

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**  
**Departamento de Pós Graduação em Engenharia de Produção**  
**Programa de Mestrado em Engenharia de Produção Ergonomia e**  
**Organização do Trabalho**

**Francis Moreira de Mendonça**

**DO PLANEJAMENTO À AÇÃO: teoria e realidade da atividade**  
**gerencial nos serviços de Atenção Primária à Saúde -**  
**o caso de Ribeirão das Neves**

**Belo Horizonte**  
**2010**

**Francis Moreira de Mendonça**

**DO PLANEJAMENTO À AÇÃO: teoria e realidade da atividade gerencial nos serviços de Atenção Primária à Saúde - o caso de Ribeirão das Neves**

**Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Engenharia de Produção Ergonomia e Organização do Trabalho, da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.**

**Área de concentração: Ergonomia e Organização do Trabalho.**

**Orientador: Prof. Dr. Francisco de Paula Antunes Lima**

**Belo Horizonte  
2010**

Ficha catalográfica

NÚMERO MENDONÇA, Francis Moreira de

2010 DO PLANEJAMENTO À AÇÃO: teoria e realidade da atividade gerencial nos serviços de Atenção Primária à Saúde. O caso de Ribeirão das Neves. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

Número p.120

Dissertação (mestrado)

Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Mestrado em Engenharia de Produção Ergonomia e Organização do Trabalho.

1. Planejamento. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Programa Saúde da Família. 4. Gestão intermediária. 5. Estratégias. 6. Atividade Situada.

CDD: número

**Francis Moreira de Mendonça**

**DO PLANEJAMENTO À AÇÃO: teoria e realidade da atividade gerencial nos serviços de Atenção Primária à Saúde – o caso de Ribeirão das Neves.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Engenharia de Produção Ergonomia e Organização do Trabalho, da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção

Área de concentração: Ergonomia e Organização do Trabalho.

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca**

<b>Nome</b>	<b>Titulação</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Instituição a que pertence</b>
<b>Francisco de Paula Antunes Lima</b>	<b>Doutor</b>		<b>UFMG</b>
<b>Maria Cecília Pereira</b>	<b>Doutora</b>		<b>UFMG</b>
<b>José Marçal Jackson Filho</b>	<b>Doutor</b>		<b>FUNDACENTRO</b>

**Orientador: Prof. Dr. Francisco de Paula Antunes Lima**

**Belo Horizonte  
2010**

## **Dedicatória**

À minha mãe, Lecy, pessoa admirável, que não poupa esforços ao fazer o bem para qualquer um que lhe cruze o caminho. Exemplo de mãe, mulher, estudante e profissional. Mais do que isso, a base dos meus princípios e dos meus valores. Agradecer a ela é muito pouco perto do que ela merece.

## **Agradecimentos**

A prática da gratidão é um dos exercícios mais profundos que aprendi com o Budismo. O ato de agradecer revela um estado de abertura, de compaixão e de generosidade para com o que a vida nos oferece. O agradecimento aguça e direciona nossa percepção para tudo o que temos, ao invés de reclamar das pequenas coisas que não temos, ou que não podemos controlar. Agradecendo, o coração se abre; e agradecendo, começamos a perceber o quanto temos para agradecer.

O mestrado me proporcionou a oportunidade de enfrentar dificuldades como pessoa, como profissional, como estudante e como pesquisadora. Como diria OSHO, nesse caminho tortuoso do rio na tentativa de tornar-se oceano, os obstáculos me fizeram (e me fazem) mais forte, ajudando no meu desenvolvimento. Durante a caminhada, pessoas especiais cruzaram meu caminho. A elas, direciono meus agradecimentos:

Ao meu orientador, Francisco Lima, que me acolheu no Departamento de Engenharia de Produção, teve paciência e tolerância com minhas limitações, e que, apesar de enxergá-las (muitas vezes, mesmo antes que eu mesma as percebesse) acreditou em mim. Por ser um dos grandes responsáveis pelo meu crescimento profissional, e conseqüentemente pessoal, meu respeito e minha gratidão.

Aos professores e funcionários do Departamento de Engenharia de Produção, da Faculdade de Medicina, e outras instituições, que contribuíram para o meu aprendizado, disponibilizando atenção e tempo: Ada Ávila Assunção, Elza Machado, Fausto Mascia, Horácio Faria, Inês de Cássia, Maria Cecília Pereira, Rodrigo Ribeiro, Paulo Fleury, Tarcísio M. Pinheiro, Soraya A. Belisário, entre outros.

Aos colegas de caminhada, que dividiram as opiniões, as angústias e as alegrias de cada passo: Matilde Agero, Karoline Bragatto, Cinthia Versiani, Juliana Almeida, turma da SCCT, que marcou a melhor época desses longos dois anos, Fabiana Goulart, Gabriela Parreira, Fernando Ladeira, Mariana Oliveira, Mariana Braga, Stéfano Angioletti e Vitor C. Figueiredo.

Aos funcionários da Secretaria de Saúde de Atenção Básica de Ribeirão das Neves, sempre disponíveis e atenciosos, apesar de todas as dificuldades.

Ao amigo e parceiro Gilson Lemos, por compreender meus momentos de ausência.

Ao José Arnaldo Jorge, pela disponibilidade, apoio e incentivo de sempre.

Às minhas amigas-irmãs (família que eu escolhi) que me proporcionaram papos-cabeça, um pouco de conforto e os maiores (e melhores) momentos de riso ao longo desse percurso: Ana Paula C. Machado, Daniela Bahia, Elaine Venga, Flávia Pacheco, Isabella Cantarelli, Júlia Rocha, Laura Rodrigues, Lidiane Lima, Luciana Belém, Lívia Paiva, Marcela Bahia, entre outros amigos que sempre estão ao meu lado, ajudando e incentivando meu crescimento.

*“De tudo, ficaram três coisas:*

*A certeza de que estamos sempre começando...*

*A certeza de que precisamos continuar...*

*A certeza que seremos interrompidos antes de terminar...*

*Portanto, devemos:*

*Fazer da interrupção um caminho novo*

*Da queda, um passo de dança*

*Do medo, uma escada*

*Do sonho, uma ponte*

*Da procura... Um encontro”.*

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

O planejamento é considerado uma importante ferramenta de gestão na área da saúde. Seu desenvolvimento acompanha as mudanças ocorridas com a reforma da administração pública e a transferência parcial da tomada de decisões para níveis operacionais dos serviços. Em meio a esse cenário, é crescente o número de cursos, capacitações e tecnologias. Detectou-se, por meio do relato da gerente da Atenção Primária, que as capacitações no Município de Ribeirão das Neves partiam do pressuposto de que a gerência não planejava as ações. No entanto, do ponto de vista desta gerente, o que ocorre é um “planejar-fazendo”. Os questionamentos decorrentes desta afirmação conduziram à exploração da problemática em torno da existência ou não de um planejamento, das dificuldades e das ações realizadas por esta gerência. Buscou-se identificar os fatores propiciadores ou inibidores do planejar; as estratégias criadas pelos trabalhadores para lidar com as dificuldades impostas ao planejamento; e evidenciar as situações empíricas que poderiam explicar o que a gerente descreveu como “planejar fazendo”. Tais objetivos guiaram a realização desta pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, desenvolvida por meio de um estudo de caso, eminentemente empírico. O campo de pesquisa foi a Secretaria de Saúde de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais. Os sujeitos foram constituídos pela gerente da Atenção Básica do Município de Ribeirão das Neves, gestão 2008-9, e as pessoas com as quais a gerente manteve interações durante o tempo da pesquisa. Essas pessoas foram selecionadas segundo critérios de disponibilidade e relação significativa com o objeto de estudo. De acordo com os resultados obtidos, a elaboração do planejamento é dificultada pela rotatividade nos cargos de gerência e consequente falta de experiência dos gestores, adicionada à própria natureza do trabalho gerencial, que envolve brevidade, variedade, e fragmentação das tarefas. A operacionalização do planejamento enfrenta problemas relacionados à escassez de recursos financeiros e humanos no município, mas também a situações não triviais, envolvendo tanto o monitoramento das equipes quanto o cadastramento de pacientes, o que gera a necessidade de lidar com a incerteza e a imprevisibilidade. O momento de execução do plano encontra obstáculos inesperados relativos à interferência de fatores externos decorrentes do ambiente, como a antecipação da época chuvosa, e de incidentes que envolvem episódios de violência no município, entre outros. Além disso, a implantação de procedimentos derivados de decisões institucionais gerais, que não consideram restrições locais, revelou-se como fonte de novos problemas. Por outro lado, o caso da criação do cargo de Supervisor Regional corroborou o surgimento de estratégias emergentes e de seus aspectos favoráveis. Ademais, foi evidenciado tanto o cumprimento das etapas do planejamento descritas na literatura em saúde quanto o seu efeito positivo para guiar a operacionalização e execução do plano. Durante o enfrentamento de situações conhecidas, as estratégias puderam ser elaboradas e formalizadas por meio de negociações entre setores. O fato de haver rupturas temporais durante a execução do plano (inerentes à natureza do trabalho de gerente) não implica

necessariamente ausência de um plano, mas o redirecionamento dinâmico da ação, situada, (o “planejar-fazendo”) em decorrência eventos do mundo real.

**Palavras-chave:** Planejamento. Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Gestão intermediária. Estratégias. Atividade situada.

## ABSTRACT

Planning is a theme presented nowadays as an important management tool in the health area. Its development follows the administrative reform changes as well as the transference of decision-making responsibility to the lower levels of public organizations. This is a scenario where is increasing the number of courses, training and technologies related to the theme. It was detected, through the discourse of primary care manager of Ribeirão das Neves municipal district that such courses were based at the assumption that the manager does not plan her actions. Meanwhile, from the point of view of this manager, what happens is called “to plan while doing”. The current questions about this assertion lead to explore the problem about the existence of planning activity and its related difficulties. We tried to identify the propitiating and inhibiting factors, the strategies created by workers to deal with the difficulties of planning process; and to evidence empirical situations that could explain what the manager described as "plan while doing". Those objectives guided the realization of this qualitative, descriptive and exploratory research, unfolded by an empirical case study. The research field was Health's Secretariat of Ribeirão das Neves municipal district, in Minas Gerais state. The subject of this study were composed by the primary care manager of the municipality 2008-9 and the people manager kept interactions during the time of the research. These people were selected for convenience, availability and relationship with the object of study. According to the results obtained, planning elaboration is hampered by changes in management positions and consequent lack of managers' experience, added to the nature of managerial work, which involves brevity, variability and fragmentation of tasks. Planning operations faces well known problems related to lack of financial and human resources, but it is also presented by not trivial situations, involving both the monitoring teams and the patient registration, which creates the need to deal with uncertainty and unpredictability. Planning implementation faces unexpected obstacles related to interference of external factors regarding the nature, as the rain season anticipation, and incidents involving episodes of violence in the municipality. In addition, the procedures derived from general institutional decisions which do not consider local restrictions, prosecuted new problems. Besides, the creation of Supervisor Regional function corroborated the rise of ascendant strategies and its favoring aspects. The accomplishment of planning stages described by literature was evidenced as much as its positive effect. During the facing of known situations, strategies could be developed and formalized through negotiations between sectors. The temporal ruptures during the execution of what was planned (inherent to management activity) does not necessarily imply the absence of a plan, but it means that there is a dynamic redirection of situated action (“plan while doing”) caused by real-world events.

**Key words:** Planning. Primary health care. Family Health Program. Middle management. Strategies. Situated actions.

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 - PREPARO E PLANEJAMENTO PARA A ENTRADA DO PESQUISADOR NO CAMPO .....</b>	<b>52</b>
<b>QUADRO 2 - AGENDA DA GERÊNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA DE RIBEIRÃO DAS NEVES NO PERÍODO DE 06/03/2009 A 27/03/2009. ....</b>	<b>68</b>
<b>QUADRO 3 – DIÁLOGOS QUE EXPLICITAM A INCERTEZA DE INFORMAÇÕES E NECESSIDADE DE CHECÁ-LAS PARA RESOLVER PROBLEMAS. ....</b>	<b>82</b>
<b>QUADRO 4 – PROBLEMA DE CADASTRAMENTO .....</b>	<b>85</b>
<b>QUADRO 5 - DIFICULDADES INSTITUCIONAIS RELACIONADAS A DELIBERAÇÕES ISOLADAS DO ESTADO .....</b>	<b>91</b>
<b>QUADRO 6 – CAPACITAÇÃO: NEGOCIAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO .....</b>	<b>96</b>
<b>QUADRO 7 – FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES DO SUPERVISOR GERAL.....</b>	<b>103</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 - ESTRATÉGIAS DELIBERADAS E EMERGENTES.....</b>	<b>36</b>
<b>FIGURA 2 - DISPARIDADES ENTRE ORGANOGRAMA FORMAL E INFORMAL NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2008. ....</b>	<b>61</b>
<b>FIGURA 3 – FUNÇÃO ARTICULADORA ENTRE GERÊNCIAS E EQUIPES DE PSF DESEMPENHADA PELOS SUPERVISORES REGIONAIS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2008.....</b>	<b>99</b>
<b>FIGURA 4 - ESTRATÉGIA DAS REUNIÕES REALIZADAS ENTRE REPRESENTANTES DAS UBS E SUPERVISÃO REGIONAL.....</b>	<b>100</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO 1 - ACOMPANHAMENTO DA ATIVIDADE DE TRABALHO REALIZADA EM UM TURNO NA SALA DO GERENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - RIBEIRÃO DAS NEVES / MG (18/02/09) .....</b>	<b>69</b>
--	-----------

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1 – INCIDÊNCIA DOS CASOS DE DENGUE CONFIRMADOS EM RIBEIRÃO DAS NEVES, 2006-2008 .....</b>	<b>90</b>
<b>TABELA 2 – DIAGRAMA MENSAL DO CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES .....</b>	<b>90</b>

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ARDIP	Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias
BD SOCIAL	Banco de Desenvolvimento Social
CAD	Cadastramento
CENDES	Centro de <i>Estudios del Desarrollo</i> da <i>Universidad Central de Venezuela</i>
CMS	Conselheiros do conselho municipal de saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPD	Centro de Processamento de Dados
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
D	Deslocamentos
EM	Elaboração de um memorando
ENF/AUX	Enfermeiros ou auxiliares de enfermagem
ESF	Equipes de Saúde da Família
FT	Falar ao telefone
G/RS	Gerentes ou representantes de outros setores
GAB	Gerente da Atenção Básica
GAP	Gerência da Atenção Primária
GP	Gestão de Pessoas
INFO	Troca de informações
JA	Sigla fictícia usada para nomear o autor da fala
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MT	Manutenção
MPOG	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OT	Orientações Técnicas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Plano de Ações e Metas
PAS	Programação Anual de Saúde
PD&I	Grupo de pesquisa interdisciplinar e interinstitucional de desenvolvimento e inovação
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PESS	Contatos pessoais - Falar Pessoalmente
PMS	Plano Municipal de Saúde
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNS	Plano Nacional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RITGS	Rede de Inovação Tecnológica na Gestão Social
SECTES-MG	Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior de Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TF	Telefone fixo
UBR	Unidade Básica Regional
UBRs	Unidades Básicas Regionais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USU	Usuários

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>II O CONTEXTO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2 O PSF como estratégia da Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>21</b>
<b>III PLANEJAMENTO: ALGUNS MODELOS E REFERÊNCIAS FUNDAMENTAIS</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Conceito e modelos de planejamento</b> .....	<b>25</b>
3.1.1 Planejamento descendente .....	26
3.1.2 Planejamento Ascendente .....	35
<b>3.2 Confluência de outras abordagens na tentativa de aproximação entre plano e ação na prática</b> .....	<b>39</b>
<b>3.3 As prescrições do Planejamento em saúde no Brasil</b> .....	<b>43</b>
<b>3.4 Os gerentes em saúde e o planejamento</b> .....	<b>46</b>
<b>IV METODOLOGIA</b> .....	<b>49</b>
<b>4.1 Pressupostos que justificam a escolha metodológica</b> .....	<b>49</b>
<b>4.2 Procedimentos de pesquisa</b> .....	<b>51</b>
<b>4.4 Procedimentos de análise de dados</b> .....	<b>56</b>
<b>4.5 Restrições encontradas durante a pesquisa</b> .....	<b>57</b>
<b>V O PLANEJAMENTO EM RIBEIRÃO DAS NEVES: OS MODELOS TEÓRICOS NA PRÁTICA</b> .....	<b>58</b>
<b>5.1 Dificuldades na elaboração do planejamento</b> .....	<b>59</b>
5.1.1 A rotatividade dos gerentes.....	59
5.1.2 O uso do tempo e a natureza do trabalho gerencial .....	67
<b>5.2 Dificuldades para operacionalizar o plano</b> .....	<b>73</b>
5.2.1 Escassez de recursos financeiros e humanos no município .....	74
5.2.2 Dificuldades envolvendo o monitoramento das equipes .....	81
5.2.3 Problemas no cadastramento de pacientes .....	85
<b>5.3 Dificuldades em executar o plano</b> .....	<b>89</b>
5.3.1 Dificuldades institucionais relacionadas a deliberações isoladas do estado.....	89
5.3.2 O mundo externo: antecipação do período chuvoso e situações de violência .....	95
<b>5.4 O uso de estratégias ascendentes: a criação do cargo de Supervisor Regional</b> .....	<b>98</b>
<b>VI CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>109</b>

## I INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2007), o Brasil é um país “com tradição em planejamento governamental”. Nas décadas de 80 e 90, em função dos “desequilíbrios macroeconômicos”, a importância da função de planejamento no âmbito do setor público encontrou-se em declínio (BRASIL, MS, 2007, BRASIL, MPOG, 2007, p.7). Dentro desse histórico, a legislação brasileira, por meio da Constituição Federal de 1988, passa a destacar o planejamento como “pressuposto de uma gestão fiscal responsável, exigindo que o gestor público planeje suas ações, de modo transparente, visando ao aumento da eficiência da ação governamental e ao alcance de resultados” (BRASIL, MPOG, 2007, p.7).

