

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

RENATA PELLA TEIXEIRA

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE:  
O PLANEJAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO**

Brasília  
2014

**RENATA PELLA TEIXEIRA**

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE:  
O PLANEJAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, Núcleo de Educação, Avaliação E Produção Pedagógica em Saúde (EDUCASAUDE), da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Jeane Félix

Brasília  
2014

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como tema o planejamento como estratégia de gestão para as equipes de Atenção Básica. Ele objetiva descrever o componente Planejamento das equipes de AB no instrumento de avaliação externa do PMAQ, no primeiro e segundo ciclos do programa, visando refletir sobre as noções de planejamento que estão sendo ali atribuídas. As estratégias metodológicas para produção do material empírico deste trabalho foram: a análise documental do instrumento de avaliação externa do PMAQ e as narrativas autobiográficas, com a utilização de relatos de experiências que tive durante minha atuação junto ao PMAQ. Utilizei-me de tais estratégias metodológicas para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa. O referencial teórico utilizado para produzir as análises se baseiam no estudo de Teixeira e Jesus (2010), que indicam que, no campo do planejamento em saúde, no Brasil, são identificadas hoje, quatro vertentes, todas, de certo modo, contribuem na reflexão crítica acerca dos aspectos políticos do processo de planejamento, programação e gestão do trabalho na área de saúde. No componente planejamento do instrumento de Avaliação Externa observa-se que tanto no primeiro quanto no segundo ciclo existem algumas questões que estão alicerçadas nas quatro vertentes. Alguns resultados desta pesquisa indicam que: no instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, o planejamento está presente como um componente/bloco de questões que são feitas as equipes de AB; A incorporação da reunião de equipe, no segundo ciclo do programa, como parte do componente planejamento como um espaço estratégico para o planejamento, possibilitando às equipes um espaço institucionalizado para organizar suas ações.

**Palavras-chave:** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Planejamento, Gestão

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AE – Avaliação externa

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Referencial Teórico	8
1.2 Estratégias Metodológicas	10
2. PLANEJAMENTO E O PMAQ	17
2.1 Contextualizando o PMAQ no Cenário Brasileiro	23
2.2 O Planejamento e os Instrumentos do PMAQ	27
2.3 Vertentes do Planejamento em Saúde	29
2.4 Aproximações entre o Planejamento e a Gestão do Trabalho	33
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
4. REFERÊNCIAS	37

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o principal objetivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, como já diz o seu próprio nome, visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2012a).

O PMAQ é um programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de Atenção Básica (AB)<sup>1</sup>, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde tem atualmente como uma das principais diretrizes, executar a gestão pública com base no monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Para isso, diversificados esforços tem sido empreendidos para ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de Atenção Básica ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país, atendendo necessidades concretas da população (BRASIL, 2012a).

Dentro deste contexto de indução de práticas que viabilizem maior acesso e qualidade, o planejamento se apresenta como uma estratégia de gestão para as diferentes esferas de governo, como também para as equipes de AB.

Além do interesse em compreender de modo mais aprofundado o processo de indução pelo MS para se criar uma cultura de avaliação nos serviços de saúde, especificamente na AB, outros fatores me motivaram a discutir neste trabalho o tema planejamento atrelado ao programa, como indico a seguir.

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, fiz opção pelo termo Atenção Básica ao invés de Atenção Primária à Saúde, pois é a denominação utilizada na política de saúde brasileira.

A avaliação na AB esteve presente na minha formação desde a graduação, onde trabalhei com esse tema no Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, fazendo um levantamento bibliográfico sobre o tema nos anos 2000. Já na residência em saúde da família a avaliação também esteve presente. Na UBS – Clínica da Família, onde realizei os dois anos de residência, fizemos dois processos avaliativos do serviço e com isso repensamos o nosso planejamento anual, com discussões em reuniões semanais de equipe sobre como planejar e monitorar as nossas ações. A partir daí, o tema planejamento esteve presente no processo de trabalho da equipe na qual fazia parte e, como consequência, a monografia da residência teve um capítulo dedicado ao planejamento realizado pela equipe.

No que tange ao PMAQ, minha aproximação se deu como avaliadora/supervisora de campo, em 2012, no Rio de Janeiro. Em seguida ao término do campo, fui trabalhar no Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, atuando especificamente com o programa.

Por essa trajetória e por acreditar que o planejamento, assim como, os processos avaliativos podem interferir positivamente no processo de trabalho das equipes de saúde é que trago o tema do planejamento para a discussão dentro de um programa nacional que visa qualificar a atenção básica no país.

Desse modo, este trabalho tem como tema o planejamento como estratégia de gestão para as equipes de Atenção Básica. Ele objetiva descrever o componente Planejamento das equipes de AB no instrumento de avaliação externa do PMAQ, no primeiro e segundo ciclos do programa, visando refletir sobre as noções de planejamento estão sendo atribuídos no componente planejamento do instrumento de avaliação externa do PMAQ.

O planejamento, cada vez mais, tem se tornado uma atividade necessária para a prática do trabalho em saúde. Preocupar-se racionalmente com o futuro, pode promover a otimização de recursos e de tempo. Dessa forma, vislumbrar alguma utilidade para o planejamento na área da Saúde Pública é possibilitar valor de uso para a atividade, sendo com isso socialmente constituída.

Pensar o planejamento como uma estratégia de qualificação da gestão na AB pode potencializar a construção de espaços de produção, para o estabelecimento de

contratos e compromissos assentados em prioridades, as quais poderiam ser definidas em função de diretrizes (ONOCKO, 2003).

Diante da diversidade de saberes, culturas, competências e formação de cada profissional, um dos principais desafios consiste em garantir maior horizontalidade, cooperação e integração nas equipes (LIMA e MORAIS, 2011). Por isso, discutir o papel do planejamento para as equipes de AB, ao mesmo tempo orientando-se pela política do SUS, pelo perfil epidemiológico da região, por dados extraídos da demanda, pela ética e pelo que seria uma clínica de qualidade é fundamental para tentar redefinir papéis, responsabilidades e processos de trabalho.

