARTINS, C; LIMA, S. M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **RAS**, v. 16, n. 63, p.61-66, 2014.

MARX, K. **O Capital: Crítica da economia política: Processo de Trabalho e Processo de Mais-valia: Livro I**. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009. p.43-68.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009b. p.370-83.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: ESPCE, 2002.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de saúde no Brasil: Novos Rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: _____. **A Organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde**. [S.l.:s.n.], 2002.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: Tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MERHY, E. E. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-305. 2010.

MERHY, E. E. Ato de Cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 115-133.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 117-160.

MERHY, E. E. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo; MERHY, Emerson Elias; e MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Razão e Planejamento: reflexões sobre Política, Estratégias e Liberdade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MERHY, E. E. Redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. S3-11. 2008.

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

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.348-56.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-471.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ONOCKO CAMPOS, R.T. Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Gastão Wagner de Sousa Campos. (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 122-149.

_____. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington, D.C.: OPS; OMS, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud**. Washington, D.C.: OPS, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca**. [S.l.]: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington: OPS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, R. et al. **Gestão de Processos: pensar, agir e aprender.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J.S. Planejamento e gestão: para além da comunicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2279-2280, 2010.

PENHA, J. C. **A prática do enfermeiro dirigente no processo de Regionalização do Sistema Único de Saúde.** 2013. 189f. Dissertação (mestrado em cuidados clínicos) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

PEREIRA, A. M. M. **Dilemas federativos e regionalização da saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais.** 2009. 198f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

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

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, ago. 2013.

PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. (Orgs.). **Gestão de sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: UERJ; Instituto de Medicina Social, 2003. 389p.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2006. p. 21-36.

PINTO, A. G. A. **Transversalidade da clínica na atenção à saúde: limitações políticas, fragilidades assistenciais e vínculos comunitários na Estratégia Saúde da Família.** 2013 505f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

PIRES, M. R. M.; GÖTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009.

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem.** 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva.** Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia, 2007.

POUPART, J. A Entrevista de Tipo Qualitativo: Considerações Epistemológicas, Teóricas e Metodológicas. Em: POUPART, J. e colaboradores. **A Pesquisa Qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008, p.215-253.

RIBEIRO, P. T. Decentralization of governmental action in Brazil in the 90s: Challenges of the political-institutional environment. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: Desafios do ambiente político-institucional, **Ciênc. saúde coletiva**. v. 14, n. 3, p. 819-828, 2009.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

RIVERA, F. J. U. (Org). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. 2. ed. São Paulo: Cortez; Abrasco, 1992.

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

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2279-2280, 2010.

ROCHA, J. S. Y. A Gestão da Saúde no Brasil. **Medicina Social**, Ribeiro Preto, v. 5, n. 2, fev. 2005.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

RODRIGUES, M. Introdução ao geoprocessamento. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE GEOPROCESSAMENTO, 2., 1990. São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, p. 1-26. 1990.

SAMPAIO, J. J. C.; VASCONCELOS FILHO, E.V. Política, Planejamento e Administração em Saúde: um desafio técnico, político e psicossocial. In: Carneiro, C.; RUIZ, E. M.; LANDIM, L. P.; SAMPAIO, J. J. C. (Org.). **Acolher cidadão**: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá Ceará. Fortaleza: EdUECE,2006.

SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia)**: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. 203f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no PSF de Alagoinhas-BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.53-61. 2006.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 5, n. 1, 2009.

SILVA, J. M.; NASCIMENTO, M. A. A. **Planejamento em Saúde: a dialética entre teoria e prática**. Vitória da Conquista: UESB, 2011. 238p

SILVA, J.M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié-BA: a dialética entre a teoria e a prática**. 2006. 225f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SILVA, M. J. **Agente de saúde: agente de mudança? A Experiência do Ceará**. Fortaleza: DENF/UFC, 1997. 120p.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, 2014.

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, jun. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000600014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2012.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, out. 2009 .

SOUZA, R. S. **Os armadores, os punhos e o tecido vivo na conformação da rede de atenção psicossocial da região de Cascavel-Ceará: desafios político-institucionais e perspectivas tecnoassistenciais em saúde e enfermagem**. 2013. 189f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicas) - Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2013.