No final dos anos 90, o planejamento readquire importância como ferramenta de gestão, dentro de uma nova abordagem, alinhada às tendências internacionais, “para melhorar a qualidade da aplicação dos recursos públicos disponíveis e para estimular a participação da iniciativa privada em investimentos de interesse público” (BRASIL, MPOG, 2007, p.7).

Essa valorização do planejamento pode ser detectada pelas demandas impostas às atividades gerenciais dos serviços de Atenção Primária à Saúde, por exemplo, por meio do Plano Plurianual (PPA), um dos instrumentos de planejamento do Governo Federal (BRASIL, MPOG, 2007, p.7).

Acrescentam-se a essa valorização os aspectos relacionados às mudanças ocorridas com a reforma administrativa. Dentre eles, ressalta-se a descentralização dos serviços de saúde e consequente transferência de parte da responsabilidade da tomada de decisões para os níveis mais operacionais das organizações públicas. Em decorrência, o funcionário público, profissional da saúde, situado na linha de frente do serviço, passou a assumir funções de gerente.

Este cenário impulsionou, com o objetivo de facilitar e melhorar as ações de planejamento, um crescente número de cursos, de capacitações e de desenvolvimento de tecnologias relacionados a este tema, em função da necessidade de adequar os processos locais de gestão às demandas do Estado e às capacitações elaboradas pelos “estrategistas” da área da saúde.

O mesmo contexto pode ser constatado no município Ribeirão das Neves, onde as capacitações foram ministradas por profissionais especialistas em saúde pública da Universidade Federal de Minas Gerais.

Após a ocorrência de uma dessas capacitações, em um período coincidente com a fase exploratória desta pesquisa, a gerente da Atenção Primária, fez a seguinte afirmação: “*Eles dizem que a gente não planeja, mas aqui não tem jeito, a gente vai planejando e vai fazendo. A gente planeja enquanto a gente faz!*” (Gerente da Atenção Primária).

Essa afirmação explicita a percepção da gestora a respeito da elaboração das capacitações, cujo pressuposto era de que a gerência não planejava suas ações. Entretanto, a mesma verbalização revela que existem dificuldades para realizar o planejamento e aponta para uma forma de planejar no decorrer da ação.

Diante de tais considerações, cuja força expressiva é evidente, algumas questões emergiram e nos orientaram ao longo da pesquisa: Pode-se realizar uma ação sem planejamento? Ou poder-se-ia pensar que a gerente está apontando para a existência de concepções diversas de planejamento? Ou o pressuposto assumido pelos formadores quanto à ausência de planejamento seria real? “*Mas, aqui não tem jeito*”. O que ela quis dizer com “*aqui não tem jeito*”? Quais são as impossibilidades, os obstáculos encontrados por essa gerente para a realização de suas atividades de trabalho? E, por fim, “*A gente vai planejando e vai fazendo*”. Como é feito isso: “*planejar enquanto se faz*”? Até que ponto, fazer e planejar podem se misturar sem que a própria noção de planejamento, enquanto organização prévia à ação, seja colocada em questão?

Estas questões fazem emergir o problema inerente à relação entre o planejar e o fazer - ou seja, como ocorre o “planejar fazendo” relatado pela gerência - e exigem o estudo do planejamento na atividade de trabalho da gerente, principalmente no que se refere ao planejar e ao fazer simultâneos.

A finalidade desta atividade de trabalho é que, como previsto no sistema de planejamento, os gestores e os profissionais de nível operacional atinjam os objetivos traçados pelo Estado. No entanto, as condições sócio-econômicas e geográficas do município, bem como as de organização do próprio setor de saúde e da prefeitura, apresentam-se como problemas que surgem na intermediação entre o planejamento das ações e sua execução, exigindo o desenvolvimento de estratégias, por parte da equipe de atenção primária à saúde, para a sua resolução.

Ora, se a gerente do setor de Atenção Primária do município de Ribeirão das Neves planeja, mas o processo de planejamento (elaborar, operacionalizar, executar) enfrenta dificuldades,

então ela deveria redirecionar as ações no sentido de fazer cumprir as metas estabelecidas inicialmente.

A fim de explicitar como esse processo de “planejar-fazendo” se realiza, optou-se pela pesquisa qualitativa, de natureza descritiva, desenvolvida por meio de um estudo de caso, eminentemente empírico.

O campo de pesquisa foi a Secretaria de Saúde de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais. Essa escolha foi facilitada por existirem demandas de projetos em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) na área de desenvolvimento de tecnologias para a saúde. Os sujeitos da pesquisa se constituíram principalmente pela gerente da Atenção Básica do Município de Ribeirão das Neves, gestão 2008-9, e pessoas com as quais a gerente manteve interações durante o tempo da pesquisa. Essas pessoas foram selecionadas por conveniência, disponibilidade e relação com o objeto de estudo.

Para o delineamento das ações que nortearam a pesquisa foram seguidos alguns objetivos específicos. São eles:

- a. Identificar fatores propiciadores e inibidores do planejar.
- b. Identificar estratégias criadas pelos trabalhadores para lidar com as dificuldades impostas ao planejamento.
- c. Identificar situações empíricas que possam explicar o “planejar fazendo”.

Essas ações tiveram por finalidade última gerar uma produção científica que possa contribuir para a melhoria dos serviços relacionados à saúde pública, com foco na atividade de planejamento da gerente da Atenção Básica no Município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

A realização de uma pesquisa que estuda o objeto “planejar-fazendo” voltado para a área da saúde pública justifica-se pelo desenvolvimento do processo de implantação do SUS, aqui representado pelo Programa de Saúde da Família, e pela necessidade urgente de melhorias nos serviços deste setor.

Visando à sistematização dos dados, este texto está estruturado em seis partes, incluindo esta INTRODUÇÃO, onde se delineou o tema proposto, o problema e os objetivos específicos,

delimitando o campo de pesquisa e demonstrando sua relevância e importância. A segunda parte, O CONTEXTO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, sintetiza o quadro institucional do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família como estratégia da Atenção Primária à Saúde. Na terceira parte, denominada PLANEJAMENTO: ALGUNS MODELOS E REFERÊNCIAS FUNDAMENTAIS, são discutidos brevemente alguns autores representativos dos modelos de planejamento, agrupados em termos de abordagens descendente e ascendente, para, em seguida, apresentar a confluência de outras abordagens que tentam aproximar o plano e a prática. Acrescenta-se a essa parte um levantamento das prescrições do planejamento em saúde no Brasil e de estudos sobre o trabalho real dos gerentes inseridos nesse contexto. Na quarta parte, intitulada METODOLOGIA, de maneira descritiva, encontram-se os pressupostos metodológicos que justificam as escolhas e os procedimentos realizados na pesquisa, bem como suas restrições. A quinta parte, O PLANEJAMENTO EM RIBEIRÃO DAS NEVES: OS MODELOS TEÓRICOS NA PRÁTICA, retrata o trabalho realizado em campo, apresenta as dificuldades na elaboração, na operacionalização e na execução do plano, destaca a questão da experiência e da criatividade na rotina de trabalho e enfatiza por meio de um relato de caso, a criação do cargo de Supervisão Regional, que demonstra uma situação em que ocorreu o planejamento de forma ascendente. Em conclusão, na sexta parte, CONSIDERAÇÕES FINAIS, retomam-se os objetivos do estudo, confrontando-os aos resultados obtidos e considerando-se a literatura pesquisada, discutindo a verificação da hipótese inicial e as contribuições desta pesquisa, assim como seus limites internos e externos.

## **II O CONTEXTO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A reestruturação no atendimento básico à saúde no Brasil influencia e permeia o processo de planejamento nesta área. Sendo assim, a compreensão dessa relação requer o conhecimento da construção histórica, dos princípios e das diretrizes, relacionados à atenção à saúde no país.

### **2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária à Saúde**

A Atenção à Saúde, da maneira como se apresenta atualmente no Brasil, se consolidou na década de 80 com o Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido na conjuntura do processo de redemocratização do país (BOSSERT et al, 2000; GALLO et al, 1988; LANA; GOMES, 1996; SHRAIBER, 1999; VIANA; DAL POZ, 1998, 2005).

A Constituição Federal de 1988 ratificou a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da forma de Atenção Primária preconizada no país. Na ocasião, a proposta buscou garantir o acesso ao atendimento em saúde para toda a população, o que até então era reservado apenas para os empregados que contribuíam para a previdência social (BRASIL, 2006).

O SUS fundamenta-se em princípios ideológicos ou doutrinários (ideais de universalidade, equidade e integralidade das ações) e princípios organizacionais (descentralização, regionalização e hierarquização). Sua história e seu desenvolvimento estão alinhados ao crescente reconhecimento, em quase todos os países do mundo, das iniquidades sociais e de saúde (STTARFIELD, 2002).

Neste sistema, o meio pelo qual a população tem acesso a especialidades básicas é a Atenção Primária à Saúde, cujo atendimento médico engloba as áreas de clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. De acordo com os ideais de concepção e implantação, este nível de atendimento seria capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde (BRASIL, MS, 2007, p.18).

Os princípios que regem a Atenção Primária à Saúde foram estipulados pela reunião da Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, que definiu a universalidade como principal meta social dos governos participantes. O modelo de divisão em níveis de saúde adotado na Grã-Bretanha, e a formulação do conceito de regionalização formaram as bases para se conceber um sistema de organização de serviços médicos que pudesse responder aos diferentes graus de necessidade da população. Esse arranjo teórico permeou o consenso sobre o conceito de

Atenção Primária à Saúde alcançado em uma conferência realizada em Alma-Ata, na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em 1978 (STTARFIELD, 2002):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ALMA-ATA, 1978, p.1-2).

No Brasil, o termo Atenção Primária à Saúde tem sido utilizado de forma correspondente à Atenção Básica à Saúde, este último como sendo uma adaptação brasileira ao primeiro termo, utilizado internacionalmente<sup>1</sup>. O conceito de Atenção Básica à Saúde foi adotado e formalizado por meio do documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, constituída pela Portaria GM/MS 676 de 3/06/03, como uma ampliação do conceito de Atenção Primária à Saúde, para considerar a utilização de tecnologias (BRASIL, MS, 2008d, p.3).

Atenção básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, MS, 2008d, p.3).

A característica de ser o primeiro recurso de saúde buscado pela população distingue a Atenção Básica como a “porta de entrada” aos serviços médicos, na tentativa de garantir a acessibilidade a estes. Tal nível de atendimento se caracteriza por ser de baixa complexidade. Para realizar procedimentos especializados, a população é direcionada à “atenção secundária”, também denominada “atenção por consulta” cuja complexidade é considerada média. A

---

<sup>1</sup> Devido a esta adaptação brasileira, e ao termo correntemente utilizado nos documentos municipais consultados e nas comunicações realizadas durante a rotina de trabalho na Secretaria de Saúde de Ribeirão das Neves, no presente estudo, será adotado o termo Atenção Básica à Saúde.

“atenção terciária” envolve o manejo da enfermidade a longo prazo e compreende o nível mais alto de complexidade e especialidade de procedimentos (STARFIELD, 2002).

Os serviços de atenção secundária têm o objetivo de

atender os principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimentos especializados. São serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. É constituída por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a atenção básica e a alta complexidade (BRASIL, MS, 2006a, p.23).

Os serviços de saúde terciários implicam a utilização de procedimentos que

envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: traumatologia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica (BRASIL, MS, 2006a, p.19).

Em resumo, a divisão entre os níveis primário, secundário e terciário é uma forma de conceber o sistema de saúde, marcada pela diferenciação do grau de incorporação de tecnologia material e de especialização de seus recursos humanos (ELIAS, 2003).

Essa concepção referente à hierarquização dos serviços de saúde no Brasil supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença por incluir em seu desenvolvimento práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe (BRASIL, 2008a).

Os pressupostos de continuidade do cuidado, acompanhando o indivíduo ao longo do tempo; de integralidade, que aumenta a abrangência da atenção; e de coordenação com os outros níveis de atenção, determina a co-responsabilidade da Atenção Básica com outros níveis de atenção. Isso significa que mesmo quando parte do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado por outro nível (ou serviço) de atendimento, o nível primário deve organizar e coordenar as ações que envolvem a atenção à saúde desse indivíduo (STARFIELD, 2002).

A estratégia adotada para a estruturação do atendimento no nível de Atenção Básica à Saúde à população é o Programa de Saúde da Família.

## **2.2 O PSF como estratégia da Atenção Primária à Saúde**

O modelo de Atenção Primária que se almeja é dificultado, na atualidade, pela tendência da fragmentação das profissões. Os profissionais se especializam e subespecializam-se para administrar e lidar com o crescente volume de informações. A fragmentação em

especialidades profissionais provoca um crescente estreitamento de interesses e competências profissionais e um enfoque nas enfermidades ou tipos de enfermidades específicas, em vez de voltar-se para a saúde geral das pessoas. Esta espécie fragmentada de organização exige maior aporte de recursos materiais e profissionais, além do desenvolvimento e uso de tecnologia de ponta para manter a pessoa enferma viva. Daí, a necessidade de reverter essa lógica dando ênfase a programas (preconizados pelo nível de Atenção Básica à Saúde) de prevenção de enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns, que, de maneira geral, não ameaçam a vida (STTARFIELD, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) emerge como uma estratégia de reorientação da saúde no Brasil, priorizando o atendimento relacionado à Atenção Primária, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, dentro dos princípios assistenciais e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), registrados na legislação brasileira. Ele teve início com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, quando a família passou a ser enfocada como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo (VIANA; DAL POZ, 1998, 2005).

A orientação para a família, preconizada pelos programas de prevenção e redução de desconforto causado por doenças, é uma maneira de proporcionar maior qualidade ao atendimento, já que oferece informações sobre o contexto dos indivíduos que a constituem. Ela fornece subsídios fundamentais - por meio do conhecimento acerca da capacidade da família em realizar e remanejar procedimentos de cuidados e tratamentos - para a determinação de diagnóstico e decisão a respeito das intervenções (STTARFIELD, 2002).

Inicialmente, o objetivo era contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (VIANA; DAL POZ, 1998, 2005).

Mas, a partir da experiência acumulada, o Ministério da Saúde percebeu que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) poderiam também ser peças importantes para a organização do serviço básico de saúde. Dessa forma, dois temas ganharam relevância no processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): a escolha do agente (envolvendo questões como processo seletivo, capacitação, avaliação etc.) e as condições institucionais locais da gestão da saúde (grau de participação dos usuários; formação dos

conselhos de saúde; grau de autonomia da gestão financeira; recursos humanos disponíveis; capacidade instalada disponível etc.) (VIANA; DAL POZ, 1998, 2005).

O PACS foi um auxílio para a implementação do SUS e para a organização dos sistemas locais de saúde uma vez que a adesão do município ao PACS passou a exigir requisitos como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a existência de fundo municipal de saúde para receber recursos e a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde (VIANA; DAL POZ, 2005).

Assim, o PSF emergiu estimulado de um lado, pelas experiências positivas de implantação do PACS e, de outro, pelas necessidades de agregar, em uma única coordenação, os três programas: o de Agentes Comunitários, o da Saúde da Família e o de Interiorização do SUS.

A operacionalização do PSF ocorre mediante implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF). Essas equipes são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser agregados à equipe outros profissionais, como fisioterapeuta e dentista. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias (3.000 a 4.500 pessoas ou 1.000 famílias) localizadas em uma área geográfica delimitada. As principais ações realizadas são direcionadas para promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, MS, 2001, 2008a, 2008d).

O PSF segue, em sua constituição ideológica, o princípio da descentralização proposto pelo SUS. Ele é efetivado por meio da responsabilização municipal da gestão e tenta se adequar às particularidades das diferentes regiões brasileiras, na busca de se tornar viável. Cada região tem suas características, bem como cada equipe se organiza e planeja suas atividades de acordo com as necessidades, possibilidades e limitações de sua micro-área. As condições de implantação do PSF envolvem os municípios em suas mais variadas dimensões como a política, a financeira e a geográfica e interferem nas avaliações de desempenho do programa (VIANA; DAL POZ, 1998, 2005).

O monitoramento do PSF é realizado pelo Ministério da Saúde. O principal instrumento gerencial utilizado é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por meio do qual o

Ministério da Saúde obtém informações sobre cadastros de famílias; condições de moradia e saneamento; situação de saúde; produção e composição das Equipes de Saúde da Família (ESF). O SIAB tem por finalidade fazer um diagnóstico sobre a saúde da população coberta e monitorar as ações das equipes por meio de relatórios sistematizados, fornecendo informações para subsidiar tomadas de decisão (BRASIL, MS, 2008d).

Atualmente, a descentralização da gestão preconiza o processo de tomada de decisão realizado de forma “ascendente” incitando a formalização do planejamento na esfera municipal em congruência com as diretrizes e metas traçadas pelo Estado. Os planos plurianuais e anuais são os meios utilizados para formalizar as ações a serem realizadas.

Os modelos de planejamento em saúde são derivados de outras áreas, fazendo com que seja necessário remeter a elas, e aos pressupostos envolvidos em suas origens, para compreender as dificuldades implícitas na sua aplicação prática.

### **III PLANEJAMENTO: alguns modelos e referências fundamentais**

A origem do planejamento é marcada pela necessidade inerente da sobrevivência e da adaptação humana às diversas condições e contingências como as biológicas, ambientais, sociais, financeiras que impõe ao ser humano organizar recursos disponíveis para realizar suas tarefas (SILVA, 2001).

Essa adaptação e polarização para fins que, em um primeiro momento, orientam a vida, implicam condicionamentos que dependem das experiências, geradoras de aprendizagens que estruturarão o comportamento. Dessas aprendizagens, surgem as “relações privilegiadas com certos objetos” cuja presença tenta-se antecipar. Nesse sentido, todo “projeto é vital, ligado ao ser vivo”. As “realizações que concretizam a experiência humana são anteriormente interiorizadas, refletidas, antecipadas e orientadas pelo mecanismo do projeto” (BOUTINET, 2002, p.269, 270).