Por fim, este trabalho pretende dialogar com as referências propostas e com os resultados obtidos através da descrição e análise do componente planejamento e com as cenas vivenciadas. Como ideia preliminar, toma-se que, com as questões presentes no instrumento de avaliação externa em relação ao planejamento é possível readequar e elaborar ferramentas, estratégias, planos, que possam contribuir para o processo de planejamento das ações das equipes de AB e promover reflexões acerca da estrutura das questões que são avaliadas pelo programa neste quesito. Acredito que o planejamento pode ser uma ferramenta importante para a melhoria da qualificação da AB no Brasil.

## **1.1 Referencial Teórico**

Alguns autores como Mehry (1995) e Teixeira e Jesus (2010) que indicam a existência das quatro vertentes do planejamento no campo da saúde no país, nos sinalizam que:

- A vertente da gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas defende um modelo de gestão colegiada e democrática, caracterizado pelas seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. A proposta de um modelo de planejamento é a de uma caixa de ferramentas, que inclui o Pensamento Estratégico de Testa, o Planejamento Estratégico-situacional de Matus, elementos da Qualidade Total, a Análise Institucional. Apesar da ênfase que a escola atribui ao Atendimento Básico, ela tem uma boa experiência na parte

hospitalar, na qual tentaram implementar seu modelo de gestão. Mais recentemente, a corrente introduziu com base na Saúde Mental os conceitos de acolhimento e vínculo, tão caros à Política Nacional de Humanização (PNH). Crescentemente preocupada com os microprocessos de trabalho assistencial, a escola introduziu novos instrumentos de análise como os fluxogramas analisadores.

- A vertente do Planejamento Estratégico Comunicativo, representado por núcleos do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde (DAPS) da ENSP/Fiocruz, adere ao Planejamento Estratégico-situacional, mas não se limita a ele. Incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais, adaptado da França. Também desenvolve toda uma reflexão de componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, a prática de argumentação ligada à negociação e à questão cultural, com alguma influência da escola da organização que aprende e de um ramo da Filosofia da Linguagem aplicada à gestão organizacional.
- A vertente da Vigilância à Saúde, representada por um grupo de docentes e pesquisadores do ISC-UFBA ou para outros autores um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico, postula um modelo de vigilância à saúde, fortalecido de modo a se poder pensar em uma inversão do modelo assistencial. Ela trabalha com a noção de Vigilância da Saúde, entendida como uma proposta de organização do conjunto de práticas que possam vir a dar conta da integralidade da atenção à saúde, inserindo-se, assim, no debate sobre as estratégias de mudança dos modelos assistenciais no âmbito do SUS (PAIM, 1997, 2006; TEIXEIRA, 1993, 1999, 2001; TEIXEIRA; PAIM, 2000; TEIXEIRA; SOLLA, 2006). Nessa perspectiva, incorpora o planejamento estratégico-situacional como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços.
- A escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da USP se evidencia pelas práticas experimentais de modificações das práticas

assistenciais da rede básica de atendimento, enfatizando formas multidisciplinares de trabalho em equipe. A problemática da integração e da coordenação é destacada. Atribui-se, tal como na escola da Vigilância, uma importância crucial ao uso inteligente da Epidemiologia Clínica e Social, como disciplina útil na possibilidade de programação das práticas de serviços, incluindo os clínicos. A escola considera que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares depende do estabelecimento de uma rede eficaz de conversações, ou seja, de processos comunicativos.

Essas quatro vertentes do planejamento subsidiaram conceitualmente a escrita deste TCC e as análises que aqui empreendo.

## **1.2 Estratégias Metodológicas**

As estratégias metodológicas para produção do material de análise deste TCC foram: a análise documental do instrumento de avaliação externa do PMAQ e as narrativas autobiográficas, com a utilização de relatos de experiências que tive durante minha atuação junto ao PMAQ. Assim, utilizei dessas duas estratégias metodológicas para alcançar os objetivos propostos.

A análise documental, muitas vezes, tem seu cerne na garimpagem de documentos. Nessa direção, as análises dependem dos documentos, que podem ou não ser facilmente encontrados. Alguns documentos, são mais difíceis de serem localizados, precisam ser encontrados, 'extraídos das prateleiras'. Na pesquisa documental, antes de realizar as análises, os documentos necessitam receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças, como num quebra-cabeça (PIMENTEL, 2001). Assim, são organizadas as categorias ou temas que serão analisados de acordo com os objetivos de cada pesquisa.

No caso deste estudo, não houve dificuldades para encontrar o documento a ser analisado. Como trabalhadora do DAB/MS que atua diretamente com o PMAQ, tive bastante facilidade em localizar os documentos que seriam importantes na minha análise. Desse modo, utilizei como documento o Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ, no componente Planejamento da equipe de Atenção Básica e as

ações da gestão para a organização do processo de trabalho da equipe. Outros documentos do programa foram importantes para embasar a análise do componente planejamento, são eles:

- Instrumento de avaliação externa
- Manual instrutivo do PMAQ
- AMAQ-AB

Nos quadros, a seguir, estão as questões de planejamento presentes nos Instrumentos de Avaliação Externa e que compõem o conjunto de documentos analisados neste TCC.

Quadro 1: Questões do Bloco Planejamento do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ 1º ciclo

Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe		
1	Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? <i>Se NÃO, passar para a questão II.9.8.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
1/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
2	Foi realizado processo de levantamento de problemas?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
3	Foram elencadas prioridades?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
4	Foi estabelecido um plano de ação?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
5	Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
6	A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? <i>Se NÃO, passar para a questão II.9.8.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
7	Quem realiza o apoio?  <i>O entrevistador deverá ler as opções.</i>	Apoiador institucional
		Profissionais da vigilância em saúde
		Outros profissionais da gestão
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
8	A gestão disponibiliza para a equipe de atenção básica informações que auxiliem na análise de situação de saúde? <i>Se NÃO, passar para a questão II.9.10.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
9	Quais são os recursos disponibilizados	Painel informativo

	para a equipe de atenção básica?  <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>		Informativos epidemiológicos
			Informativos da atenção básica
			Sala de situação
			Relatórios e consolidados mensais do SIAB
			Não sabe/não respondeu
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores
9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
10	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
11	A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
12	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses? <i>Se NÃO, passar para a questão II.9.16.</i>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
12/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
13	Qual o instrumento/fonte utilizada?		AMQ
			AMQ
			Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
			Instrumento desenvolvido pelo Estado
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
13/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
14	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
15	A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
16	A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