SOUZA, R. S. **Planejamento como dispositivo para consolidação do acesso nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará**. 2011. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

SOUZA, R. S.; PENHA, J. C.; VASCONCELOS, M. G. F.; SILVA, R. M. Ativando mudanças e superando retrocessos no processo ensino- aprendizagem: metodologias, estratégias e sujeitos. In: JORGE, M.S.B.; LIMA, L. L.; PINTO, A. G. A. (Org.). **Caminhos da Formação em Saúde: políticas, desafios e contradições - Ensino, Pesquisa, Cuidado e Gestão**. Fortaleza: EdUECE, 2012, p. 235-258.

SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 5, n. 2, 2012

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. O que é atenção primária? In: STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992. 262p.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

STEPHAN-SOUZA, A. et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. S35-S45, 2010.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: FSP; USP, 1998.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 5, p. 257-277, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2006. 237p.

TEIXEIRA, C. T. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: Edufba, 2010. 162p.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas; ABRASCO, 1992. 226p.

TESTA, M. **Saber em salud: la construcción del conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis RJ: Vozes, 2003.

VIANA, A. L. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-24.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et.al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, p. 1097-1102, 1997.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Primary Health Care:** Now more than ever: The World Health Report. Geneva: WHO, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Integrated health services - what and why? **Technical Brief**, Geneva, v. 5, n. 1, maio, 2008b.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa: PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA:
CONSTITUIÇÃO, (DES)CONTINUIDADE E RESULTADOS

Entrevistado: _____

Data: ____ / ____ / ____

Local: _____

Como se dá o planejamento das ações de saúde na rede de atenção primária?

Como você percebe o processo de planejamento em saúde na APS?

Como se estabelecem as relações entre os gerentes e equipes da APS para o planejamento? Há resultados relevantes nesse processo?

Quais as estratégias utilizadas para viabilizar o planejamento adequado das ações de saúde na APS?

Quais as principais dificuldades encontradas no processo de planejamento em saúde?

Quais as principais facilidades encontradas no processo de planejamento em saúde?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PESQUISA: PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE
FORTALEZA: CONSTITUIÇÃO, (DES)CONTINUIDADE E RESULTADOS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo intitulado, **PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA: CONSTITUIÇÃO, (DES)CONTINUIDADE E RESULTADOS** é a Tese de Doutorado em Saúde Coletiva de Rândson Soares de Souza, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge. Tem por objetivos analisar a constituição do planejamento na Atenção Primária em Saúde de Fortaleza, tomando como eixo o PlanejaSUS (2005-2015); descrever o entendimento dos gerentes sobre o planejamento no SUS e suas relações cotidianas; identificar as estratégias adotadas para viabilizar o planejamento na Atenção Primária em Saúde; e discutir os desafios e possibilidades que se articulam com a constituição do Planejamento frente ao processo de consolidação da Atenção Primária em Saúde. Primária. Convidamos você a participar do estudo, assegurando-lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória e sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A coleta de dados consiste de uma entrevista semiestruturada, que se você concordar será áudio-gravado, realizada pelo pesquisador. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para a produção de trabalhos acadêmicos e para a publicação em periódicos científicos na área da saúde. O que trará como benefícios a análise acerca de como vem dando o Planejamento em Saúde a fim de consolidar o acesso na APS de Fortaleza-CE. Após a transcrição e digitação das fitas, estas serão destruídas. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato os propositores da pesquisa: Rândson Soares de Souza por telefone (85)999158344 ou e-mail: randsonsoares@hotmail.com e Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge por telefone (85)31019826 ou e-mail: maria.salete.jorge@gmail.com. Podendo ainda consultar o Comitê de Ética e Pesquisa – CEPE da Universidade Estadual do Ceará situado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE ou por telefone 85 31019600 ou e-mail:cep@uece.br. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador, o qual você ficara com uma cópia. Fortaleza-CE, ____/____/____.

 Participante

 Pesquisador

 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa **PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA: CONSTITUIÇÃO, (DES)CONTINUIDADE E RESULTADOS**, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma. Fortaleza-CE, ____/____/____.

 Participante

 Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO DE PESQUISA DA SMS

 Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: P107502/2016

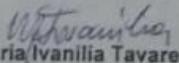
Título do Projeto de Pesquisa: **CONSTITUIÇÃO DO PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA A PARTIR DO PLANEJASUS: OLHARES SOBRE A POLÍTICA E O PODER**

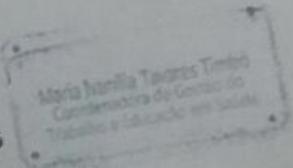
Pesquisador (a) Responsável: **RÂNDSON SOARES DE SOUZA**

Instituição Proponente: **UECE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 9 de Setembro de 2016


Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde


Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil
(85) 3105 1473 / 3131 1694

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO DE PESQUISA DA COGETS

 Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

À COORDENAÇÃO DA CEAPS

Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa da COGETS/SMS para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta CORES para ciência do início da coleta de dados.