Na nossa sociedade, do ponto de vista que envolve a cultura industrial e pós-industrial, o planejar é visto como uma “oportunidade”, associada às antecipações e previsões, de assegurar o domínio sobre a natureza, garantindo a legitimidade técnica e o desenvolvimento (BOUTINET, 2002). Daí surgiram os primeiros conceitos e modelos de planejamento utilizados na nossa cultura.

#### **3.1 Conceito e modelos de planejamento**

O conceito de planejamento, na área da administração, recorre à previsibilidade de ações, o que implica formulação de objetivos, definição de meios a serem utilizados para alcançá-los e determinação de prazos para que as mudanças previstas aconteçam (BARBOSA; BRONDANI, 2005; MAXIMIANO, 2000; MINTZBERG, 2004).

Algumas das primeiras referências teóricas sobre planejamento remetem-se à organização da produção industrial, quando Henry Fayol cita a “previsão” como um dos elementos de administração (GIOVANELLA, 1991).

Além de tentar conferir previsibilidade às ações, o planejamento é considerado “um instrumento que força, ou pelo menos estimula, os administradores a pensar em termos do que é importante ou relativamente importante, e também a concentrar nos assuntos de relevância” (ALDAY 2000, p. 10).

Diferentes formas de pensar sobre e de realizar o planejamento foram surgindo ao longo da história. No âmbito da saúde, a maioria das configurações de planejamento na América Latina, e conseqüentemente no Brasil, foi elaborada a partir do desenvolvimento de modelos de outras áreas do conhecimento (AHUMADA et al, 1965; RIVERA, 1989).

Grande parte dos modelos de planejamento emergiu por volta da década de 60. No entanto, os modelos se diferem quanto à sua evolução, de modo que alguns deles foram mais privilegiados do que outros, em termos de produção literária ao longo do tempo. Entre esses modelos, duas grandes divisões se distinguem por apresentarem pressupostos distintos, expressos aqui por meio das denominações: planejamento descendente, derivados das escolas prescritivas; e, planejamento ascendente, derivado das escolas descritivas.

### **3.1.1 Planejamento descendente**

Os modelos de planejamento, também chamados de escolas, focalizam perspectivas diversas no que tange ao processo de formulação de estratégias.

Dentro do grupo das escolas prescritivas, a ênfase dada aos diferentes aspectos do planejamento distingue cada escola. A escola do design focaliza a adequação entre as capacidades internas e possibilidades externas à organização. A escola do posicionamento fundamenta-se basicamente em cálculos. A escola do planejamento preocupa-se com a formalização detalhada dos procedimentos, considerando as mudanças de cenário (uma vez que não se pode prever o futuro) e com o controle estratégico relacionado às possibilidades de mudanças nas estratégias propostas (MINTZBERG, 2000).

O pressuposto comum desse grupo das escolas é que as estratégias pretendidas devem fluir de um processo consciente, controlado, analítico e formal. “A ação deve fluir da razão: as estratégias eficazes derivam de um processo de pensamento humano rigidamente controlado” (MINTZBERG, 2000, p. 32).

Uma das conseqüências gerada por esse pressuposto é a divisão entre o pensamento e a ação, isto é, a elaboração do plano, realizada por um “estrategista”, e a execução, feita pela base da pirâmide organizacional. Nessa perspectiva, as estratégias somente poderiam ser implementadas depois de desenvolvidas e explicitadas. O diagnóstico, seguido pela prescrição e depois pela ação, seria a forma de se alcançar, em um determinado período de tempo, os objetivos traçados (MINTZBERG, 2000).

Com base nesses princípios, e por influência da ONU - que difundiu a idéia de que planejar as ações seria uma “necessidade” para alcançar o desenvolvimento e superar as diferenças econômicas entre os países em desenvolvimento e os capitalistas centrais - o planejamento ganhou força na América Latina, onde a sua prática foi extensamente disseminada (COSTA, 2004; GIOVANELLA, 1991).

No âmbito da saúde brasileira, o planejamento foi instituído formalmente na década de 60 e evoluiu seguindo as tendências internacionais. O início das ações nessa área teve seu marco com o enfoque normativo de planificação, utilizado como metodologia adotada por governos durante os anos 50, 60 e 70. Alguns exemplos são o Plano de Metas de JK, o Plano Trienal, na primeira metade dos anos 60 e os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND) dos governos militares (COSTA, 2004).

O enfoque normativo de planejamento, instituído pelo método denominado CENDES / OPAS, surgiu do reconhecimento formal de ministros de Estado da América Latina sobre a importância do planejamento como ferramenta para a “promoção do crescimento econômico e para o bem-estar social”. O objetivo era elaborar um documento de caráter prático para a utilização na área da saúde, empregando-se conceitos das ciências sociais, engenharia e economia (AHUMADA et al, 1965).

A aplicação desta ferramenta seria útil para a tomada de decisões ou escolha entre objetivos diferentes entre si. A tomada de decisão seria baseada em critérios de eleição de técnicas e prioridades de modo a alcançar o máximo de eficiência, definida como a relação entre objetivos e recursos. Para tanto, de acordo com Ahumada et al (1965): o processo seria dividido em fases a) diagnóstico; b) planejamento propriamente dito (que envolvia a preparar os planos de ação, estimar os recursos financeiros disponíveis, decidir em quais áreas se aplicar os recursos e selecionar os instrumentos a serem empregados para atingir as metas); c) discussão e decisão; d) execução, avaliação e revisão.

Mesmo considerando a avaliação e revisão do plano, as normas e padrões não deixam de ter as características de tentar controlar a realidade e apreender a instabilidade do ambiente. Isto implica que apesar do reconhecimento das variações, elas devem ser controladas, como se a norma assegurasse a efetividade do resultado planejado (LIMA, F., 2005).

Algumas dessas normas estão baseadas em critérios de determinação de prioridades, por exemplo, o de custo para se evitar a morte por cada doença. Assim, os recursos seriam

distribuídos de acordo com prescrições ou técnicas de análise que demonstrassem o melhor custo benefício em áreas específicas da saúde. Para tanto, seria necessária a contratação de pessoal especializado. Neste caso, emerge a figura do planejador, como o sujeito que analisaria a realidade; estipularia metas de rendimento e eficiência para o uso dos recursos por setor da saúde e por patologia; tomaria as decisões e as discutiria com os órgãos governamentais (AHUMADA et al, 1965; GIOVANELLA, 1991).

Embora tenha sido largamente difundido, a utilização do método CENDES /OPAS revelava problemas por tratar-se de uma transposição rígida do planejamento econômico, por não considerar diferenças entre as regiões e áreas brasileiras, por não incorporar elementos políticos em sua elaboração e por não incluir um diagnóstico institucional, que apreciasse diferentes instituições prestadoras de serviço (GIOVANELLA, 1991).

A crítica e o questionamento a respeito desse enfoque são direcionados para a lógica de programação da saúde a partir de uma ótica materialista, para a questão da pouca consideração de aspectos relacionados ao diagnóstico de situação, à acumulação ou desacumulação de poder, e aos elementos que viabilizem mudança (ESMERALDINO; GIRONDI, 2008; RIVERA, 1989).

Outro aspecto negativo associado ao planejamento normativo é a sua rigidez com relação à revisão de normas, metas e instrumentos no sentido de que essa abordagem trata a norma como se fosse expressão da máxima racionalidade imposta à realidade, superpondo-se ao comportamento histórico, como se fosse possível prever, controlar ou domesticar a realidade. Desta maneira, o que ocorre é a exclusão do sujeito da realidade, como se ele estivesse fora dela, dando-lhe autonomia na interpretação e atuação sobre o real (RIVERA, 1987, 1989).

Enquanto alguns países tentavam adaptações ao modelo normativo, na década de 60, emergia a concepção de “planejamento estratégico” a partir da premissa de que o planejamento deveria se moldar às mudanças do ambiente (nos âmbitos econômico, social, tecnológico e político) alocando recursos, enfrentando as ameaças e aproveitando as oportunidades (ALDAY, 2000; BARBOSA; BRONDANI, 2005; MAXIMIANO, 2000; QUINN, 2006).

Parte dessas adaptações, relativas às considerações políticas, às tomadas de decisão frente a novos eventos, às relações de poder, às mudanças no mundo exterior, foram incorporadas ao planejamento normativo em saúde do Brasil, de modo que a estratégia se constitui como

análise do passado e propósito para o futuro, considerando os aspectos econômicos, políticos e sociais (GIOVANELLA, 1991).

O procedimento estratégico pressupõe respostas do sistema às ações para sua alteração, e a norma é o ponto para o qual se quer encaminhar o funcionamento do sistema. A trajetória é flexível, sujeita a revisões de acordo com as circunstâncias, e a busca da modificação do sistema baseia-se no conhecimento da realidade, e não em uma imposição sobre a realidade (GIOVANELLA, 1991).

A incorporação da palavra “estratégia” ao planejamento administrativo compreende a idéia de: a) plano, no sentido de estabelecer a direção ou caminho a seguir; e b) padrão, referente à consistência de comportamentos ao longo do tempo. Os planos para o futuro se constituem como estratégias pretendidas e os padrões extraídos do passado se referem às estratégias realizadas ou deliberadas (MINTZBERG, 2000).

Desta forma, o planejamento estratégico no Brasil surge, na segunda metade da década de 70 e principalmente na década de 80, como uma crítica sistemática ao enfoque normativo (RIVERA, 1989).

As características do enfoque estratégico, ao contrário da abordagem normativa, consideram o sujeito como parte integrante da realidade, coexistindo com outros atores. O diagnóstico e as situações seriam condicionados pelo lugar que os atores ocupam nessa realidade, que não é considerada como objeto. Os comportamentos sociais não são estáveis ou previsíveis, por isso o trabalho é feito com sistemas de final aberto ou probabilístico. Enquanto a categoria central que orienta o diagnóstico no enfoque normativo é a produtividade, no enfoque estratégico é o poder. Só há mudança se existe poder, ou seja, as mudanças que interessam são aquelas que podem afetar a disposição do poder no setor (RIVERA, 1987, 1989).

Esses fundamentos são considerados no planejamento estratégico proposto por Mário Testa para imprimir importância ao diagnóstico de situação e à consideração a respeito da viabilidade de mudança dentro da noção de pensamento estratégico. Tal diagnóstico pressupunha a identificação de setores sob a ótica do poder, ou seja, das relações entre forças sociais com interesses em saúde (ESMERALDINO; GIRONDI, 2008; GIOVANELLA, 1991; RIVERA, 1987, 1989).

O planejamento estratégico tal como definido por Mário Testa, critica e questiona o enfoque normativo principalmente no que se refere ao reducionismo economicista, que privilegia o custo. No que se refere às relações de poder, o autor remete o sucesso do enfoque normativo

em experiências restritas onde há concentração do mesmo, ou seja, onde não exista heterogeneidade de forças para disputá-lo, eliminando-se os conflitos ou contradições. Isso significa que tal enfoque demonstrou ter pouca validade em situações como de pouca homogeneidade ao nível de poder e baixa legitimidade popular (RIVERA, 1987, 1989).

Neste enfoque, incorporou-se a existência de três tipos de diagnóstico, cada qual ligado a um objetivo de planificação: administrativo, estratégico e ideológico. O que diferencia os tipos de diagnóstico são seus propósitos. O administrativo é a forma mais clássica de diagnosticar e visa o crescimento a partir de um enfoque funcional que envolve critérios biológicos e epidemiológicos. O diagnóstico estratégico tem o propósito de mudança, envolve as relações de poder e a interpretação social dos dados epidemiológicos. O diagnóstico ideológico visa à legitimação, ou seja, abrange o conseguir que uma proposta seja considerada aceitável pela maioria da sociedade, o que implica que as ações de saúde devem ajustar-se à ideologia dominante (ESMERALDINO; GIRONDI, 2008; GIOVANELLA, 1991; RIVERA, 1987, 1989).

Isso quer dizer que, para elaboração do diagnóstico, são considerados dados epidemiológicos, como o da incidência de dengue, por exemplo, dentro de um contexto que envolve a situação econômico-social da localidade, no qual as propostas devem ser pensadas levando-se em consideração a cultura e padrões de comportamentos da população. Assim, pode-se inferir a partir do referencial de Mario Testa que tal diagnóstico reforça: a importância de se considerar a situação na qual ocorre o fenômeno; a necessidade de se respeitar a viabilidade da mudança; e a necessidade de se identificar as relações entre poder e forças sociais com interesse em saúde.

Por outro lado, a literatura mostra que Mario Testa não está isolado em referenciar fatores além dos economicistas e da relação custo-benefício, para a construção de diagnósticos e para as tomadas de decisão em saúde. Dos primeiros modelos de planejamento estratégico em saúde emerge um modelo denominado de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Ele mantém alguns pressupostos do planejamento normativo tais como a idéia de que toda ação deve ser precedida de cálculo, de que as equipes especializadas são importantes e de que os “planificadores”, não se envolvem diretamente na prática da ação (MATUS, 1996; RIVERA, 1987).

O cálculo situacional, assim como outras modalidades de planificação, também considera imprescindíveis os problemas organizativos, políticos e financeiros, não bastando estabelecer somente um diagnóstico técnico dos problemas médicos, tampouco das questões estritas de saúde. O “planificador” atua sobre a realidade ou fenômeno, realizando um conjunto de operações, que enfrentarão problemas, aproveitando um conjunto de oportunidades (MATUS, 1989).

Todavia, ao contrário da abordagem normativa que tem foco no desenho do futuro, o cálculo situacional envolve o manejo simultâneo de vários recursos escassos, considerando-se o presente. Nessa abordagem que considera a situação, a simulação do que vai acontecer é apenas um produto intermediário, cujo fruto é a decisão a ser tomada no presente. Tais decisões podem mostrar-se ineficazes no futuro, dadas as mudanças situacionais. Ou seja, a planificação deve trabalhar considerando a incerteza e as variáveis que escapam à vontade ou ao poder (MATUS, 1989).

Esta exploração do futuro é imprescindível, porém não é o coração do plano. O coração do plano é a tentativa de governar um processo, e um processo só se governa por meio da ação. Consequentemente, a planificação se refere ao presente e isso lhe dá um grande sentido prático, liberando-a do sentido livresco que teve até agora. Se a planificação deve ser útil como cálculo que precede e preside a ação no dia-a-dia, tal cálculo não deixa tempo para escrever 18 volumes (MATUS, 1989. p.111).

A necessidade de dinamismo do “cálculo que preside a ação no dia-a-dia”, é justificada pela consideração da incerteza do futuro, sendo sua simulação articulada com a aprendizagem sobre o passado. Dada uma determinada meta, devem-se estabelecer com coerência os meios e os instrumentos para alcançar os objetivos. No entanto, uma norma (por exemplo, baixar as taxas de morbidade em 10%) pode ter problemas em sua execução e poderá ser sujeita a restrições. Sendo assim, ela só será consistente com a realidade inicial que a fundamenta e que muda permanentemente. Por isso, é necessário que a norma seja revisada para que ela não se torne uma aspiração inatingível dentro das restrições presentes (MATUS, 1989).

O estabelecimento e revisão de normas desta abordagem se diferenciam do planejamento normativo na medida em que agrega a necessidade de dinamicidade e utilização prática. Essas características são consideradas pelo método que orienta a operacionalização do PES. Ele é constituído por quatro momentos não sequenciais, simultâneos e em constante processo: um momento explicativo, quando são selecionados os problemas e discutidas as causas; um momento normativo, em que se desenha “o que deve ser”; um momento estratégico, no qual

se considera a viabilidade política, os jogos sociais e de poder; e um momento tático-operacional, quando ocorrem as tomadas de decisão e realização de ações (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1989, 1996).

Nesta perspectiva, o processo envolveria aprendizagem e retificação permanente, uma vez que é impossível fazer um único cálculo para toda a trajetória direcionada a um objetivo (MATUS, 1989).

Os momentos do método PES revelam uma característica do planejamento situacional que afasta a noção de “diagnóstico”, tratada por outros enfoques como uma situação de verdade única e científica. Ora, o que é problema para uns pode ser oportunidade para outros. Por isso, a realidade deve ser explicada dialeticamente, de modo que a realidade do “outro” também deva ser considerada e faça parte da situação. O ator que planifica coexiste com outros atores que também planificam, de modo que se pode contar tanto com a resistência ativa e criativa de oponentes como com a colaboração de aliados (MATUS, 1989).

Considerar esses aspectos é admitir que os atores participam de um “jogo social” repleto de incertezas, sendo necessário que considerem as forças opositoras e realizem ações estratégicas. Isso quer dizer que o homem, como sujeito de sua história, possui a capacidade de construir seu futuro, mas essa construção é limitada pelas circunstâncias (COSTA, 2004).

Uma das implicações envolvidas nesse aspecto é a de que, a qualquer dirigente, pode ser dada a livre escolha de seu plano (pode-se dizer seu projeto de governo), mas não a das circunstâncias (cenários) em que deverá executá-lo (MATUS, 1996; RIVERA, 1987).

Não obstante, o conceito de planificação, na abordagem do Planejamento Estratégico Situacional, amplia a categorização dos objetivos, considerando a “complexa realidade que rodeia o ator que planifica”, na qual ele precisa “lutar para alterá-la”. A maior complexidade deste enfoque não está no nível técnico, mas na ampliação do objeto da planificação para situações integrais (MATUS, 1989).

Estas premissas permeiam o conceito de situação, de modo a considerarem as relações entre vários âmbitos - por exemplo, saúde, economia e educação - que compõem uma situação concreta. Este conceito é fundamental em momentos de decisão em que pode haver múltiplos critérios de eficácia em conflito. O ator pode deparar-se com uma realidade em que deve optar por uma decisão com alta eficácia econômica, mas baixa eficácia política, ou vice-versa, e,

então, não existe ciência que dê conta de fundamentar tal opção. Desta maneira, quem conduz a planificação deve usar doses de “arte, experiência e intuição” (MATUS, 1989).

Esta idéia está presente nas escolas descritivas de planejamento que serão descritas adiante e é o indício da incorporação de outros elementos, como aspectos mentais, o aprendizado e a experiência, no processo de planejamento. Embora alguns desses novos aspectos tenham sido gradualmente incorporados ao enfoque normativo, a planificação estratégica não o excluiu totalmente, e as escolas prescritivas deixaram resquícios na literatura e na prática do planejamento.