Quadro 2: Questões do Bloco Planejamento do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ 2º ciclo

**Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe**

1	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? Se NÃO, abre a II.8.1.2		Sim
			Não
1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?		Sim
			Não
3	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?		Sim
			Não
3/1	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe?  Poderá escolher mais de uma opção		Painel informativo Informativos epidemiológicos
			Informativos da atenção básica Sala de situação
			Relatórios e consolidados mensais dos SIAB
			Não sabe/não respondeu Outro(s)
			Nenhuma das anteriores
3/2	A equipe planeja/programa suas atividades considerando:  Poderá escolher mais de uma opção		A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
			As metas para a atenção básica pactuadas pelo município
			As informações do Sistema de Informação
			As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)
			As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)
			As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)
			Os desafios apontados a partir da autoavaliação
			O envolvimento de organizações da

			comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
			O envolvimento dos atores da comunidade
			O envolvimento de outros setores (intersectorialidade) que atuam na sua área
			Nenhuma das anteriores
4	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?		Sim
			Não
5	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?		Sim
			Não
6	A sua equipe já participou do PMAQ?		Sim
			Não
7	Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?		Sim
			Não
8	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
9	Qual o instrumento utilizado?  <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		AMQ
			AMQ
			Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
			Instrumento desenvolvido pelo Estado
			Outro(s)
9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
10	Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?  <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Muito Considerado
			Considerado
			Razoavelmente considerado
			Pouco considerado
			Não considerado
11	A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?		Sim
			Não
12	A equipe realiza reunião?		Sim
			Não
12/1	Quais profissionais participam da reunião de equipe?  <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Médico
			Enfermeiro
			Cirurgião-dentista
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Auxiliar/técnico de

			Saúde Bucal
			ACS
			Outros
12/2	Qual a periodicidade das reuniões? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Diária
			Semanal
			Quinzenal
			Mensal
			Sem periodicidade definida
			Não sabe/não respondeu
12/3	Quais são os temas das reuniões de equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Organização do processo de trabalho e do serviço
			Discussão de casos (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
			Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)
			Construção/discussão de projeto terapêutico singular
			Planejamento das ações da equipe
			Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde
			Educação permanente
			Avaliação das ações da equipe
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores

O uso da análise documental é vantajoso, pois constitui uma fonte rica e estável de dados. Como esses documentos subsistem ao longo do tempo, eles se tornam, ainda, a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica. (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009). A pesquisa documental vale-se tanto de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, quanto daqueles que ainda podem receber novas e diferentes análises de acordo com os objetos da pesquisa.

Para analisar o componente planejamento dos instrumentos de avaliação externa recorri a alguns autores que afirmam existir quatro vertentes de planejamento no país e foi à luz destas vertentes que analisei o componente planejamento nos dois ciclos do programa. Também utilizo estes instrumentos de coleta de dados do PMAQ para descrever o que consta no componente planejamento, para os dois ciclos do PMAQ.

No que tange as narrativas autobiográficas, para Silva e Maia (2008), elas se configuram como técnica e procedimento de produção de dados, subsidiando o estudo da formação e do trabalho em seus mais diversos aspectos. Valho-me das narrativas autobiográficas para relatar duas cenas que vivenciei em dois diferentes cenários de trabalho, que me parecem potentes, neste TCC, para refletir sobre os processos de planejamento, seja diretamente ligada a atenção ou a gestão, dialogando com autores que discutem o planejamento. Além das cenas descritas ao longo deste trabalho, utilizei minhas anotações em caderno de campo sobre alguns dos meus incômodos, inquietações e reflexões sobre planejamento que me ocorreram durante algumas reuniões e outros processos de trabalho no DAB. Assim como os diários reflexivos<sup>2</sup> produzidos durante o período da residência em Saúde da Família.

Dessa forma, foi a partir da análise documental e da escrita autonarrativa que este trabalho foi construído.

---

<sup>2</sup> Instrumento pedagógico de avaliação utilizado pelos residentes do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ENSP/Fiocruz para registrar, sistematizar e refletir sobre a prática no território de atuação.

## 2. PLANEJAMENTO E O PMAQ

### **Cena 1: Planejamento: é coisa apenas de especialista?**

Em uma UBS onde existiam 5 equipes de Saúde da Família, 1 delas resolveu, através das suas reuniões de equipe, realizar o seu planejamento anual. Esta equipe fez oficinas de levantamento de problemas, elencaram prioridades e governabilidade em relação a estes problemas, colocaram em uma matriz e dividiram as responsabilidades entre os integrantes da equipe. Feito isso e utilizando a matriz para monitorar as ações nas reuniões de equipe, após mais ou menos três meses surge uma discussão com uma especialista da área [de planejamento] para que a equipe inicie o seu processo de planejamento. Não houve nenhum questionamento se aquela equipe já havia pensado ou desenvolvido algo sobre o seu planejamento. Foi quando, durante a discussão, um dos integrantes da equipe disse que a mesma já havia feito um planejamento anual de suas ações. E a especialista, convidada pela coordenação da UBS, foi bastante deslegante questionando de forma alterada como havia sido feito aquele planejamento, deslegitimando todo o processo de saber-fazer da equipe. No final de uma discussão catastrófica a equipe levou o evento para a gerência da unidade, que pouco pode argumentar com a coordenação, visto que a mesma dominava pouco o processo de trabalho da equipe e preferiu legitimar o posicionamento do especialista da área.

### **Cena 2: Padrão Ouro?**

Em uma discussão em um grupo de trabalho da Comissão Intergestores Tripartite, foi debatido o instrumento de avaliação externa do PMAQ. A reunião tinha como objetivo pactuar tripartite as questões que constariam na avaliação externa, levando em consideração tanto a contemplação de questões importantes para o processo de trabalho da equipe quanto verificação como estão as equipes no cenário brasileiro. Na discussão do bloco de planejamento foi debatido como a equipe deveria realizar o planejamento e concluiu-se que mensalmente seria o “padrão ouro”. Porém não foi considerada a autonomia da equipe para decidir qual a melhor periodicidade para se realizar o planejamento.