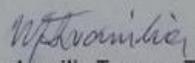
Seguem as informações sobre o referido estudo:

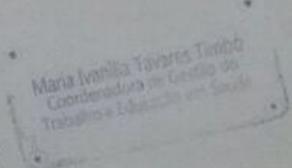
- **Título:** CONSTITUIÇÃO DO PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA A PARTIR DO PLANEJASUS: OLHARES SOBRE A POLÍTICA E O PODER
- **Pesquisador (a):** RÂNDSON SOARES DE SOUZA
- **Orientador (a):** MARIA SALETE BESSA JORGE
- **Instituição:** UECE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
- **Locais de realização da pesquisa:** COORDENAÇÃO DA CEAPS
- **Período de coleta de dados:** SETEMBRO À DEZEMBRO/2016

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGETS** e entregar a cópia do trabalho em CD ou DVD para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Fortaleza, 9 de Setembro de 2016


Maria Ivanilia Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde



Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil
(85) 3105 1473 / 3131 1694

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: GESTÃO EM REDES COMPARTILHADAS: espaços de tecnologia e inovação para o cuidado na atenção primária à saúde **Pesquisador:** Maria Salete Bessa Jorge **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 57795216.6.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

1.710.586

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de validação de tecnologia do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa metodológica desenvolve instrumentos e costuma envolver métodos complexos e sofisticados, incluindo o uso de modelos com métodos mistos (quanti-quali). Referese a investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas.

Esse estudo cabe a qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos (POLIT;

HUNGLER, 1995) Esse tipo de pesquisa é considerado uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para

elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção existente, ou ainda, elabora ou melhora um instrumento, um dispositivo ou um método de mediação (CONTANDRIOPOULOS, et al, 1997). A abordagem quantitativa na pesquisa metodológica permite

Continuação do Parecer: 1.710.586

análises do grau de precisão do instrumento e a abordagem qualitativa permite análises descritivas das opiniões dos juízes-especialistas, chegando à validação do instrumento pela concordância das sugestões e valorização da importância e satisfação desse instrumento para o público-alvo. O objeto de estudo exige a composição metodológica múltipla por apresentar uma complexidade estrutural e relacional nas dimensões e eixos de análise do fenômeno estudado.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as variáveis de contexto e de implementação do funcionamento das redes de saúde, bem como, as evidências qualitativas, com interface nas dimensões política, econômico-social, organizacional, assistenciais e ferramentas tecnológicas, em Fortaleza.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que se refere aos riscos (possíveis impactos negativos), os sujeitos participantes da pesquisa podem sentir desconforto, inibição ou incômodo em compartilhar informações pessoais ou confidenciais; Quanto aos Benefícios da pesquisa, este estudo gerará uma plataforma digital que facilitará as ações de monitoramento e avaliação das unidades de pronto atendimento, como também a participação dos usuários e sua satisfação com o serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo parte do pressuposto, que se a organização de redes integradas de atenção possui ferramentas e instrumentos adequados para a gestão ela é capaz de melhorar estado de saúde da população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços; Desta forma os resultados da presente pesquisa sem dúvida, através das tecnologias validadas, repercutirá de forma significativa na melhoria do atendimento prestado nas unidades de pronto atendimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão presentes, de acordo com os ditames da resolução 466/12 do CONEP.

Recomendações:

Projeto dentro dos conformes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência

Considerações Finais a critério do CEP:

Continuação do Parecer: 1.710.586

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_759242.pdf	13/07/2016 13:37:06		Aceito
Outros	roteiro_de_entrevistas.pdf	13/07/2016 13:36:35	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Outros	roteiro_observ.pdf	13/07/2016 13:35:51	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_trabalhador.docx	13/07/2016 13:34:24	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Outros	Anuencia_Pronex.pdf	13/07/2016 13:33:46	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	13/07/2016 13:33:09	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_gestaode_redes.pdf	13/07/2016 13:32:48	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores.pdf	13/07/2016 13:29:43	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_trabalhadores.docx	13/07/2016 13:29:26	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Cronograma	cronograma_redes.pdf	13/07/2016 13:29:01	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/07/2016 13:28:36	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 02 de Setembro de 2016

**Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)**