Um desses resquícios é que a concepção do planejamento situacional foi realizada de forma a designá-lo como, além de um método, uma forma de governo, desenhada como instrumento de planejamento público, dirigido à alta direção dos governos (MATUS, 1996; RIVERA, 1987).

Outro vestígio da incorporação das idéias normativas e das escolas prescritivas é a utilização da nomenclatura utilizada na literatura que distingue os níveis de Planejamento Estratégico, Tático e Operacional.

A denominação “planejamento estratégico”, além de utilizada como incorporadora da palavra estratégia, como descrito anteriormente, também é utilizada para designar um nível de atuação que abrange toda a estrutura organizacional, elaboração de objetivos e definição geral dos cursos da ação por altos níveis hierárquicos da organização (BATEMAN, SNELL, 2006; OLIVEIRA, 2004).

Para o planejamento realizado no nível de média gerência a nomenclatura comumente utilizada é a de “planejamento tático”. O planejamento tático adapta os objetivos, as estratégias e as políticas previamente estabelecidas pelo planejamento estratégico para atingir as metas estabelecidas. Sob essa perspectiva, planejar taticamente implica analisar (decompor) todo o planejamento estratégico e ajustá-lo às realidades locais, o que impõe dificuldades de ordem prática na medida em que o planejar gera a necessidade de adequar os objetivos de curto prazo de modo que sua execução leve à concretização dos objetivos em longo prazo (BATEMAN, SNELL, 1998; OLIVEIRA, 2004).

Num terceiro patamar, encontra-se o “planejamento operacional” caracterizado pela formalização de planos de ações ou planos operacionais, pela criação e/ou implementação das

metodologias de desenvolvimento produzidas pelos baixos níveis de gerência, ou mesmo pelo pessoal não administrativo. Nesta situação, têm-se os planos de ação ou planos operacionais (BATEMAN, SNELL, 1998; OLIVEIRA, 2004).

Essa nomenclatura divide a elaboração do planejamento, descrita como planejamento estratégico, da sua operacionalização e execução. O modelo situacional sugere que em cada nível da organização, e em cada setor, os três níveis de planejamento (estratégico, tático e operacional) sejam realizados.

O que se propõe fazer em cada setor ou unidade operacional seria articulado com os objetivos da planificação diretiva ou global. A ação, ou o conjunto de operações, formaria um produto concreto, com um responsável por suas etapas (desenho, execução, controle, revisão), que poderiam mudar de acordo com as circunstâncias, de maneira que “a planificação seria uma forma de organização para a ação” (MATUS, 1989).

Em relação à dimensão temporal, os prazos de execução do planejamento poderiam ser diferenciados normativamente em quatro instâncias temporais de planificação, fundamentadas na conjuntura, que precede e preside a ação; na relação com o calendário (anual); relacionadas com o período de governo; e fundamentadas em periodicidades de longo prazo (MATUS, 1989).

Esta divisão, em níveis, hierárquica e temporal, mantém o pressuposto de que a mente é separada da matéria, a gestão da operação e o plano da ação. Pode-se inferir, a princípio, que a noção de estratégia fundamentada no conceito de situação e realizada no campo da saúde, buscou instituir um tipo de normatividade que considerasse não somente o campo quantitativo, mas que fosse construída respeitando os elementos qualitativos, considerando-se a viabilidade e a dinâmica político-social.

No setor público, as vertentes do enfoque estratégico em saúde se encontram em difusão na América Latina. A idéia de planejamento “ascendente” – compreendendo a idéia de estratégia conforme as escolas descritivas da literatura da administração - foi recentemente incorporada aos documentos do Ministério da Saúde.

### 3.1.2 Planejamento Ascendente

Asserções sobre as questões da previsibilidade e das mudanças em condições insatisfatórias, presentes na bibliografia geral sobre planejamento, também foram encontradas na concepção de planejamento do Ministério da Saúde.

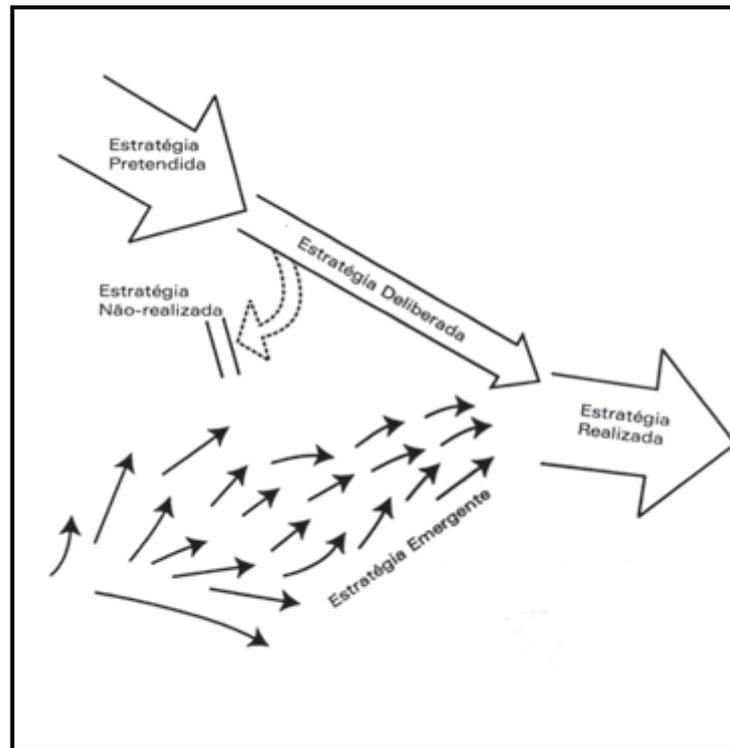
Para o Ministério da Saúde, planejar é “decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro” (CHORNY, 1998 apud BRASIL, MS, 2009).

A característica “ascendente” é definida na Lei Orgânica da Saúde, capítulo III, Do Planejamento e do Orçamento, em seu Art. 36,

o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

No entanto, a condução, a operacionalização dos pressupostos, das leis, dos processos necessários ao funcionamento do SUS, segundo o próprio Ministério da Saúde, é um desafio. Este desafio compreende o enfrentamento das desigualdades nas condições de saúde - relacionadas ao acesso, à integralidade e à qualidade da atenção prestada - gerada pela quantidade e diversidade dos municípios, o que confere a característica de complexidade ao perfil epidemiológico brasileiro (BRASIL, MS, 2009a).

A proposta do Ministério da Saúde para que formulação de estratégias se inicie em níveis hierárquicos mais operacionais nas organizações é um aspecto também considerado pela literatura das escolas descritivas de planejamento. Essas escolas consideram estratégias como padrões que podem aparecer sem serem preconcebidos, ao contrário das escolas prescritivas onde as estratégias são consideradas planos passíveis ou não de realização. Mintzberg et al (2006) classificam a primeira abordagem como estratégias deliberadas e a segunda como estratégias emergentes (FIGURA 1).



**FIGURA 1 - Estratégias deliberadas e emergentes**

Fonte: MINTZBERG et. al., 2006, p.25.

As escolas descritivas, assim como o planejamento estratégico situacional, consideram que intercorrências podem impedir que todas as estratégias pretendidas se tornem realizadas, e eventos inesperados podem exigir “adaptações ao mundo real” (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1989, 1996; MINTZBERG, 2000).

Nesses casos, providências devem ser tomadas para a resolução dos problemas e estas convergem para um novo padrão que não era expressamente o pretendido, processo que se denomina estratégia emergente. Deste modo, a premissa que rege o pensamento desse grupo de escolas considera a formulação das estratégias como um processo emergente, de modo que, dada a complexidade do ambiente, a emersão ocorre à medida que a organização se adapta e aprende com a situação atual (MINTZBERG, 2000).

O controle estratégico de uma “estratégia emergente” é realizado por “planejadores” que rastreiam estratégias para formalizar tanto as “estratégias pretendidas” como para detectar a emergência das estratégias não pretendidas, para em seguida considerar sua efetividade (MINTZBERG, 2004).

Mesmo tendo a previsibilidade como fator remanescente das escolas prescritivas, as idéias das escolas descritivas têm sua correspondência na área da saúde. As estratégias como reações ao

ambiente e como processos de mudança são destacadas respectivamente nas escolas (descritivas) ambiental e de configuração (MINTZBERG, 2000).

A questão do aprendizado e da experiência citada por Matus (1996) também é considerada por algumas das escolas descritivas, ou seja, a escola empreendedora e a cognitiva consideram os processos mentais e o uso de modelos baseados em experiências anteriores dos sujeitos na geração de estratégias; a escola do aprendizado preconiza que as estratégias surgem primeiramente de ações do passado para se tornarem planos a posteriori (MINTZBERG, 2000).

Tanto na área da saúde quanto na administração, podem-se encontrar confluências referentes ao tema das relações de poder. A escola de poder focaliza a emergência das estratégias por meio de conflitos de interesses e de necessidades de negociação; e a escola cultural, enfatiza que esses fatores ocorrem de forma coletiva, formando padrões nas organizações (MATUS, 1996; MINTZBERG, 2000).

Embora existam pontos comuns entre planejamento em saúde e administração, as organizações profissionais da área da saúde, dirigidas por trabalho operacional complexo (por exemplo, hospitais), são destacadas como locais onde padrões podem se revelar estratégicos, tendendo a se formar e reformar continuamente (LLEWELLYN, 2001; MINTZBERG, 2004).

No entanto, nesses locais, principalmente quando o controle é de cima para baixo e quando há geração centralizada de estratégia, o planejamento implantado de acordo com as escolas prescritivas pode fracassar. Assim, um aspecto crucial no processo de estratégia em organizações de saúde seria encontrar padrões emergentes que possam ser examinados em favor da organização (MINTZBERG, 2004).

A abordagem estratégica em organizações profissionais (como no caso da saúde) desempenharia papéis diferenciados se comparados aos da análise estratégica clássica, na medida que os próprios profissionais participam da análise e da elaboração das estratégias, que não são usadas somente como controle e coordenação. Desta maneira, o debate e a interação compõem um processo coletivo de tomada de decisão, misturando características do planejamento estratégico clássico com o do emergente (MINTZBERG, 2004).

As descrições a respeito das características de formação da estratégia na área da saúde mostram evolução a partir da busca pela adaptação às situações reais. Por outro lado, os

modelos de planejamento referentes à literatura em administração e apresentados nesse trabalho, revelam disparidades que são consideradas como “falácias” da gestão estratégica e como fatores de fracasso do planejamento (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004).

Os fatores que podem levar ao fracasso do planejamento surgem de impasses entre: “a) as fantasias gerenciais, que prometem futuros perfeitos, e as competências organizacionais, que revelam presentes imperfeitos; b) o conceito de metas claras e estáveis, incorporado pelo planejamento estratégico e o futuro imprevisível, decorrente de um mundo que está em constante mutação; c) o planejamento baseado em problemas cotidianos conhecidos e o enfrentamento de situações não triviais; d) a mudança planejada e a evolução emergente, fazendo com que oportunidades sejam negligenciadas pela razão de não terem sido calculadas com antecedência; e) o planejamento estratégico como representante da cabeça, que espera que o corpo, representado pela organização, obedeça realizando uma mudança organizacional; f) a imposição da ordem, na tentativa do controle interno e a desordem (caótica) imposta pelo exterior; g) os meios comuns a serem usados e as metas estáveis a serem alcançadas; e sua contradição e inconsistência quando se depara com a complexidade e pluralidade de situações” (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004, p25).

Outra causa de fracasso na implementação do planejamento estratégico pode ser atribuída aos “planejadores” que dominam um conjunto incompleto de ferramentas e, portanto, não conseguem ter uma visão global das situações (MINTZBERG, 2000).

Mintzberg (2004) ao discorrer sobre as evidências em planejamento afirma que, historicamente, o planejamento formal tem maior eficácia em controlar e monitorar ações, em formalizar e registrar decisões, e em comprometer as pessoas para realizar as metas do que planejar (de fato) ou criar estratégias. Ou seja, as pessoas e organizações tomam decisões estratégicas e usam o planejamento estratégico como uma disciplina com o fim de vender, negociar e legitimar decisões estratégicas.

A racionalização, no sentido da formalização, imposta ao planejamento pode fazer com que ele seja invocado não para orientar soluções estratégicas, mas como “álibi” para tais (BOUTINET, 2002).

Tentativas de explicações a respeito de como as estratégias são construídas na prática, ou seja, como a organização (macro) se encontra com o indivíduo (micro) são realizadas por outras abordagens que vão além da visão organizacional na área da administração.

### **3.2 Confluência de outras abordagens na tentativa de aproximação entre plano e ação na prática**

A separação entre mente e matéria embutida na idéia de que a primeira controla a segunda permeia o discurso da gestão estratégica. Esta divisão se torna evidente na medida em que, segundo os pressupostos do pensamento estratégico, a gestão deveria ocupar um lugar de “cabeça”, criando estratégias e planejamentos para conduzir a organização: a estratégia serviria para analisar, controlar, liderar e planejar; e a operação seria concebida como um objeto a ser dirigido (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004).

A formalização das estratégias confere ao planejamento a função de explicitar e prescrever as ações a serem colocadas em prática, que por sua vez, encontrarão restrições impostas pela realidade. Se de um lado, o plano representa um momento antecipador e organizador, por outro, a ação é “de certa forma, realização de um projeto concretizado de uma opção, prática de uma decisão e gestão de suas conseqüências” (BOUTINET, 2002).

A dicotomia que envolve de um lado a mente, a gestão e o planejamento e de outro, a matéria, a operação e a ação sustenta a abordagem de estratégia como “um longo processo de pensamento seguido por um longo processo de ação” (JARZABKOWSKI; WILSON, 2004, p.13).

De acordo com esta abordagem, os planos são tratados como determinantes das ações projetadas, ou seja, uma vez que o plano é conhecido, a ação simplesmente o seguirá. No entanto, existem casos em que, por alguma razão, a ação planejada não pode ser executada (ações que planejamos, mas não foram executadas ou ações executadas que não foram pensadas antecipadamente). Isso significa que existem casos cujos planos não são determinantes das ações que eles projetam (SUCHMAN, 2007).

O ponto em que as estratégias são colocadas em prática (ou não) correlaciona-se a um momento em que o pensar e o agir se relacionam, conferindo à estratégia uma perspectiva baseada em atividades. A dicotomia entre plano e ação converge para este ponto, da atividade, onde a organização, a estratégia e o indivíduo se encontram. (WILSON; JARZABKOWSKI, 2004).

A estratégia seria então redefinida dentro de um padrão que mescla ao longo do tempo intenções decisões e ações, onde o pensar e o agir ocorrem de forma entrelaçada (DAVEL; MELO, 2005).

De forma mais enfática, uma perspectiva sociológica se refere aos planos como recursos produzidos e usados, não somente dessa forma mesclada, de modo que as decisões e ações são realizadas de forma dinâmica, mas durante o curso de certas formas de atividade humana (SUCHMAN, 2007).

Atividade, esta, que se revela como resultado de uma interação entre um macro-contexto, institucional, e um micro-contexto, individual, no qual a ação é realizada com suas especificidades (JARZABKOWSKI; PAUL SPEE, 2009; JARZABKOWSKI, 2004; MANTERE, 2005, 2008).

O macro-contexto determina práticas denominadas “recursivas”, geradas pela disseminação e unificação da informação, feitas por meio, por exemplo, de desenvolvimento de métodos para monitorar as ações e de ferramentas para operacionalizar e explicitar as estratégias (MANTERE, 2005, 2008). Estas práticas seriam equivalentes ao conjunto de ações comuns, estipuladas pelo governo, como forma de alcançar os objetivos da área da saúde. Exemplos seriam o desenvolvimento de métodos deliberativos e a disponibilização de ferramentas para auxiliar no *feedback* de informações e para operacionalizar a estratégia, como o SIAB e os manuais de planejamento disponibilizados pelo governo (BRASIL, MS, 2008d).

Considerando que esses modelos propostos pelo governo demandam ações recursivas para responder às estratégias deliberadas, ocorre aqui uma convergência comum entre a abordagem de estratégia como prática e de planejamento, no sentido de que existem importantes determinantes externos, ligados aos recursos e aos limites impostos pela organização, que dificultam a realização das ações (AHUMADA et al, 1965; GIOVANELLA, 1991; MANTERE, 2005, 2008; MINTZBERG, 2006; RIVERA, 1989; SILVA, 2001).

No entanto, além das ações comuns e responsabilidades operacionais, determinadas pela organização e envolvidas com os recursos disponíveis, as pessoas tentam influenciar, atuam e se envolvem em aspectos que consideram estratégicos, relacionados ao sucesso e à missão da organização. Esta influência tem origem nas interpretações individuais a respeito da estratégia deliberada e é realizada por meio de práticas sociais que envolvem negociações de responsabilidades entre indivíduos e unidades organizacionais, originando possíveis mudanças de opinião, nas atividades de outras pessoas, nos recursos utilizados e na própria organização (MANTERE, 2005, 2008).

As interpretações individuais permitem a adequação de suas ações às deliberações (metas e normas) por meio do uso da experiência (que envolve a historicidade e dimensão subjetiva intrínseca à atividade viva) dos trabalhadores, que fazem a gestão cotidiana da variabilidade nas situações de trabalho (LIMA, F., 2005).

A ação pode ser então denominada como “situada”, ou seja, os indivíduos agem dentro de um meio constituído por sentidos culturais e históricos que envolvem circunstâncias particulares e concretas (SUCHMAN, 2007, p.25).

O conceito de ação situada sugere que o comportamento seria também constituído da significância do mundo, e não simplesmente reativo e dependente do mundo exterior. Desta forma, a noção de plano é ampliada para uma esfera de ação personificada e de experiência vivida que se estende sempre além dos seus limites deliberados e ao mesmo tempo dá a eles o senso de eficácia. Existem roteiros típicos que acontecem de acordo com uma sequencia de ações, mas cada roteiro tem seus obstáculos que, assim como o roteiro em si, são armazenados na memória juntamente com sua reparação, e são recuperados e aplicados sempre que preciso (SUCHMAN, 2007).