As duas cenas utilizadas para abrir este capítulo, foram vivenciadas por mim em tempos e contextos diferentes. A primeira cena foi vivenciada em uma UBS onde estive por dois anos como residente, já a segunda cena, vivenciei como trabalhadora do MS/DAB. Ambas as cenas descritas acima nos ajudam a refletir sobre como os modos de uma equipe planejar suas ações podem ser atravessados por processos verticalizados. Nesse sentido, se as práticas de planejamento forem verticalizadas e não levarem em consideração que cada equipe no seu processo de trabalho pode adaptar, modificar e criar o seu próprio modo de planejar, o planejamento poderá se tornar algo engessado e sem valor de uso para as equipes no seu cotidiano de trabalho.

Compreendo o planejamento como um processo que está presente na vida humana antes mesmo de ser reconhecido como uma área do conhecimento. Por exemplo, para o cultivo de plantas utiliza-se do planejamento, desde os tempos mais remotos, para prever quando se deve iniciar o plantio tendo as estações do ano ou as fases da lua como balizadores para a organização de todo o preparo do solo para receber a semente.

No âmbito da saúde, no Brasil, a discussão sobre o planejamento como uma área do conhecimento, segundo Onocko (2003), tem suas primeiras recomendações no início na década de 1980, com documentos produzidos pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no marco da Saúde Coletiva Brasileira. Todavia, essa discussão em torno do planejamento se dava a partir de uma perspectiva prescritiva. Segundo a autora, houve mudanças neste campo, ao longo destas três décadas.

Para Testa (1986), o planejamento vislumbra mudança social, ou seja, a construção de uma nova sociedade com modificação na história. Já para Onocko (2003), no campo da saúde, planejar tem a função de mediação entre o objetivo ou finalidades do trabalho e o reconhecimento-intervenção sobre a subjetividade dos grupos que estão em ação. Em outras palavras, o planejamento seria uma estratégia de unir a organização do escopo de ações a serem desenvolvidas com a necessidade do grupo que as executa ver sentido no processo, para que assim, seja possível haver mudança de práticas nos serviços de saúde.

Neste trabalho de conclusão de curso, opero com um conceito de planejamento que compreende que os atores envolvidos na execução do

planejamento, devem participar desde sua formulação, assim como em todo o processo de implementação e execução das ações planejadas, para que seja possível gerar mudanças no que foi proposto. Nessa direção, compreendo o planejamento como um processo que deve provocar mudanças na organização do trabalho em saúde e que para ter valor de uso é necessário que os executores do planejamento estejam implicados, também, na sua formulação, visando superar a fragmentação entre “quem pensa” e “quem executa”.

Planejamento, desse modo, é o poder de organização que um grupo a fim de que suas ações sejam minimamente previstas. Ou seja, os grupos ou indivíduos devem criar processos para atingir o que se almeja. Para isso é necessário que se utilize de processos que façam sentido para quem os executam, pois assim é possível gerar mudanças positivas no alcance dos objetivos que foram propostos pelo grupo.

O planejamento conforma-se, assim, como atividade que possibilita a junção da ação racional, dos momentos singulares e subjetivos dos grupos. Ou seja, ela nunca está desvinculada do “posicionamento subjetivo dos que a planejam e executam” (ONOCKO, 2003, p. 28). Retomando a segunda cena utilizada no início deste capítulo, me ocorre as seguintes questões: será que queremos ser “padrão ouro”? Isso é possível dentro do nosso atual processo de trabalho? Enfim, outras questões poderiam ser feitas para exemplificar as relações entre o planejamento e as reais necessidades dos trabalhadores e serviços de saúde.

Pensar em espaços coletivos que possibilitem o trabalhador exercer seus processos criativos é fundamental para que os processos alienantes do trabalho fragmentado sejam superados ou, ao menos, minimizados. Campos (2000) aponta que “a alienação real impede ganhos de autonomia, ou seja, dificulta a construção dos sujeitos como seres com vontade e potência para exercer a cogestão dos processos de trabalho.”

Desde esse ponto de vista, é importante que haja essa discussão dentro dos espaços de trabalho, pois a compreensão do tema da alienação se faz necessária na sociedade moderna, tendo em vista que tais referências oferecem embasamento e suporte para as discussões sobre o mundo do trabalho em suas interfaces com a saúde e as práticas desenvolvidas pelos profissionais. Conhecer e refletir sobre os processos de trabalho de modo coletivo pode ajudar a enfrentar algumas das

dificuldades geradas pelas relações de poder existentes nos processos de trabalho em saúde, mas não apenas neles.

A alienação no processo de trabalho, em todas as suas formas, “não é uma consequência necessária da condição humana, mas um desequilíbrio, fruto da configuração que tem tomado historicamente as forças produtivas e as relações sociais de produção” (NEFFA, 1988). A alienação como um conceito histórico, é um produto, o resultado necessário das relações que se estabelecem no modo de produção capitalista. Pode-se dizer que, nesse contexto, há em todas as relações um grau de alienação. A nossa sociedade caracteriza-se pela apropriação privada do trabalho coletivo e pela distribuição desigual dos produtos desse trabalho. O trabalho é coletivo enquanto produção e é privado enquanto apropriação, ou seja, quem o produz muitas vezes não desfruta dos benefícios da sua produção. A apropriação do trabalho humano e seus excedentes têm se configurado como a base da alienação.

Campos, indica que, “na saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado do seu trabalho” (1997, p. 235). Os modelos de administração tradicionais impedem os trabalhadores de expressarem seus desejos e interesses, reforçando a alienação e tentando colocar uma camisa de força nos trabalhadores, cultivando assim a ilusão de que controlam todos os seus atos. Utilizar os espaços institucionalizados de discussão dentro da organização pode ser uma saída para a vocalização das demandas do grupo.