Nessa perspectiva só é possível se planejar o que é conhecido ou o que está ao alcance do imaginável, no entanto o futuro é imprevisível e implica lidar com problemas não triviais (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004).

O fato de usar o conhecimento e a experiência quando a ação é requisitada não caracteriza necessariamente um estado mental antes da ação, embora as descrições das ações possam vir antes ou depois do fato, na forma de projeções e de reconstruções. Os planos filtram a particularidade do detalhe e acomodam as contingências das situações particulares. Sua eficácia estaria, então, na habilidade daqueles que fazem uso dos mesmos para descobrir a relação das prescrições gerais às particularidades da ocasião enfrentada (SUCHMAN, 2007).

O recorte relacionado à concepção desse conhecimento “pessoal, específico do contexto e, portanto, difícil de formalizar e comunicar” caracteriza o conhecimento tácito, descrito superficialmente pela escola de aprendizado como um importante recurso utilizado por gerentes (MINTZBERG, 2000, p. 157).

As particularidades do contexto se constituem como circunstâncias em torno das nossas ações, que, por mudarem continuamente, dificilmente são completamente antecipadas. Como

consequência, as ações, embora sistemáticas, não seriam planejadas como no sentido descrito pela literatura das ciências cognitivas. As representações envolvidas em gerenciar problemas pressupõem práticas por meio das quais os problemas tornam perceptíveis ou notáveis. Quando a ação situada se torna de alguma forma problemática, regras e procedimentos são criados para fins de deliberação e de ação; o que não é baseado em regras nem procedimentos é, então, justificável por eles (SUCHMAN, 2007).

Embora as significações individuais e a dinamicidade das circunstâncias estejam presentes nas práticas, elas não impedem um entendimento (também) dinâmico e coletivo das estratégias. Tal entendimento seria construído por meio de discussões entre diferentes níveis organizacionais e de redes sociais (oficiais ou não) dentro da organização. De um lado a estratégia deveria ser operacionalizada em forma de etapas detalhadamente explicadas; mas de outro lado, os indivíduos deveriam ter uma margem de manobra para serem coerentes com o que a estratégia organizacional significa para eles. Essas práticas resultantes da interação entre o macro e o micro são denominadas “adaptativas” (MANTERE, 2005, 2008).

Neste aspecto, as estratégias surgem, então, como uma prática social presente na vida cotidiana das pessoas (MANTERE, 2005, 2008). Elas emergem e são formadas por meio de ações coletivas envolvendo múltiplos participantes (MANTERE, 2005, 2008; MINTZBERG, 1978) e requerem a organização de pessoas realizando diferentes coisas de maneira inter-relacionada (MANTERE, 2005, 2008). O Ministério da Saúde considera esse aspecto quando se refere, por exemplo, à intersetorialidade (BRASIL, 2009).

A abordagem da estratégia como prática cooperada com a literatura em administração por meio da incorporação da premissa de que existe uma aproximação e dinamicidade entre pensamento e ação, de modo que a prática do indivíduo seja o meio de encontro entre ele e a organização e possa ser adaptada de modo não formalizado para atender aos objetivos propostos de forma deliberada. Entretanto, estas áreas ainda privilegiam a abordagem do nível macro das empresas e carecem de estudos empíricos direcionados ao micro-nível, que continua pouco explorado na literatura (JARZABKOWSKI et al, 2007; SAMRA-FREDERICKS, 2003; WHITTINGTON, 2004; MANTERE, 2005, 2008).

Os estudos direcionados ao nível do micro-contexto na área de estratégia como prática (MANTERE, 2005, 2008; SAMRA-FREDERICKS, 2003) utilizam como fonte de dados

apenas a linguagem e contribuíram mais para demonstrar a impressão dos gerentes a respeito de sua ação do que para revelar evidências empíricas dessa ação.

Embora os modelos de planejamento seguidos na atualidade carreguem características descendentes e exista necessidade de se explorar mais, no âmbito da literatura em administração, os aspectos ascendentes desta área, o Ministério da Saúde tem incorporado em seus guias, orientações que remetem à tentativa de inserção de formas ascendentes para a elaboração dos planos, como será descrito na próxima secção.

### **3.3 As prescrições do Planejamento em saúde no Brasil**

No Brasil, o funcionamento do sistema de planejamento em saúde é realizado por meio da formalização de um plano de saúde e das suas respectivas programações. O Plano Nacional de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, é o instrumento que, a partir de uma análise situacional (feita por este Ministério e baseada em relatórios feitos pelos estados) apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos e promulgados em forma de objetivos, diretrizes e metas a serem cumpridas no nível nacional (BRASIL, MS, 2005, 2009).

Essas metas envolvem o cumprimento de ações gerais principalmente no âmbito de cobertura do PSF, capacitações das ESF. Algumas delas abarcam aspectos mais direcionados, como índices de desnutrição, cobertura vacinal e controle de patologias, por exemplo, hemoglobinopatias, anemia e tuberculose. Além disso, existem objetivos a serem cumpridos por áreas específicas, por meio dos programas como saúde da mulher, saúde do adolescente, saúde do idoso, e assim por diante. O ministério da Saúde também elabora um plano anual, ou Programação Anual de Saúde, que compreende suas respectivas programações de saúde em congruência com o Plano Nacional (BRASIL, MS, 2005, 2009).

O modelo de gestão envolvendo programas procura combinar uma certa fluidez à estrutura piramidal das organizações ao criar órgãos operacionais, dispostos no nível horizontal do organograma (em relação aos órgãos funcionais, colocados verticalmente) para responder aos problemas do momento (BOUTINET, 2002).

A concepção desta forma de planejamento em saúde ocorreu em um contexto de reforma administrativa, após diversas mudanças ocorridas no Estado brasileiro. No plano político, ocorreu a transição do Estado oligárquico ao Estado democrático; no plano social, da

sociedade senhorial para a sociedade pós-industrial. No plano administrativo ocorreram modificações históricas no tipo de administração, que até 1930 era patrimonialista, passando a burocrática (de 1930 a 1995) e, a partir de 1995, gerencial (BRESSER-PEREIRA, 2001, 2008).

O Plano Nacional de Saúde faz parte da política de descentralização do governo implantada com a reforma gerencial de 1995. Um dos pressupostos da administração gerencial é descentralização das responsabilidades, transferindo parte da tomada de decisões para níveis mais baixos das organizações, orientando-se por resultados. Desta maneira, o Plano Nacional de Saúde é organizado e dividido por programas, com o fim de se fragmentar em unidades que possuem administração, recursos, relatórios de pesquisa e avaliação próprios (BRESSER-PEREIRA, 2001, 2008).

A avaliação do desempenho desses programas é indicada pelos termos: efetividade, eficácia, eficiência.

A **efetividade** diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos. Tratando-se de programas sociais, diria respeito à implementação e ao aprimoramento de objetivos, independentemente das insuficiências de orientação e das falhas de especificação rigorosa dos objetivos iniciais declarados do programa. Os programas ou as organizações são efetivos quando seus critérios decisórios e suas realizações apontam para a permanência, estruturam objetivos verdadeiros e constroem regras de conduta confiáveis e dotadas de credibilidade para quem integra a organização e para seu ambiente de atuação. A **eficiência** denotaria a competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços, dados que, por sua vez, remetem à avaliação para considerações de benefício e custo dos programas sociais, ou seja, os investimentos que foram mobilizados devem produzir os efeitos desejados. A **eficácia**, por sua vez, remete às condições controladas e aos resultados desejados de experimentos, critérios estes que, é necessário reconhecer, não se aplicam automaticamente às características e realidade dos programas sociais. Programas sociais regem-se, também, por objetivos de eficácia, uma vez que, se espera que os investimentos que mobilizam devem produzir os efeitos desejados (RIBEIRO, 2006).

Os programas seriam eficazes se antes fossem efetivos e eficientes, uma vez que o baixo custo das ações associado à capacidade de atingir os resultados perpassando as dificuldades levaria ao alcance das metas (RIBEIRO, 2006).

A administração por objetivos e a descentralização dentro da reforma administrativa determina que as metas sejam acordadas entre Estado e município, impondo responsabilidades a esses últimos. O instrumento utilizado para o planejamento das ações no nível municipal é denominado Plano Municipal de Saúde, constituindo-se como um documento formal da política de saúde durante o período de quatro anos. Este documento

contém dados do município e fundamenta a necessidade de recursos federais para a área da saúde. Seu conteúdo é constituído por diretrizes, prioridades, objetivos, estimativa de metas a serem atingidas, estimativa de recursos e de gastos, estratégias de ação e compromissos de governo para cada setor. A participação dos segmentos sociais é assegurada por meio do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, MS, 2008; PBH, 2009d).

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções do Plano Municipal de Saúde. O controle das ações é realizado por meio de relatórios anuais de gestão. A formulação e o encaminhamento do Plano de Saúde são de competência exclusiva dos gestores locais, cabendo aos Conselhos de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgarem necessárias (BRASIL, MS, 2008).

Em sua concepção, a elaboração do planejamento definindo as metas globais é realizada por meio de uma negociação que perpassa as três esferas de gestão. Este nível de planejamento, que abrange toda a estrutura organizacional, corresponde à denominação de “planejamento estratégico” e define os objetivos traçados por altos níveis hierárquicos da organização (BATEMAN; SNELL, 1998; OLIVEIRA, 2004).

Dada sua relevância, o planejamento passou a fazer parte do “arcabouço legal do SUS, ora indicando processos e métodos de formulação, ora como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria” (BRASIL, MS, 2009a, p.9-10).

Destacam-se nesse sentido as Leis Nº. 8.080/1990 que dedica o seu Capítulo III ao planejamento e orçamento e atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (inciso XVIII do Art. 16). No primeiro artigo desse Capítulo, é estabelecido que o processo de planejamento e orçamento do SUS deverão ser “ascendentes” do “nível local até o federal”, ouvido os órgãos deliberativos, compatibilizando-se “as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União (Art. 36)” (BRASIL, MS, 2009a, p.10).

As ações de planejamento em saúde são acompanhadas por projeções de custo, expressas por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias (plurianual) e da Lei Orçamentária Anual. Essas leis estabelecem as despesas de capital de acordo com as metas e prioridades da administração pública, além de estabelecer a política de aplicação das agências financeiras oficiais de

fomento. A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) são instrumentos próprios de cada nível de gestão e devem manter coerência com o Plano Nacional de Saúde, guardando uniformidade de objetivos, diretrizes e metas. “O Plano Nacional de Saúde é, enfim, instrumento que norteia todas as atividades” (BRASIL, MS, 2009a, p.12).

Uma vez que a operacionalização do Plano Nacional de Saúde ocorre no nível municipal, com transferência de responsabilidade para esta esfera, os resultados a serem alcançados devem ser negociados entre os formuladores da política pública e a instituição encarregada de implementá-la. Desta maneira, a reforma gerencial da administração pública implica o aumento da responsabilização dos administradores públicos concomitantemente à política de descentralização (BRESSER-PEREIRA, 2001, 2008).

Nas organizações públicas de saúde, esses administradores são identificados como os gerentes, que em níveis hierárquicos mais ou menos elevados, estão encarregados (além de planejar, comandar, organizar, controlar e coordenar) de funções que se combinam e diluem-se em diferentes papéis desempenhados. Tais pessoas possuem a especificidade de agregar funções gerenciais às funções clínicas e/ou técnicas.

### **3.4 Os gerentes em saúde e o planejamento**

A transferência da responsabilidade da tomada de decisões para níveis mais baixos das organizações públicas faz com que o funcionário público se torne um gestor. Essa forma de administração pressupõe que os administradores tenham qualidades (e personalidade) de empreendedores, e que, em teoria, a autonomia atue como principal fator motivacional, proporcionando possibilidade de adaptar as ações às mudanças – situações que as normas rígidas não podem prever (BRESSER PEREIRA, 2001, 2008).

De maneira geral, a natureza do trabalho dos gerentes impõe realização de horas extras e dificulta a realização de pausas durante a jornada. Características de brevidade, variedade e fragmentação de tarefas geram alterações freqüentes nos modos de ação gerencial devido à não padronização do seu conteúdo. Os gerentes preferem essa brevidade e as interrupções, posicionando-se de maneira orientada para a ação nas atividades de rotina, de modo a garantir, primordialmente, o funcionamento da unidade administrativa. Por isso, a forma de comunicação preferencial é por contatos informais e verbais, embora os encontros formais, previamente agendados consumam grande parte do tempo, que também é bastante dedicado à

orientação dos subordinados (DAVEL; MELO, 2005; MINTZBERG, 1973, 1986; ROGALSKI; LANGA, 1997).

As funções gerenciais (planejar, comandar, organizar, controlar e coordenar) são diluídas e combinadas aos papéis interpessoais, de formação e de decisão. Tais funções e papéis exigem habilidades de saber trabalhar com incertezas, desenvolver liderança, propiciar resolução de conflitos, realizar processamento de informações, tomar de decisões e alocar recursos (MINTZBERG, 1973; ROGALSKI; LANGA, 1997).

No desempenho de suas funções e habilidades, existe o mito de que esses profissionais são planejadores “sistemáticos e reflexivos”. Desta maneira, a implementação das estratégias ocorreria apenas depois que elas fossem elaboradas, desenvolvidas e explicitadas. Entretanto, na prática, a natureza de suas tarefas impede as atividades de reflexão fazendo necessárias ações no sentido de responder continuamente às solicitações do momento, determinando um planejar “implicitamente no contexto das ações diárias” (MINTZBERG, 1986, p.10).

Além disso, os níveis de média e alta gerência são os que requerem mais práticas adaptativas. Isso quer dizer que, para adaptar e atingir as deliberações do nível organizacional (expressas por normas e metas) à variedade e dinamicidade das circunstâncias locais, esses gerentes precisam realizar manobras (MANTERE, 2005, 2008).

Entre as práticas de manobra estão: a manipulação de informações, de interações pessoais e negociações. Mais do que isso, os gerentes contemporizam suas condutas, utilizando-se do “jogo de cintura” e do “jeitinho” para contornar as situações “desfavoráveis em termos de legislação, que por serem demasiadas e consideradas fora da realidade, dificultam a ação” (DAVEL; MELO, 2005, p.149).

O trabalho gerencial não possuiria, então, a lógica racional descrita nos manuais e o planejamento descrito nesses locais daria lugar ao “apaga incêndio”, sem fins pré-definidos, onde imperam a criatividade e a improvisação. Empiricamente, o modelo do administrador burocrático, criticado nas propostas da administração pública gerencial, confronta-se com o seu oposto, revelado por um perfil de gerente autodidata na sua formação gerencial, contemporizador, que usa artifícios pessoais (afetividade) para tratar de assuntos impessoais e versátil, para contornar os regulamentos formais sem sair da legalidade (DAVEL; MELO, 2005).

No caso da gerência intermediária, essa relação é ainda mais conflitante, por estar situada em uma posição mediana de gestão, onde de um lado estão as medidas racionalistas e de outro a necessidade de flexibilidade e a adoção de uma linguagem mais democrática, favorecendo a autonomia dos indivíduos (DAVEL; MELO, 2005).

A gerência na área da saúde revela mais um fator de conflito entre a área técnica da saúde e a área do gerenciamento. Este conflito está relacionado à ocupação de cargos gerenciais por profissionais da área médica e ao dilema envolvido na adição de uma função à outra. De um lado, o profissional da área médica detém o conhecimento de situações clínicas que o ajudam a estabelecer prioridades no manejo das questões envolvendo saúde. Por outro, a atividade de gerir serviços de saúde solicita conhecimentos e habilidades em gestão e administração (LLEWELLYN, 2001).

A pouca familiarização com cargos de gestão remete ao problema de inexperiência de profissionais de saúde na área administrativa. Mesmo os gerentes com formação na área administrativa necessitam de um período de experiência até serem capazes de lidar com a complexidade relacionada à natureza do trabalho. Desde o momento em que os gerentes assumem o cargo, eles passam por fases típicas de um período de familiarização, que dura de três a seis meses, um período de imersão, e, somente depois de aproximadamente 14 meses consolidam-se no posto de trabalho, sendo capazes de efetuar mudanças (GABARRO citado por DAVEL; MELO, 2005).

A experiência é um processo que conduz a uma organização dos saberes, permitindo ao trabalhador, em situações conhecidas ou situações de rotina, a utilização das competências mais adaptáveis à situação real (ASSUNÇÃO, 2003).

A adaptação à situação (mediada pela interação entre as imposições e possibilidades) é fruto de uma escolha, de modo que não há ação senão a partir dessa escolha e da dimensão perceptiva a ela atribuída. Essa dimensão perceptiva, baseada em experiências anteriores, é o ponto de partida das decisões e das antecipações (BOUTINET, 2002).

Chega-se aqui em um ponto onde todos os modelos abordados neste estudo entram em consenso. A importância da experiência é inegável, tem implicações importantes no planejamento, e finaliza a discussão teórica sobre o tema.

## **IV METODOLOGIA**

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva, desenvolvida por meio de um estudo de caso eminentemente empírico. Para compreender e explicar a dinâmica de como ocorre o “planejar fazendo” nas atividades de trabalho da Gerência de Atenção Primária do município de Ribeirão das Neves torna-se indispensável identificar as relações e lógicas que envolvem o governo - nas três esferas de gestão nacional, estadual e municipal - o contexto do município de Ribeirão das Neves e o trabalho da Gerência da Atenção Primária.

Do governo foi preciso delimitar sua estrutura organizacional em relação ao que é prescrito em termos de planejamento.

Do contexto do município a captura de sua realidade foi fundamental para entender os determinantes que influenciam na atividade de planejar.

Do trabalho da Gerência da Atenção Primária foi necessário compreender o modo operatório envolvido nas relações e interações entre os níveis horizontais e verticais de gestão (ROGALSKI; LANGA, 1997). Os níveis horizontais de gestão referem-se à intersectorialidade, representada pelas relações, interações e distribuição de função entre diferentes gerências da Secretaria de Saúde. Os níveis verticais referem-se às interações sociais e relações de poder hierárquico desempenhadas desde a esfera governamental até os usuários do sistema de saúde.

### **4.1 Pressupostos que justificam a escolha metodológica**

A pesquisa qualitativa tem sido, “inúmeras vezes, utilizada para descrever uma situação social circunscrita (pesquisa descritiva), ou para explorar determinadas questões (pesquisa exploratória)”. A primeira possibilita a familiarização com as pessoas e suas preocupações e a segunda captura a questão das lógicas, das relações de poder e sociais ao fornecer informações contextuais e ao precisar detalhes sobre os eventos (POUPART et al., 2008, p.130).

A natureza descritiva da pesquisa justifica-se pela necessidade de observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos e fenômenos sem manipulá-los, na tentativa de compreendê-los segundo a perspectiva do sujeito, ou seja, do participante da situação foco. E, ainda, pela necessidade de conhecer as diversas situações e relações que ocorrem no seu cotidiano de

trabalho por meio do contato direto e prolongado do pesquisador com a situação que está sendo investigada. (CERVO; BERVIAN, 1996, p.49-50).

Assim, a escolha da pesquisa qualitativa objetivou o “dar conta das preocupações dos atores sociais, tais quais elas são vividas no cotidiano” (POUPART et al., 2008, p.130), em seu *setting* natural, buscando dar sentido aos fenômenos (práticas e comportamentos) a partir das significações que as pessoas trazem para eles (TURATO, 2003).

A base da abordagem qualitativa pressupõe a idéia de um sujeito que sente, age e reage às mudanças do contexto de trabalho, criando representações que se modificam na medida em que ele realiza sua ação (ASSUNÇÃO; LIMA, F., 2003).

A escolha do estudo de caso justifica-se por tratar-se de uma “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p.32).

Segundo Yin (2005, p. 32), o estudo de caso é indicado quando o pesquisador quer “lidar com condições contextuais – acreditando que elas poderiam ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo” como é o caso de estudar o “planejar fazendo” nas atividades de trabalho da Gerência de Atenção Primária do município de Ribeirão das Neves.

Esses pressupostos guiaram a aproximação com o objeto de pesquisa, isto é, a atividade de planejamento da Gerência da Atenção Primária, foi feita por meio de observações da atividade real sem qualquer tipo intermediação previamente estabelecida.

O próprio objeto é que nos fornecerá o caminho para conhecê-lo e decifrá-lo, sendo que o método, neste caso, não é construído no início, mas ao fim do processo (CHASIN, 1995 citado por LIMA, M. 2002, p.125).

Esse tipo de aproximação possibilitou observar o desenrolar da (já mencionada) atividade de trabalho na tentativa de compreendê-la e de identificar as variabilidades e imprevisibilidades para então, tornar possível a explicitação das formas com que o trabalhador soluciona os problemas, por meio da abordagem ergonômica (GUÉRIN et al, 2001).

Uma vez estabelecido o recorte de se estudar a atividade de planejamento da Gerência da Atenção Primária sob a perspectiva teórica da ergonomia, optou-se por acompanhar a gerente

em situação de trabalho, dando ênfase às suas ações no decorrer do tempo, ao conteúdo das falas e aos seus significados.

Quanto à opção por uma “investigação em profundidade com pequenos grupos” foi fundamentada em pesquisas científicas que ressaltam a “significatividade do fenômeno estudado” em vez da representatividade estatística inerente aos critérios estatísticos quantitativos (LIMA, M.; ARAÚJO; LIMA, F., 1998, p.14; SOARES, 2005).

#### **4.2 Procedimentos de pesquisa**

As etapas do processo de investigação em uma pesquisa qualitativa “reproduzem”, tanto no “seu processo quanto no seu conjunto, uma movimentação circular, de ir e vir”, que Mercado-Martínez e Bosi (2004), ao discorrer sobre a pesquisa qualitativa, denominam de modelo circular (em espiral) de investigação.

Essa abordagem “não rígida, não predeterminada” sob a qual as etapas de investigação não são necessariamente seguidas linearmente é considerada como o modelo mais adequado e coerente dentro de uma concepção dialética do processo de investigação, por exigir permanentemente, uma postura flexível tanto do processo em seu conjunto como da seqüência de passos a ser seguidos. Essa foi a abordagem adotada neste estudo (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Os procedimentos da pesquisa foram realizados ora com objetivos exploratórios e ora com objetivos de sistematização, respeitando-se o modelo circular, no período de outubro de 2008 a dezembro de 2009.

O contato com o campo foi executado considerando-se as recomendações feitas por Minayo (2006) no que se refere ao preparo/planejamento da entrada do pesquisador no campo e também as considerações explicitadas por Melo (2006) referentes ao desenho da pesquisa qualitativa (QUADRO 1).

Esse preparo foi de fundamental importância no processo de aproximação com os sujeitos, no estabelecimento de elos de confiança e para atender à necessidade de tornar claros os objetivos pretendidos (ASSUNÇÃO; LIMA, F., 2003; VASCONCELOS, 2002; MELO, 2006).

### QUADRO 1 - Preparo e planejamento para a entrada do pesquisador no campo

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	Pressuposto teórico
Apresentação	Destaca-se aqui a importância da presença de um representante de projetos da UFMG em andamento.	“Nada substitui a introdução feita por alguém de confiança de ambas as partes que possa fazer a mediação entre o pesquisador e seus interlocutores” (MINAYO, 2006, p.264).
Menção do interesse da pesquisa	Foi necessário discorrer resumidamente sobre o trabalho e referendá-lo à UFMG.	“O investigador deve discorrer resumidamente sobre o seu trabalho para o entrevistado e, também, dizer-lhe em que o seu depoimento pode contribuir direta ou indiretamente para a pesquisa (como um todo, para a comunidade e para o próprio entrevistado). Ainda é importante mencionar e referenciar a instituição à qual o pesquisador está vinculado” (MINAYO, 2006, p.263).
Apresentação de credencial institucional	Foi apresentado o “termo de consentimento livre e esclarecido em que todos os aspectos principais da pesquisa foram mencionados.	RESOLUÇÃO Nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde que regula as pesquisas nacionais com seres humanos.(CNS, 1996).
Explicação dos motivos da pesquisa Garantia de anonimato e de sigilo sobre os dados	Em uma linguagem de senso comum foram explicados os motivos da pesquisa e os fundamentos éticos que a compõem. Ao final da explicação, as pessoas que concordaram em participar da pesquisa assinaram o “termo de consentimento livre e esclarecido.”	Esse termo passou a ser exigido pela RESOLUÇÃO Nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde (MS) (CNS, 1996).
Conversa inicial	Foi fundamental para quebrar o gelo, checar a disponibilidade dos participantes para dar informações e verificar impedimentos para a realização da pesquisa.	Também denominada “aquecimento” (MINAYO, 2006, 263-4).

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Concomitantemente ao trabalho de campo foram realizados um estudo bibliográfico sobre o tema planejamento e uma pesquisa documental relacionada ao município. A pesquisa documental abarcou a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde em relação ao que é prescrito pelo governo e pela própria Secretaria em termos de planejamento e, as formalizações de procedimentos realizados pelos trabalhadores da Gerência da Atenção Primária (GAP) e da Supervisão Regional, cargo que na época da pesquisa, foi instituído para auxiliar nas atividades da GAP.

Dadas as características de uma pesquisa qualitativa, por diversas vezes, foi preciso ir e vir nessa documentação que englobou informações nacionais e informações referentes ao município de Ribeirão das Neves, principalmente no que se refere à saúde em geral, ao serviço de Atenção Primária, à análise documental de normas, às prescrições e orientações relacionadas ao planejamento em saúde. Os dados obtidos serviram de base e compõem partes dos textos apresentados nesta dissertação.

Em geral, foram utilizados os dados estatísticos mais recentes (2009) apresentados pelo Ministério da Saúde. No entanto, devido à característica plurianual, respeitou-se o período de vigência desses documentos. Dentre os documentos pesquisados e analisados encontram-se a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; o Programa Agentes Comunitários de Saúde

(PACS) (2001); a Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo (2006); a Cartilha Entendendo o SUS (2006a); a Política Nacional de Atenção Básica (2007); o Manual de Elaboração: plano plurianual 2008-2011 (2007); o Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva; perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde : resultados da pesquisa – esfera municipal (2008); o Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família (2008a); a Atenção Básica e Saúde da Família (2008b); o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (2008c); a Proposta de diretrizes e indicadores para o processo de reformulação do SIAB (2008d); o Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011 (2009); o Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - instrumentos básicos (2009a); o Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva - organização e funcionamento (2009b).

Os dados documentais relativos ao processo de construção histórica do município foram recolhidos nos *sites* do governo do Estado de Minas Gerais, tomando-se o período de 2008-9 por referência e em documentos emitidos no pela Secretaria de Saúde do município de Ribeirão das Neves.

Os dados relacionados à estrutura organizacional da Secretaria de Saúde foram obtidos por meio de uma entrevista com a gerente de Recursos Humanos da instituição.

Uma vez em campo, constatou-se uma “diversidade de questões históricas, comportamentais”, que justificou a combinação de instrumentos de coleta de dados: a) observações do trabalho; b) entrevistas; c) entrevistas de autoconfrontação; d) documentos (OLIVEIRA, 1997). “Qualquer descoberta ou conclusão num estudo de caso provavelmente será muito mais convincente e acurada” se fizer o uso de “várias fontes distintas de informação” formando “linhas convergentes de investigação” (YIN, 2005, p.126).

A preocupação com as relações e a situação de trabalho preconizada pelos pressupostos da ergonomia, guiou a coleta dos dados e levou em consideração todos os comportamentos: perceptivo, motor ou de comunicação, na tentativa de distinguir entre “o que” foi estabelecido para a Gerência da Atenção Primária executar e “como” a gerência respondeu às exigências do trabalho (GUÉRIN et al, 2001).

A compreensão da atividade de trabalho exigiu um período de observação, utilizando técnicas compatíveis com a natureza do que é observado. Como a atividade não é algo estático, tornou-

se necessário acompanhá-la de perto, enquanto se desenrolava (ASSUNÇÃO; LIMA, F., 2003).

A partir das observações livres “abordagem mais imediata da atividade” e, que “pôde ser realizada de maneira aberta em ocasião às primeiras visitas ao posto de trabalho” (GUÉRIN et al, 2001, p.143) obteve-se um diário de campo por meio dos registros efetuados. A releitura dessas anotações apontou para a necessidade de retorno ao campo, para a formulação de questões a ser aprofundadas, bem como para planejar as observações sistemáticas.

As observações sistemáticas tiveram como “foco a coleta de certas categorias de informações com objetivos precisos” (GUÉRIN et al, 2001, p.143) e objetivaram distinguir entre “o que” foi estabelecido para os trabalhadores (trabalho prescrito) executarem e “como” eles realmente responderam (trabalho real) às exigências do trabalho (GUÉRIN et al, 2001). Trata-se de um lado dos modelos normas e padrões e de outro da “atividade viva dos trabalhadores, os quais, sabemos, devem gerir quotidianamente a variabilidade das situações de trabalho” (LIMA, F., 2005, p.52).

Pensamento ratificado por Minayo (2007), quando ressalta que a observação permite a vinculação dos fatos pesquisados às suas representações e contribui para a percepção das contradições entre as regras e normas e a vivência diária experimentada pelo grupo ou instituição observada.

As observações sistemáticas do trabalho foram realizadas por meio de visitas ao campo, acompanhamento das atividades de trabalho, gravação em áudio e anotações simultâneas. Obtiveram-se onze observações que puderam ser gravadas e transcritas.

A transcrição auxiliou na retomada das ações da gerente, no contexto em que eram realizadas, contemplando as intervenções e interrupções. Os conteúdos das comunicações foram transcritos em sua integralidade, exceto nos diálogos via telefone, quando a fala do interlocutor não podia ser registrada. Nestes casos, logo após o telefonema, era realizada a autoconfrontação, salvos os casos em que a gerente se negou a realizá-la alegando sigilo das informações.

O passo seguinte envolveu releituras exaustivas desse material a fim de transformar o material coletado em categorias de análise. Essas categorias de análise serviram de base para a sistematização (que inclui a elaboração do GRÁFICO 1) e interpretação dos resultados.

O fato de a pesquisadora ter mantido contato com o campo durante todo o tempo da pesquisa minimizou o risco de provocar alterações no comportamento dos indivíduos observados (MELO, 2006).

As entrevistas, individuais, em grupo, semi-dirigidas e livres foram realizadas com representantes dos setores (Atenção Básica, Sistema Prisional, Recursos Humanos, Supervisão Regional, Planejamento, Zoonoses, Epidemiologia) e fundamentadas no pressuposto mencionado por GUÉRIN et al (2001) que descreve a atividade como algo que não pode ser reduzido somente ao que se consegue observar. Os raciocínios, o tratamento das informações e o planejamento das ações serão realmente apreendidos por meio das verbalizações do trabalhador.

As entrevistas gravadas e foram transcritas literalmente. Notas de campo e anotações diárias foram revisadas regularmente (CRESWELL, 2007, p.206).

Dentro dos critérios científicos, o número de entrevistas foi definido de acordo com a necessidade de interpelações, ou versões da realidade. Esse número variou de acordo com a natureza da entrevista, com o número de diferentes ambientes que forem considerados relevantes e com os recursos disponíveis (GASKELL, 2002, p.71).

As entrevistas de auto-confrontação levaram em consideração a tese de que a atividade não pode ser reduzida ao que se consegue observar (ASSUNÇÃO; LIMA, F., 2003) e visaram à busca das razões dos comportamentos e atitudes do trabalhador frente às situações de trabalho (MELO, 2006; DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER 1989. GUÉRIN et al, 2001; LIMA, F., 2000).

O processo de autoconfrontação ocorreu de maneira consecutiva ao exposto pelo participante, durante o trabalho, principalmente nos intervalos entre um e outro atendimento. Nesse processo, com o objetivo de compreender as estratégias operatórias e validar as observações efetuadas, retornavam-se ao participante os dados extraídos e solicitava-se que ele emitisse explicações e/ou correções.

Em síntese, foram realizadas 108 horas de acompanhamento geral. Dessas, 40 horas correspondem ao acompanhamento de trabalho da gerente da Atenção Primária, 20 horas de entrevistas com representantes dos setores (Atenção Básica, Sistema Prisional, Recursos Humanos, Supervisão Regional, Planejamento, Zoonoses, Epidemiologia); 12 horas de visitas

em Unidades Básicas de Saúde; 04 horas de acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde, 20 horas de acompanhamento de reuniões (entre superintendentes, supervisores regionais, gerente de atenção primária, representantes de Unidades Básicas Regionais, conselheiros municipais de saúde, gerente da epidemiologia, representantes do Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias, representantes de Unidades Básicas de Saúde).

#### **4.4 Procedimentos de análise de dados**

Analisar dados qualitativos “implica primariamente classificar coisas, pessoas e eventos e as propriedades que os caracterizam” na perspectiva de que o mundo social não é um dado natural (CRESWELL, 2007, p.206).

Por outro lado, requer também lidar com as interpretações inerentes à compreensão de sentidos, ora fornecidos pelo pesquisador ora pelo narrador já que

ele é ativamente construído por pessoas em suas vidas cotidianas, mas não sob condições que elas mesmas estabeleceram. Assume-se que essas construções constituem a realidade essencial das pessoas, seu mundo vivencial” (GASKELL, 2002, p.65).

A análise dos dados obtidos por meio das observações e das entrevistas foi feita por meio da leitura exaustiva das transcrições. Em seguida, foi feita a classificação por grupos de conteúdos originando os casos. Dos casos, em movimento espiral (ir-vir), foi feita a checagem da existência (ou não existência) de relação entre os dados e a teoria de onde surgiram as categorias denominadas de dificuldades relacionadas à elaboração, à operacionalização e à execução do planejamento (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002, p.107).

Se essa checagem, por um lado, fez emergir categorias de dificuldades relacionadas ao planejamento, por outro revelou categorias que apontaram o uso da experiência e o surgimento de estratégias emergentes.

A execução deste processo foi não-linear e implicou um “trabalho de redução, organização e interpretações dos dados que se iniciou na fase exploratória e acompanhou toda a investigação” (MELO, 2006, p.46).

O delineamento dos casos, associado à “análise detalhada dos conteúdos das falas” e uma “aproximação do que ocorria nas situações de trabalho”, foi realizado na tentativa de garantir

resultados que evidenciassem, o máximo possível, a realidade do fenômeno pesquisado (SOARES, 2005, p.37).

A análise do objeto envolveu o seu tratamento tal como ele surgiu na atividade, ora no conteúdo das comunicações e falas, ora no decorrer das ações.

#### **4.5 Restrições encontradas durante a pesquisa**

As primeiras dificuldades encontradas para a realização da pesquisa foram relacionadas à natureza do trabalho gerencial. Ela comporta diferentes temporalidades, complexidades (simultaneidade, brevidade, variabilidade e fragmentação de tarefas), dimensões abstrata e intelectual, além de implicar inter-relações com outros trabalhadores (interfaces). Essas características provocaram restrições relacionadas à disponibilidade da gerente e restrição de tempo para fornecer informações.

Mudanças na agenda da gerente e episódios de violência ocorridos no município de Ribeirão das Neves geraram impossibilidades de ir a campo, além de adiamentos de reuniões e entrevistas.

A rotatividade de pessoas em cargos de gerência provocou retrabalho, tanto no que se refere ao preparo e planejamento da entrada no campo (descritos no QUADRO A), quanto na observação das formas de trabalhar da gerência.

## **V O PLANEJAMENTO EM RIBEIRÃO DAS NEVES: os modelos teóricos na prática**

Esta secção se refere aos problemas, que impedem ou dificultam o planejamento das ações relacionadas à Atenção Básica no Município de Ribeirão das Neves, e como alguns deles são contornados. Os problemas enfrentados envolvem determinantes relacionados ao quadro institucional, aos recursos e à atividade da gerente, que recorre à sua experiência e à criatividade para lidar com as dificuldades.