Neste trabalho, utilizo o conceito de Campos (2000) no qual o trabalho é compreendido como toda atividade humana voltada para a produção de valores de uso. A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho tende a ser uma das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que o usufruem. Um exemplo dessa fragmentação foi apresentado na Cena 1, utilizada para introduzir este capítulo, quando descrevi a postura do especialista no modo de conduzir o processo de planejamento. Naquela cena, a separação entre “quem pensa” e “quem deve executar” me parece bem definida.

Em outra direção, Franco (2006) pontua que o trabalho em saúde se dá por meio do encontro entre diferentes profissionais e desses com os usuários, ou seja,

são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações. Sem considerar essas relações, o planejamento pode tornar-se frágil, por isso planejar com certa maleabilidade é importante no setor saúde para contemplar esses fluxos que podem modificar através dos encontros entre os profissionais e destes com os usuários.

No entendimento do processo de trabalho em saúde, Pires (2000) acrescenta que este envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal:

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. (p. 85)

O trabalho em saúde tem como característica seu consumo no momento da sua realização. Descreve Campos (2007) que “os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo”. A afirmação de Campos nos possibilita algumas reflexões sobre as duas cenas descritas no início do capítulo. Na cena 2, foram propostas formas verticalizadas de realização dos processos de planejamento, desconsiderando o que equipes, em todo território nacional, possam refletir sobre a sua prática e organizar suas ações no cotidiano de trabalho. Com a cena 1, por sua vez, é possível observar algumas formas de resistência dos trabalhadores que, mesmo com prescrições sobre seu trabalho, criam focos de resistência a elas.

Oliveira (2007) identifica a necessidade da criação e implementação de novos arranjos e dispositivos capazes de disparar processos de mudanças nos modelos de atenção.

[...] a reformulação do processo de trabalho em saúde deve produzir novos acontecimentos na saúde, provocar mudanças nos sujeitos e nos contextos que, por mais que se operem no espaço micropolítico, abriguem no seu interior dispositivos capazes de gerar mudanças no instituído (OLIVEIRA, 2007, p. 40).

Nessa direção, podemos pensar no planejamento como uma ferramenta potente para provocar mudanças e fazer com que os atores envolvidos em sua construção sintam-se parte de um processo mais amplo de constituição de tais mudanças. Retomando a primeira cena trazida no início deste capítulo, é possível pensar que o especialista ao invés de desconsiderar o planejamento produzido pela equipe poderia tê-lo utilizado como um instrumento para promover reflexões e, a partir daí, junto com a equipe, desenvolver estratégias para qualificar o planejamento já elaborado.

A cena 2, por sua vez, nos remete a pensar como os processos decisórios verticalizados podem corroborar para a fragmentação e conseqüente alienação do processo de trabalho.

A partir da utilização de instrumental da gestão – planejamento – 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, p. 77, 2003), vislumbramos possibilidades dos coletivos de trabalhadores exercitarem a cogestão, refletindo e modificando suas práticas profissionais.

Entendendo cogestão como o conceito que busca fazer com que tanto trabalhadores quanto gestores sejam atores importantes na gestão do coletivo, sejam atuantes na formulação metodológica de organização do trabalho da gestão de modo a permitir maior eficiência e eficácia aos processos, utilizando o planejamento como instrumental para propiciar a construção de sujeitos livres e criativos num espaço democrático e participativo (BRASIL, 2004). Era o que podia ter fomentado a especialista em planejamento da cena 1, mas ao contrário utilizou-se de práticas verticalizada e autoritária de discussão com os trabalhadores da equipe.

Um planejamento que tem como finalidade a articulação colegiada e compartilhada, entre os atores inseridos no processo nos vários momentos da prática gerencial, buscando ultrapassar a separação entre informação, decisão, execução e controle das ações desenvolvidas no espaço territorial local (ASSIS et al., 1997, p.56) proporciona a todos os atores envolvidos uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade.

Por isso, o que é apontado nos instrumentos do PMAQ deve ter a pretensão de induzir processos e não de engessá-los. Haja vista o que foi descrito na cena 2, como padrão a ser seguido por todas as equipes no país, sem ao menos considerar as reais necessidades das equipes.

## **2.1 Contextualizando o PMAQ no Cenário Brasileiro**

Com o alcance de uma cobertura estimada pelo MS de mais da metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB que pode variar entre 20% e 40%, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem um papel central na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2012a).

Uma das estratégias indutoras de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é o “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” que visa um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na AB e, nesse sentido, o MS instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), através da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

Como disse anteriormente, de acordo com o Ministério da Saúde, o principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde e, entre os seus objetivos específicos, destacam-se:

- I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

- III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;
- V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VII – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012a).

O PMAQ se insere em um contexto no qual o Governo Federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre eles, é importante destacar o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como objetivo principal avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nas três esferas de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2012a).

Entre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, de acordo com o Ministério da Saúde, destacam-se:

- I – Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;

- II – Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;
- III – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;
- IV – Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;
- V – Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;
- VI – Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;
- VII – Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;
- VIII – Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- IX – Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;
- XI – Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade. (BRASIL, 2012a).

O Programa está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, quais sejam: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização.

A avaliação externa (AE) consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes da Atenção Básica participantes do programa. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das Equipes de AB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica (Brasil, 2012b). O processo de avaliação externa, também, possibilita:

- Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;
- Subsidiar a recontratualização das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
- Conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;
- Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2012b).

Para a realização da avaliação externa, o Ministério da Saúde contou com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade que aplicaram em todo o país os mesmos instrumentos avaliativos.

No primeiro ciclo do PMAQ, a avaliação externa esteve sob responsabilidade de 06 Instituições<sup>3</sup> de Ensino e Pesquisa juntamente com outras Universidades

---

<sup>3</sup> FIOCRUZ/ENSP, UFRGS, UFPEL, UFRN, UFBA/ISC e UFMG/NESCON.

Colaboradoras, já no segundo ciclo, foram 08 instituições<sup>4</sup> novamente com outras Universidades colaboradoras.