Os determinantes referentes ao quadro institucional estão ligados a fatores políticos e do sistema de governo ditado pelo Estado em nível estratégico (BATEMAN, SNEL, 1998; OLIVEIRA, 2004) para ser operacionalizado por estados e municípios e executados pela Secretaria de Saúde local. Este nível de planejamento define situação objetivo (MATUS, 1996) deliberada por cada esfera de gestão, representada por diretrizes, normas e prescrições gerais que influenciam no processo.

Os determinantes concernentes aos recursos estão relacionados ao contexto e às características do município de Ribeirão das Neves. Na fase de execução, esses determinantes, associados a fatores externos e imprevisíveis, impõem o enfrentamento de situações reais que influenciam na atividade do gerente da Atenção Básica.

Esses determinantes permeiam as dificuldades enfrentadas pelos gerentes no desenvolvimento prático de sua função que surgem quando o nível estratégico de planejamento se depara com o nível tático e com o operacional, onde, em situação real, os fatores do mundo externo atuam dinamicamente. Os casos foram analisados na tentativa de descobrir se, mesmo com as dificuldades, o planejamento de ações ocorre, e se ele ocorre, como é feito nas situações reais. Nessas situações, a resolubilidade em cada categoria de determinantes é relacionada às estratégias organizacionais e às formas de fazer da Gerência da Atenção Básica.

Os episódios apresentados a seguir exigiram o que foi denominado de “planejar-fazendo” pela gerência da Atenção Básica. No recorte adotado, considerou-se mais pertinente associar essa denominação feita pela gerência às perspectivas propostas: a) pela literatura sobre estratégia como prática, que preconiza o processo ação-pensar-ação de maneira entrelaçada, e não como “um longo processo de pensamento seguido por um longo processo de ação”

(JARZABOWISKI; PAUL SPEE, 2009); e b) por Mintzberg (1986) relativa à quebra do mito de que “o executivo é um planejador sistemático e reflexivo”.

Os casos observados e analisados demonstram que a natureza de suas tarefas faz com que o gerente seja orientado para a ação e, ao planejar, “parece fazê-lo implicitamente no contexto das ações diárias [...] os planos parecem existir somente em suas próprias mentes, como intenções flexíveis, mas frequentemente específicas. O executivo está sempre respondendo a estímulos temporais. É um indivíduo condicionado pelo trabalho a preferir o movimento à ação retardada” (MINTZBERG, 1986, p.11).

Dados empíricos são apresentados, partindo-se das dificuldades encontradas para elaborar o plano, passando pelo nível operacional, onde o plano é detalhado e as estratégias são elaboradas, até a execução. Esta classificação baseou-se na nomenclatura utilizada na literatura sobre planejamento e foi adotada didaticamente. Sua utilização não implica uma divisão rígida entre os níveis, que, empiricamente, surgem de maneira entrelaçada, de modo que um nível influencia intrinsecamente em outro.

## **5.1 Dificuldades na elaboração do planejamento**

Existem fatores que dificultam tanto a elaboração e formalização dos planos para atender às deliberações formais implícitas no planejamento estratégico, quanto o próprio processo mental envolvido no planejamento.

As dificuldades relacionadas a seguir impactam principalmente na elaboração do planejamento, mas também influenciam na operacionalização e execução do planejamento estratégico.

### **5.1.1 A rotatividade dos gerentes**

Em Ribeirão das Neves, existe um histórico de rotatividade nas gerências: nos últimos dois anos, três pessoas passaram pelo cargo de Gerente da Atenção Básica. Este fato tem origens políticas e relacionadas às mudanças organizacionais ocorridas na Secretaria Municipal de Saúde.

Os setores da Secretaria de Saúde de Ribeirão das Neves foram criados seguindo o fluxo da implantação dos programas pelo Estado e de acordo com as mudanças políticas ao longo da história do município. De acordo com a gerente de Recursos Humanos, as alterações em

cargos, funções e setores são frequentes dentro da Secretaria de Saúde e isso dificulta a atualização do organograma.

Aqui sempre tem mudança. Quando a gente acaba de fazer um organograma direitinho, com os setores e os (respectivos) responsáveis, já muda tudo de novo... Essas mudanças têm a ver com os programas, ou, por exemplo, se um setor está muito abarrotado de serviço, ou se não tem serviço, isso é reorganizado... Mas também tem a ver com a política<sup>2</sup>, isso com certeza... (Gerente de Recursos Humanos).

A fala da gerente de Recursos Humanos foi obtida durante uma entrevista que teve como objetivo colher dados sobre o organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Ao ser indagada a respeito da existência de um organograma formal, e da descrição de cargos e funções, ela relaciona a dificuldade em formatar os documentos à rotatividade das gerências, causada por necessidades setoriais e questões políticas. O organograma que ela tinha em mãos (formal) não correspondia ao organograma real, ou seja, o que era efetivamente utilizado na Secretaria Municipal de Saúde. Para ser possível o entendimento desse organograma real, foram necessárias algumas horas entre desenhos esquemáticos e ligações para confirmar a existência/inexistência de setores.

Com relação às necessidades de criação de setores, um bom exemplo será explicitado posteriormente, por meio do caso que descreve a criação do cargo de Supervisor Regional, quando a Secretaria de Saúde considerou que a gerência da Atenção Básica estava sobrecarregada (ou “*abarrotada de serviço*”) como referido pela gerente de RH.

O que interessa neste momento é como a rotatividade de gerências interfere na atividade de planejar as ações, especificamente, no momento de elaborar os planos anuais e formalizá-los. Esta rotatividade, e a sua frequência estão expressas na fala da gerente (“*Aqui sempre tem mudança. Quando a gente acaba de fazer um organograma direitinho, com os setores e os (respectivos) responsáveis, já muda tudo de novo...*”).

A frequência em que ocorre a rotatividade entre gerências causa defasagem entre o organograma formal, registrado nos documentos da Secretaria de Saúde, e o organograma real, correspondente aos setores e cargos criados ou extintos.

A disparidade entre o organograma formal e o organograma real está ilustrado na FIGURA 2. No organograma formal, a Secretária de Saúde conta com 5 superintendências e 12 gerências. No organograma real, construído em conjunto com o setor de Recursos Humanos, uma das

---

<sup>2</sup> O presente trabalho não pretende discutir ou investigar as questões políticas citadas pela gerente de RH.

superintendências e uma das gerências não existe mais; e foram constatadas mais 20 gerências, totalizando 5 superintendências e 30 gerências na Secretaria de Saúde.

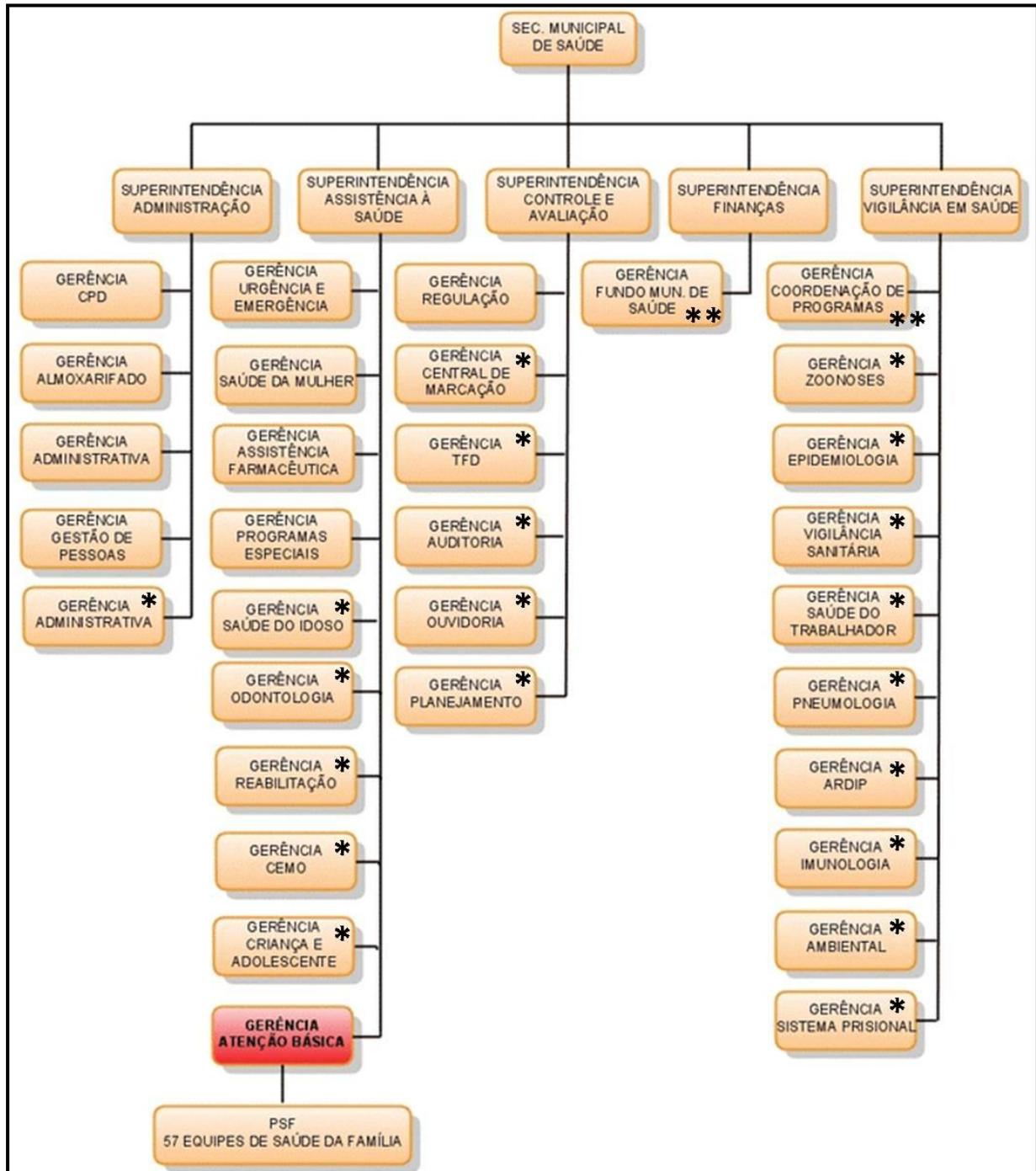


FIGURA 2 - Disparidades entre organograma formal e informal no município de Ribeirão das Neves, 2008.

Fonte: Dados de Pesquisa 2009.

Legenda:

Vermelho- Gerência em estudo.

\* Setores presentes no organograma real, mas ausentes no organograma formal.

\*\* Setores presentes no organograma formal, mas ausentes no organograma real.

As gerências são os setores responsáveis pelas ações técnicas e operacionais desenvolvidas nas respectivas áreas de ação. As atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) estão sob a supervisão direta da Gerência de Atenção Básica.

De acordo com os manuais de planejamento distribuídos pelo Ministério da Saúde, as gerências intermediárias deveriam participar da formalização da programação anual em saúde, realizada anualmente pelo município. A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções do Plano Municipal de Saúde (plurianual) e ambos devem ser congruentes com o Plano Nacional de Saúde (plurianual) de forma a determinar as metas para a Atenção Básica no município.

A forma como a gerente participa é o preenchimento de uma planilha com os dados do município e as metas a serem atingidas. Esta planilha é enviada à esfera estadual em saúde. De acordo com a gerência da Atenção Básica do município de Ribeirão das Neves, ao elaborar a programação anual ela utilizou como referencial o plano do ano anterior. Esta ação decorreu, segundo ela, porque a rotatividade de pessoas no cargo de gerência fez com que ela, novata no setor, não tivesse o domínio suficiente de todas as informações necessárias, tanto para desempenhar funções referentes ao cargo que acabava de assumir, quanto para construir o plano vigente.

A consequência foi a incerteza com relação à adequação da Programação Anual de Saúde (PAS) à necessidade do município.

Olha, eu posso falar por mim, quando eu cheguei aqui, tinha muita, mas muita coisa prá resolver...memorandos atrasados...eu tinha que pesquisar e procurar as informações prá responder, problemas de pessoal, de manutenção, médicos que não estavam cumprindo o horário, e aqui já tem pouco médico...era muita coisa atrasada, e eu tinha que botar a casa em ordem, tinha que me organizar também no meio de todos os problemas. Aí, o que é que eu fiz, peguei o plano do ano passado e me baseei nele (...) Algumas metas, a gente perde verba que o Estado dá, outras, a gente consegue demonstrar com os relatórios por que não conseguimos atingir, aí a gente negocia. (...) Por exemplo, no caso da vacinação, aqui muitas crianças nascem em Belo Horizonte, então a gente nunca vai conseguir vacinar igual eles [o Estado] pedem, todas as crianças nascidas. Neste caso eles [o Estado] entendem. (Gerente da Atenção Básica).

Quando a gerente diz no início de seu discurso (“*eu posso falar por mim*”) ela remete tanto ao desconhecimento de como a gerência anterior fez para obter informações com relação ao preenchimento da planilha, quanto ao modo particular que ela mesma usou para dar conta do que lhe foi imposto.

A pouca experiência no cargo e conseqüente desconhecimento de todas as informações para dar conta da variedade de tarefas a serem realizadas demandou a busca por diferentes tipos de informações (“*eu tinha muita, muita coisa prá resolver... memorandos atrasados... eu tinha que pesquisar e procurar as informações prá responder, problemas de pessoal, de manutenção, médicos que não estavam cumprindo o horário...*”) no sentido de priorizar o funcionamento do sistema, se posicionando de maneira orientada para a ação (DAVEL; MELO, 2005; MINTZBERG, 1973, 1986).

A organização dos saberes, originados em práticas anteriores, permitiria a condução dos processos constituídos pela experiência e a mobilização das competências, relacionadas à potencialidade para agir em certo campo e em determinado momento (ASSUNÇÃO, 2003).

De um lado a falta da experiência dificultou a reflexão para adequação do plano às necessidades locais. Por outro lado, as “*coisas a resolver*” revelaram a necessidade de priorizar problemas relacionados à natureza de seu trabalho: alguns deles caracterizados como tarefas cuja resolução lhe parecia não trivial, devido ao fato de ter que “*procurar as informações para responder*”. A imposição e urgência de formalização do plano, associadas à falta de experiência na elaboração do mesmo, fez com que a gerente recorresse aos dados formalizados anteriormente para cumprir a tarefa.

A necessidade de realizar ações e elaborar procedimentos referentes a situações não triviais e desconhecidas até o momento gerou, em um primeiro plano, constrangimentos relacionados ao tempo de resposta para resolução da situação-problema e, dificultou, em um outro plano, o estabelecimento da relação necessária entre as prescrições gerais e as particularidades que a ocasião exigia (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004; SUCHMAN, 2007).

Por outro lado, o conhecimento da gerente a respeito da possibilidade de negociação com a esfera estadual de gestão guiou a ação no sentido de elaborar o plano com base no ano anterior. Esse conhecimento fundamentou-se em documentos do Ministério da Saúde que definem os pressupostos e orientam a formulação de instrumentos de planejamento a serem utilizados em cada esfera de gestão. Nesses documentos, os termos “flexibilidade”, “pactuação entre esferas de governo” e “processo ascendente de planejamento” conferem a possibilidade de realização das “adequações que se fizerem necessárias” de acordo com as especificidades municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Com isso, o Estado abre a possibilidade de que as metas municipais sejam negociadas a cada ano. Neste caso, a gerente

usa o conhecimento que tem a respeito dessa possibilidade (“*algumas metas (...) a gente consegue demonstrar com os relatórios porque não conseguimos atingir*”) para justificar a utilização do plano anterior.

Este caso ratifica o referencial teórico ao explicitar que, quando a situação se torna problemática, as regras e procedimentos que deveriam guiar a ação passam a justificar a ação e são utilizadas como “álibi”: a gerente recorreu aos documentos governamentais para justificar o preenchimento do plano de acordo com o ano anterior e sua posterior negociação (SUCHMAN, 2007; BOUTINET, 2002).

Para atender às deliberações organizacionais, a gerente adotou práticas adaptativas, de manobra, temporizando sua conduta. Ela empregou o conhecimento prévio e significações individuais a respeito das normas e utilizou-se do “jogo de cintura” e do “jeitinho” para contornar uma situação que julgou ser menos prioritária para a prática gerencial, mas que precisava ser feita para atender à necessidade de formalização (DAVEL; MELO, 2005).

No entanto, outras situações criadas pela rotatividade das gerências e relacionadas ao desconhecimento de todas as ações planejadas na gestão anterior (devido à ocupação recente no cargo de gerente) criam dificuldades para o planejamento de ações posteriores com conseqüências mais significativas para o dia a dia da prática gerencial.

Um episódio que explicita o caráter de urgência e a dificuldade em realizar adaptações, causando constrangimentos posteriores é o caso de uma capacitação que havia sido agendada junto à esfera estadual de gestão. Ela não foi realizada pela gerente que ocupava o cargo anteriormente e precisou ser realizada às pressas, devido ao desconhecimento da gerência atual a respeito da situação.

#### **5.1.1.1 Caso da Capacitação**

A Secretária de Saúde (novata no cargo) ligou para a gerente da Atenção Básica (também novata no cargo) dizendo que o “estado está cobrando a realização de uma capacitação” para todos os envolvidos com o setor. Esta capacitação estava prevista no plano anual do município e a não realização do evento até o final do ano implicaria redução no aporte de verbas para realização de próximas capacitações. Como o final do ano estava se aproximando, essa capacitação caracterizou-se como urgente.

A falta de informação a respeito dessa capacitação implicou, a princípio, na transferência da gerente da Atenção Básica de suas atividades rotineiras para uma semana de treinamento junto a representantes do estado para ser capacitada no que tange ao repasse das informações para as ESF.

O treinamento das ESF foi agendado para a segunda semana seguinte à capacitação da gerente, o que provocou mais duas semanas de ausência nas atividades de gerenciamento das equipes de saúde.

Tá vendo, isso complica a gente. Semana passada eu não estava aqui por conta da capacitação do Estado. Acumulou trabalho, e vai acumular mais ainda, porque essa semana nós vamos ter que estudar para elaborar e organizar o treinamento para as equipes que já começa na semana que vem. Aí, semana que vem eu vou dar treinamento, e na outra receber treinamento... e o trabalho aqui só acumulando. E os problemas continuam acontecendo. (Gerente da Atenção Básica).