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. Para isso, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe. Este módulo será aplicado em todas as UBS do país, incluindo os municípios que não aderiram ao PMAQ, pois é integrante tanto do PMAQ quanto do primeiro Censo Nacional das UBS.
- Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário, e, ao mesmo tempo, verificar documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador da qualidade.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- Módulo *on line* - Módulo eletrônico - Este Módulo da avaliação externa compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações foram respondidas por gestores municipais em um sistema eletrônico (BRASIL, 2012b).

Este estudo visa analisar, no módulo II, o bloco de Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica, conforme descritos nos quadros 1 e 2 já apresentados. Excluir caso a opção seja colocar um quadro com as questões analisadas na metodologia

## **2.2 O Planejamento e os Instrumentos do PMAQ**

No instrumento de avaliação externa do PMAQ, o planejamento está presente como um componente/bloco de questões que são feitas as equipes de AB. Nelas

---

<sup>4</sup> FIOCRUZ/ENSP, UFRGS, UFPEL, UFRN, UFBA/ISC, UFMG/NESCON, UFPI e UFS.

são abordadas questões que por vezes são comprovadas através de documentos. No Módulo II, além do componente planejamento, existem outros 37 componentes no primeiro ciclo e mais 32 no segundo ciclo. O instrumento de avaliação externa do primeiro ciclo é do ano de 2012, já o do segundo ciclo é de 2013. É a partir destes dois instrumentos que elejo o componente planejamento para ser discutido neste trabalho. A seguir, apresento uma descrição do que consta no componente planejamento, tanto no primeiro quanto no segundo ciclo.

No instrumento de avaliação externa do primeiro ciclo, consta:

- Se a equipe se planeja
- Se no planejamento da equipe consta levantamento de problemas, eleição de prioridades, estabelecimento de um plano de ação e definição de resultados e de metas
- Se a equipe recebe apoio da gestão para o planejamento e para o monitoramento dos indicadores de saúde
- Se a equipe realiza processos autoavaliativos
- Se a equipe tem disponibilizado pela gestão ferramentas que auxiliem no seu planejamento

Já no instrumento de avaliação externa do segundo ciclo, consta:

- Se a equipe se planeja
- Se no planejamento da equipe consta levantamento de problemas, eleição de prioridades, estabelecimento de um plano de ação e definição de resultados e de metas
- Se a equipe recebe apoio da gestão para o planejamento e para o monitoramento dos indicadores de saúde
- Se a equipe realiza processos autoavaliativos
- Se a equipe tem disponibilizado pela gestão ferramentas que auxiliem no seu planejamento
- Incorpora reunião de equipe no bloco planejamento
- Incorpora os resultados do PMAQ no primeiro ciclo como ferramenta para o planejamento das equipes

Nas análises empreendidas, foi possível perceber que os instrumentos nos dois ciclos do PMAQ contemplam, em certa medida, uma visão de planejamento que tem como centralidade a participação de diferentes atores no processo de planejamento. Dessa maneira, o instrumento dialoga com esse viés do planejamento no que tange a gestão e as equipes.

A incorporação do item “reunião de equipe”, que não constava no instrumento do primeiro ciclo, no segundo ciclo do programa é incorporada ao componente planejamento, nos fazendo refletir como este espaço pode ser estratégico para o planejamento, possibilitando as equipes terem um espaço institucionalizado para organizar, monitorar e avaliar suas ações. Esses espaços também podem ser potentes para analisar e refletir sobre as dificuldades e potencialidades enfrentadas pela equipe.

Incluir os resultados do PMAQ do primeiro ciclo como ferramenta para as equipes me parece interessante para viabilizar que elas possam utilizar as informações coletadas, para que tenham valor de uso para as equipes e a gestão.

### **2.3 Vertentes do Planejamento em Saúde**

No campo do planejamento em saúde no Brasil são identificadas hoje, quatro vertentes, todas, de certo modo, contribuem na reflexão crítica acerca dos aspectos políticos do processo de planejamento, programação e gestão do trabalho na área de saúde (TEIXEIRA e JESUS, 2010). Em todas elas, encontramos elementos que podem ser importantes na análise do componente planejamento do instrumento de avaliação externa do PMAQ.

Como já evidenciado na introdução deste trabalho as quatro vertentes são:

- A vertente da Gestão Estratégica - defende um modelo de gestão colegiada e democrática, caracterizado pelas seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. A proposta de um modelo de planejamento é a de uma caixa de ferramentas, que inclui o Pensamento Estratégico de Testa, o Planejamento Estratégico-situacional de Matus, elementos da Qualidade Total, a Análise Institucional.

- A vertente do Planejamento Estratégico Comunicativo – que incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais, adaptado da França. Também desenvolve toda uma reflexão de componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, a prática de argumentação ligada à negociação e à questão cultural, com alguma influência da escola da organização que aprende e de um ramo da Filosofia da Linguagem aplicada à gestão organizacional.
- A vertente da Vigilância à Saúde – que postula um modelo de vigilância à saúde, fortalecido de modo a se poder pensar em uma inversão do modelo assistencial. Incorpora o planejamento estratégico-situacional como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços.
- A escola da Ação Programática – que se evidencia pelas práticas experimentais de modificações das práticas assistenciais da rede básica de atendimento, enfatizando formas multidisciplinares de trabalho em equipe. A escola considera que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares depende do estabelecimento de uma rede eficaz de conversações, ou seja, de processos comunicativos.

As quatro vertentes podem ser úteis na construção de uma metodologia para o planejamento das ações de saúde, quer se trate da elaboração do plano em âmbito nacional, ou do seu desdobramento em processos de planejamento estadual, regional, municipal e local (TEIXEIRA e JESUS, 2010). A partir da crítica desses dois autores pretendo analisar se no componente planejamento do instrumento de avaliação externa do PMAQ há elementos que mobilizem tanto a gestão municipal e estadual quanto as equipes a elaborarem o seu planejamento.

Podemos considerar que, a partir destas vertentes, surgiram pesquisas que fomentaram a sua implementação no cotidiano do trabalho, principalmente a partir da segunda metade dos anos 1980, quando se criaram condições políticas

favoráveis à institucionalização das práticas de planejamento e programação nas secretarias estaduais e municipais de saúde (TEIXEIRA e JESUS, 2010).

O PMAQ, como um programa de qualidade, visa induzir algumas práticas no cotidiano das equipes de AB, e o planejamento é algo caro ao programa visto que ele próprio fomenta a utilização de ferramentas que orientem as equipes a realizarem a sua autoavaliação, um exemplo é o AMAQ<sup>5</sup> (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB).

Utilizando o AMAQ ou outras ferramentas, como o AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade), produzido pelo próprio Ministério da Saúde, ou aquelas produzidas pela gestão estadual e municipal ou pelas equipes de AB são estratégias relevantes para a organização e o planejamento das ações.

No componente planejamento do instrumento de avaliação externa observa-se que tanto no primeiro quanto no segundo ciclo existem algumas questões que estão alicerçadas nas quatro vertentes. Porém, muitas vezes, nas questões não está explícito o que se quer medir. Observa-se isso na questão referente a disponibilização pela gestão de informações que auxilie as equipes de AB na análise de situação de saúde e também em outra questão complementar que indica quais são estes recursos disponibilizados.

Nessas duas questões, há um esforço em indicar a necessidade de utilização de recursos que possibilitem às equipes o planejamento de suas ações a partir de dados epidemiológicos, populacionais, de atenção à saúde entre outros, porém a questão não permite inferir que as equipes estão utilizando estes recursos e, sim se eles estão ou não disponíveis para as equipes.

Para a vertente de Vigilância em Saúde é importante modificar o modelo de atenção que ainda está calcado na doença para um modelo que vise à integralidade do sujeito. Para isso é necessário incorporar ao planejamento das equipes de AB ações que possibilitem ir ao encontro desse objetivo.

No componente do planejamento do instrumento de avaliação externa, pode perceber que nas questões do segundo ciclo do programa existe uma questão que pergunta à equipe o que ela considera para o planejamento de suas atividades, e nas dez opções de resposta há componentes que contemplam informações que podem atuar de forma positiva para a mudança do modelo de atenção, como a

---

<sup>5</sup> O PMAQ tem questões relacionadas a autoavaliação e a utilização de ferramentas autoavaliativas como é o caso do AMAQ, que é um dos documentos do programa disponibilizados para a equipe.

intersetorialidade, as questões ambientais do território (incluindo acesso à terra), o envolvimento de organizações da comunidade, questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades (violência, drogas).

Já o que nos aponta a vertente da gestão estratégica do LAPA, da Faculdade de Medicina de Campinas, é que estes estudos podem servir como referencial para a implementação de inovações na cultura organizacional da área da saúde, com a busca de autonomia criativa e superação das rotinas burocráticas que engessam o trabalho e limitam seu alcance social. Nessa perspectiva, apontam possibilidades de mudança em processos e práticas de planejamento nas instituições de saúde.

Indo de encontro a esta proposta está uma questão no componente planejamento. Nela se questiona se a equipe realiza alguma atividade de planejamento, porém esta atividade estaria recomendada numa periodicidade anual. Se pensarmos que os processos de planejamento devem ser caracterizados pela sua flexibilidade e fazer sentido para quem os usa, é necessário que não se engesse a periodicidade ou a forma, pois dependendo de cada realidade é que podem surgir os diversos arranjos.

A vertente do Planejamento Estratégico Comunicativo, representado por núcleos do DAPS da ENSP/Fiocruz nos aponta como essencial a negociação e a escuta de outros atores que podem estar envolvidos no processo de planejamento. A questão que se aproxima dessa vertente no instrumento de avaliação externa é, se a equipe receber apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho. Como ressaltam Rivera e Artmann (2010, p. 2267), a “concepção do planejamento é um processo interativo, que obriga a considerar os vários atores envolvidos e a viabilidade política dos planos”. Para estruturar melhor o planejamento é interessante que além da equipe de AB, haja representantes da gestão e dos usuários do serviço. Todavia, os usuários não foram contemplados dentro do componente analisado do instrumento de avaliação externa.

Finalmente, é importante citar que a vertente da escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da USP nos traz para refletir com o instrumento de avaliação externa que o planejamento não consegue ter toda a sua potência se não há uma articulação com a rede de serviços de saúde, pois a AB sozinha não consegue abarcar todas as necessidades de saúde dos sujeitos, nem somente o

setor saúde consegue é necessário que outros setores possam fazer parte de um plano de planejamento para que ele tenha sucesso.

O instrumento conta com outras questões que não se encaixaram em nenhuma das quatro vertentes. Acredito que muitas delas podem estar relacionadas com políticas ou programas que o Ministério da Saúde tenha interesse de induzir.

## **2.4 Aproximações entre o Planejamento e a Gestão do Trabalho**

A Gestão do Trabalho, no âmbito do Sistema Único de Saúde, trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para sua efetividade e eficiência.

A partir de 2003, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, fomentou-se, a partir da gestão federal, a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, entre outros (COBRA, 2011).

A gestão do trabalho, no contexto da administração pública brasileira, relaciona-se a conjuntura política e econômica mundial e pode ser compreendida por três grandes eixos: a mudança no modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho, e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho (BRASIL, 2011).

Nessa conjuntura, torna-se um desafio investir na Atenção Básica, que ao longo de duas décadas da implantação da Estratégia de Saúde da Família no país, passou por modificação na obtenção do financiamento, pela transformação do conceito de determinação social do processo saúde-doença e pela ênfase aos processos de trabalho em saúde. Porém, este desafio deve ser enfrentado pelos gestores na valorização dos seus trabalhadores, investindo na infraestrutura, como também na formação, educação, investigação e melhoria contínua da qualidade (PISCO, 2011).

O planejamento pode ser um instrumento útil para a melhoria dos processos de gestão do trabalho em saúde. Ele pode servir como referencial para a implementação de processos inovadores na cultura organizacional da área de saúde, com a busca de autonomia criativa e superação das rotinas burocráticas que engessam o trabalho e limitam seu alcance social. Nessa perspectiva, apontam possibilidades de mudança em processos e práticas de planejamento nas instituições do setor.

Dentro desse contexto é que se estabelecem as relações de trabalho na AB. Para Starfield (2002), a AB pode ser entendida como um nível de um sistema de serviços de saúde que tem como papel ser a porta de entrada para todas as novas necessidades e problemas de saúde, fornecendo atenção para a pessoa, não direcionada para a doença, integrando o cuidado fornecido em outro nível de atenção.

O planejamento na gestão do trabalho pode ter o papel de atuar como mediador entre as necessidades do SUS e o diálogo com a realidade local, como também fomentar o acesso aos dados, informações que orientem a tomada de decisões.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde.

O planejamento seria uma estratégia de unir a organização do escopo de ações a serem desenvolvidas com a necessidade do grupo que as executa ver sentido no processo, para que assim, seja possível haver mudança de práticas nos serviços de saúde.

A elaboração do presente trabalho buscou contribuir para a reflexão sobre a potencialidade dos processos de planejamento para as equipes de AB e para a gestão. Entendendo esse processo para além da organização dos processos de trabalho, mas também como uma estratégia para reflexão e fortalecimento das relações entre os profissionais. A organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, isso, implica na sua divisão no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores.

As cenas descritas neste trabalho indicam que os diferentes espaços de discussão sobre o planejamento são também arenas de disputa onde, muitas vezes, não se incorpora e não se legitima a potencialidade dos conhecimentos e da estratégias de quem executa esse planejamento. Desse modo, parece clara uma dicotomia entre quem formula e quem executa o planejamento no cotidiano do trabalho. Tal perspectiva precisa ser revista para que o planejamento seja um instrumento que qualifique os processos de trabalho na atenção básica

Nas análises realizadas nos instrumentos de Avaliação Externa do PMAQ, no que tange ao planejamento, foi possível perceber que os mesmos contemplam, em certa medida, uma visão de planejamento que tem como centralidade a participação de diferentes atores no processo de planejamento.

A incorporação, no segundo ciclo do programa, do item “reunião de equipe”, nos fez refletir como este espaço pode ser estratégico para o planejamento, possibilitando as equipes terem um espaço institucionalizado para organizar, monitorar e avaliar suas ações. Incluir os resultados do PMAQ do primeiro ciclo, como ferramenta para as equipes, também me pareceu interessante para a incorporação de valor de uso das informações para equipes e gestão.

Com esse trabalho foi possível perceber o quanto as equipes de AB e os gestores podem exercer sua autonomia com a busca de superação das rotinas burocráticas que engessam o trabalho e limitam seu alcance social. Nessa perspectiva, apontam possibilidades de mudança em processos e práticas de planejamento nas instituições do setor saúde.

Porém, algumas questões propostas pelos instrumentos de avaliação externa, são verticalizadas e prescritivas. Não possibilitando aos trabalhadores de AB atuarem de forma criativa, pautados no conhecimento dos seus processos de trabalho.

Para que haja um planejamento que incorpore e induza processos mais pautados em experiências, é necessário que não se desvincule a formulação do processo de quem os executam.

Assim, o planejamento pode ser entendido como uma estratégia dinâmica, estando em um processo contínuo de construção e desconstrução, sendo influenciada por fatores externos e também inerentes ao próprio processo de trabalho.

#### 4. REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M. Planejamento em saúde: uma possibilidade de ação participativa. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 55-60 , outubro 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 62 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesso em 27 de novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): documento síntese para a avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 55 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento\\_Sintese\\_Avaliacao\\_Ext\\_erna\\_2012\\_04\\_25.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Ext_erna_2012_04_25.pdf)>. Acesso em 27 de novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em 28 de novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília : CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. *HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: *Praxis en salud un desafio para lo público*. MERHY, E. E.; ONOKO, R. Editora Hucitec. São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: *Agir em saúde: um desafio para o público*. Org. MERHY, E.E; ONOCKO, R. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

COBRA, B.T. *Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: saúde se faz com a gente*. 8ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. São Paulo: Ribeirão Preto, 2011 - Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/conf/8conferencia/ta-2.pdf>> Acessado em: 26/04/2014.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.; CORBO, A. (Org.) *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FRANCO, T.B. *As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde*. Disponível em: [http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes\\_na\\_micropolitica\\_do\\_processo\\_trabalho\\_-\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf) Acessado em: 06 de maio de 2014.

GIOVANELLA, L. *Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa*. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 6 (2): 129-153, abr/jun, 1990.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=es>> Acesso em 03 de janeiro de 2013.

LIMA, B.P; MORAIS, M.S.T. Desafios do Trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família. In: SERRANO, R.M.S.M.; et al. (Org.) *Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde: abordagens e estratégias*. João Pessoa: Editora universitária da UFPB, 2011.

NEFFA, J.C. *Que son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*. Buenos Aires: Humanitas, 1988.

MARQUES, R.M; MENDES, A. *Atenção Básica e o Programa de saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?* Ciência & Saúde Coletiva, 8(2): 403-415, 2003.

MERHY, E.E. A Rede Básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: *Agir em Saúde: um desafio para o público*. MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: GALLO, E. *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

OLIVEIRA, G.N. *O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*. Campinas, SP: [s.n.], 2007.

ONOCKO, R. C. *O Planejamento no Labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cadernos de Pesquisa, n. 114, npo. 1ve7m9-b1r9o5/,2n0o0v1embro/2001.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde*. Rev. Bras. Enfermagem, n. 53, p. 251-263, 2000.

PISCO, L. *Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2841-2852, 2011.

RIVERA, F. J U; ARTMANN, E. *Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2265-2274, 2010.

SÁ-SILVA, J.R. ALMEIDA, C.D. GUINDANI, J.F. *Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas*. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais* Ano I - Número I - Julho de 2009.

SILVA, F.C.R. MAIA, S.F *Narrativas Autobiográficas: interfaces com a pesquisa sobre formação de professores*. Disponível em: [http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT\\_01\\_2\\_2.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_2_2.pdf) Acessado em: 28 de junho de 2014.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C.F; JESUS, W.L.A. *Correntes de Pensamento em Planejamento de Saúde no Brasil*. In: TEIXEIRA, CF, organizadora. *Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010.

TESTA, M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires. *Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación*. Buenos Aires, 1986. Mimeo