A primeira semana consecutiva à capacitação da gerente foi destinada a elaborar e operacionalizar o treinamento das ESF. A parte operacional dos treinamentos é de responsabilidade dos setores responsáveis por sua execução, representados por suas gerências. Assim, primeiramente, ela re-agendou todas as reuniões possíveis, o que gerou alocação de tempo para telefonemas (quase um dia inteiro para remarcar todas as reuniões da semana). No dia seguinte, ela solicitou ao setor de Recursos Humanos a lista contendo os nomes de todas as pessoas das ESF. Nesta lista, ela separou as pessoas de uma mesma equipe em dois dias distintos de capacitação, de modo que as UBS não precisassem fechar enquanto parte da equipe estivesse fora. Mais um dia foi reservado para o agendamento junto às equipes, por meio de ligações telefônicas.

O restante da semana teve como prioridade: Procurar e agendar um local para o treinamento, estudar a apostila, levantar dados junto ao CPD para servir de base para os cálculos a serem realizados no treinamento (uma parte do treinamento consistia em ensinar como calcular a cobertura do PSF), enviar o material para cópia, montar 320 apostilas, requisitar papel, canetas, alimentação e água para os dias de treinamento.

A urgência em resolver determinados problemas foi criada pelo fato de que a rotatividade de pessoas na gerência somada à natureza do trabalho gerencial provocou falta de domínio das informações referentes à agenda estabelecida na gestão anterior. A inexistência de um tempo de adaptação à função (GABARRO citado por DAVEL; MELO, 2005) faz com que as metas planejadas anteriormente tomem dimensões inesperadas.

A adaptação ao cargo de gerente da Atenção Básica implica lidar e dominar as informações relacionadas a todos os setores da secretaria de saúde, o que exige tempo para inteiração e imersão até a consolidação na função, quando há domínio das informações e condições para efetuar grandes mudanças. Este processo tem duração de no mínimo um ano, de acordo com a literatura (GABARRO citado por DAVEL; MELO, 2005).

Nesse aspecto, cabe ressaltar que, como a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, o planejamento de ações feito por essa gerência compreende diretamente os planos de 18 setores que compõem as superintendências de assistência e vigilância à saúde. Além disso, os planos devem estar em congruência com os objetivos das superintendências de administração e finanças.

Desta maneira, a rotatividade dos gerentes é um aspecto que contribui para a falta de domínio das informações. Embora a dificuldade na elaboração dos planos também envolva a falta de conhecimento a respeito dos assuntos a serem abordados junto às equipes (*“vamos ter que estudar para elaborar”*) a dificuldade principal se situa na urgência (*“o treinamento para as equipes que já começa na semana que vem”*) em realizar sua operacionalização (*“organizar”*) causada pelo ingresso recente na função e desconhecimento de todos os eventos planejados anteriormente. Isso, dentro de um contexto de trabalho em que a prioridade é voltada para a gestão do funcionamento das Equipes de Saúde da Família (*“e o trabalho aqui só acumulando. E os problemas continuam acontecendo”*).

A gerente se referiu como “trabalho” às tarefas que fazem parte da natureza da função gerencial, onde a primazia é fazer funcionar a unidade administrativa (DAVEL; MELO, 2005), neste caso, as operações realizadas a fim de manter as UBS em funcionamento. A ausência da gerente (*“Semana passada eu não estava aqui por conta da capacitação do Estado”*) com a finalidade ser capacitada para treinar as equipes de saúde causou preocupação com relação a atrasos em tarefas envolvendo o gerenciamento das UBS (*“tá vendo, isso complica a gente... Acumulou trabalho, e vai acumular mais ainda”*).

A preocupação com a pressão temporal a ser enfrentada no futuro, foi revelada por meio da antecipação mental das conseqüências dos atrasos na realização de atividades operacionais, que são consideradas como prioritárias. Essa antecipação mental dos problemas a serem enfrentados nas semanas seguintes serviu como base para o re-agendamento dos

compromissos. A aprendizagem com situações passadas estruturaram o comportamento e fundamentaram o estabelecimento de prioridade e antecipação (BOUTINET, 2002).

A natureza do trabalho gerencial permeia e influencia o contexto em que ambas as situações (elaboração do plano anual e capacitação) ocorreram, onde a necessidade de “*colocar a casa em ordem*” forçou a ação no sentido de responder às prioridades envolvidas na resolução dos problemas em cada situação.

No primeiro caso, a resolução de problemas relacionados ao funcionamento das unidades de saúde foi priorizada em detrimento à procura de documentos formais para a obtenção de informações para formalização do plano. Isso ocorreu porque as conseqüências de possíveis erros a elaboração do plano poderiam ser contornadas por meio de negociações com o estado.

No segundo caso, a impossibilidade de negociação criou uma nova situação de urgência, devido ao atraso na execução de atividades de gerenciamento das UBS, retroalimentando o ciclo da natureza gerencial, voltada para as ações no sentido de responder às solicitações do momento (MINTZBERG, 1986).

A resposta a essas solicitações momentâneas está dentro dos papéis desempenhados pelos gerentes na forma de “manipulador de distúrbios”, “respondendo involuntariamente às pressões” (MINTZBERG, 1996, p. 28). Os problemas que podem atrapalhar o funcionamento das UBS são considerados como urgentes e classificados como “distúrbios” cuja prioridade deve ser dada, caracterizando-os como “pressões”.

A palavra “involuntariamente” é usada no sentido de que esses distúrbios, cuja não resolução afetaria as diretrizes e princípios que regem todo um sistema de saúde, se tornam prioritários a ponto de não haver outra opção a não ser voltar a ação para eles em detrimento de outras ações.

O próximo item revela como essa natureza do trabalho gerencial causa dificuldades para a elaboração de planos, principalmente em momentos que exigem concentração.

### **5.1.2 O uso do tempo e a natureza do trabalho gerencial**

A gerente da Atenção Básica divide o tempo de modo a tentar evitar sua ausência da sala durante todo o dia. A agenda semanal é normalmente organizada de maneira que, em geral,

um período do dia é reservado às reuniões e visitas (trabalho fora da sala) e outro período é reservado para trabalhos dentro da sala como demonstrado no QUADRO 2.

**QUADRO 2 - Agenda da Gerência da Atenção Básica de Ribeirão das Neves no período de 06/03/2009 a 27/03/2009.**

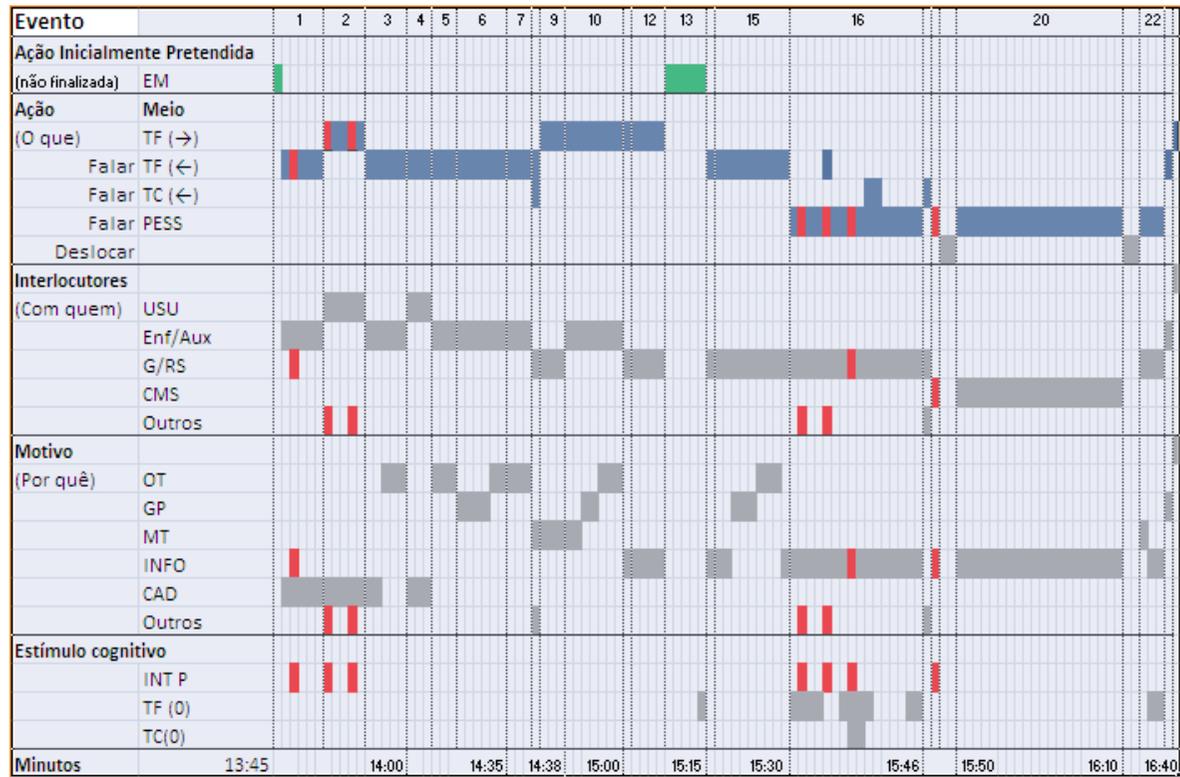
<b>DIÁRIO</b>	<b>DIA</b>	<b>SEGUNDA</b>	<b>TERÇA</b>	<b>QUARTA</b>	<b>QUINTA</b>	<b>SEXTA</b>
<b>MANHÃ</b>		Reunião E	Trabalho na sala	Visita PSF - RN	Trabalho na sala	Reunião P e NASF
	<b>TARDE</b>	Trabalho na sala	Reunião CF	Visita à UBS - C	Reunião GUBR	Trabalho na sala
<b>MANHÃ</b>		Trabalho na sala	Visita PSF- PS Reunião H	Reunião CA (Cancelada)	Trabalho na sala	Reunião B
	<b>TARDE</b>	Trabalho na sala	Trabalho na sala	Trabalho na sala	Reunião S	Trabalho na sala
<b>MANHÃ</b>		Reunião PSC	Trabalho na sala	Reunião PF	Trabalho na sala	Trabalho na sala
	<b>TARDE</b>	Vista PSF-J	Reunião P	Reunião CM	Trabalho na sala	Trabalho na sala

Fonte: Dados de pesquisa, 2009.

Essa regra foi definida porque a gerente sabe que a participação em reuniões ocupa todo um período de trabalho (manhã/tarde), principalmente se é necessário o deslocamento para fora da Secretaria de Saúde. As reuniões e visitas são marcadas para o meio da manhã, deixando o início do período para solucionar problemas que não puderam ser resolvidos no dia anterior ou se preparar (procurar ou elaborar documentos) para as reuniões do dia.

Os dias de trabalho programados para serem realizados dentro da sala são preenchidos basicamente por contatos verbais. Na gravação e acompanhamento de um turno de trabalho na sala, com registros entre 13:45 e 16:40, foram observados 24 eventos, constituídos por 16 contatos via telefone fixo (TF), 4 contatos pessoais (PESS), 2 deslocamentos (D) e 2 momentos em que a gerente se dedicou à elaboração de um memorando (EM), que era a ação inicialmente pretendida naquela tarde e não foi cumprida. O GRÁFICO 1 mostra a quantidade e variedade de ações realizadas, envolvendo diferentes interlocutores e motivos, no período observado, em detrimento da elaboração do memorando. Também são mostrados momentos em que a gerente está realizando uma ação, e outras coisas acontecem ao seu redor (estímulos cognitivos) como pessoas abrindo a porta (interrupções) e telefones tocando sem poder ser atendidos, uma vez que a gerente estava realizando outra ação.

**GRÁFICO 1 - Acompanhamento da atividade de trabalho realizada em um turno na sala do Gerente da Atenção Primária - Ribeirão das Neves / MG (18/02/09)**



Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

No período de observação, ocorreram 7 episódios de interrupções de atividades (pontos vermelhos) por pessoas que entraram na sala para trocar informações rápidas ou entregar papéis.

A duração de cada ação foi de poucos minutos (de 1 a 5 minutos), as mais prolongadas constituídas de encontros face a face que duraram de 3 a 20 minutos. A duração das ligações telefônicas variou de um a oito minutos. Elas envolveram diferentes interlocutores, e tinham diferentes motivos.

As ações realizadas na sala (no dia da observação) foram: Falar ao telefone fixo ou celular (TF / TC), falar pessoalmente (PESS) e se deslocar da sala da gerência para a sala do andar superior e vice-versa devido a uma reunião que ocorria no segundo piso, para a qual a gerente foi convidada a participar sem aviso anterior. O telefone fixo era utilizado para receber (TF←) e fazer ligações (TF→) e o telefone celular foi utilizado, neste dia, para receber ligações (TC←).

Dos 17 telefonemas para o telefone fixo da gerência da Atenção Básica (TF←), 11 consistiam em requisições de interlocutores externos, compostos por: usuários (USU), enfermeiros ou auxiliares de enfermagem (ENF/AUX), gerentes ou representantes de outros setores (G/RS), e conselheiros do conselho municipal de saúde (CMS). As requisições desses interlocutores eram referentes a: Orientações Técnicas (OT), Gestão de Pessoas (GP), Manutenção (MT), troca de informações (INFO), cadastramento (CAD) e outros.

Com relação às ligações, das 6 que partiram do telefone fixo da gerência (TF→), 5 foram destinadas a providenciar respostas às demandas recebidas, por meio do contato com enfermeiros ou auxiliares de enfermagem (ENF/AUX) e gerentes ou representantes de outros setores (G/RS).

Apenas uma das ligações proveniente do telefone fixo da gerente se constituiu de uma solicitação da mesma. Esta ligação destinou-se ao almoxarifado, para resolver um problema oriundo da constatação (por meio da comparação de relatórios de consumo) de disparidades entre número de materiais pedidos por diferentes UBRs que, teoricamente, possuíam a mesma quantidade de pessoas trabalhando. Essa ligação foi feita após a interrupção presencial de uma pessoa que entregou os mapas de consumo. Enquanto resolvia outros problemas ao telefone, a gerente manipulava os mapas, até que, ao final do dia, ela faz a ligação para o almoxarifado para se certificar de que os dados estão corretos e perguntar o porquê da disparidade. A

conversa com o gerente do almoxarifado revelou a incerteza de ambos com relação ao número de pessoas trabalhando em cada UBS e levantou a hipótese, construída em conjunto (entre os dois gerentes), de que a disparidade ocorreu devida a uma possível diferença entre o número de pessoas trabalhando nas respectivas UBRs. A decisão, tomada em conjunto com o almoxarifado, foi a requisição dos dados referentes ao número de pessoas trabalhando em cada UBR para entender a disparidade e definir um padrão de consumo.

Em meio aos contatos telefônicos estabelecidos durante o trabalho, ocorriam interrupções por pessoas (outros funcionários) que geralmente batiam na porta da sala para entregar papéis ou fazer breves avisos verbalmente (essas interrupções estão representadas em vermelho no gráfico). As exceções foram os eventos 16, 20 e 22, eventos caracterizados como interrupções que envolveram a interação presencial com a gerente:

- a) Evento 16: A gerente do planejamento entra na sala com uma supervisora regional e sugere que seja feito um projeto envolvendo saúde nas escolas. Se o projeto fosse aceito o estado repassaria os recursos para a área da saúde. Durante os 15 minutos que as gerentes conversavam sobre possibilidades de ações, o telefone fixo tocou três vezes sem ser atendido, ocorreram três interrupções pessoais: duas para entrega de papéis e uma de enfermeira procurando por alguém da do setor de supervisão regional. No momento em que esta enfermeira entrou na sala, a gerente da atenção básica conversava com a gerente do planejamento, enquanto tocavam, ao mesmo tempo, o telefone fixo e o telefone celular.
- b) Evento 20: Membro do Conselho Municipal de saúde requisita presença em reunião que está sendo realizada em uma sala, no segundo andar da Secretaria de Saúde, para esclarecimentos a respeito dos custos com capacitação envolvendo as equipes do PSF. Esta reunião não havia sido agendada, mas a presença da gerente da Atenção Básica foi solicitada para esclarecer a respeito de como as capacitações estavam sendo selecionadas e distribuídas ao longo do ano, com seus respectivos custos, uma vez que um dos conselheiros levantou a hipótese de que os custos com essas capacitações eram excessivos.
- c) Evento 22: Um funcionário do Centro de Processamento de Dados (CPD) passa na frente da porta da sala e a gerente chama para discutir a respeito das possíveis causas de erros na entrada de dados e como resolver o problema.

Os eventos 16 e 20 mostram que, além da gerente lidar com solicitações via telefone, ela atende às requisições que outros setores julgam como urgentes e merecedores de sua atenção. Nesses momentos, a gerente para o que está fazendo e direciona a atenção para ajudar os outros setores com seus problemas. Essa interação faz parte do aspecto social da atividade do gerente, onde são desempenhados papéis interpessoais (coletando e disseminando informações) e são cultivadas as relações horizontais a fim de “manter canais abertos” para facilitar futuras negociações (MINTZBERG, 1973, p. 63).

O conjunto de eventos acompanhados é coerente com a literatura no que se refere à variabilidade, brevidade e fragmentação das tarefas; implícitas na natureza do trabalho gerencial. Além disso, as interrupções não são impedidas, uma vez que, além do papel interpessoal desempenhado pela gerente, ela dá importância às informações informais e verbais para as tomadas de decisão (DAVEL; MELO, 2005; MINTZBERG, 1973, 1986).

Para lidar com essas exigências envolvidas na natureza de seu trabalho, a gerente utiliza um caderno que funciona como uma ferramenta para a memória e organização das atividades (o que fazer e qual a prioridade). A rotina de trabalho na sala inicia-se com a abertura desse caderno. Segundo ela, este método auxilia a lembrar o que já foi feito, o que deve ser documentado e o que ainda é necessário fazer. Cada ação e ligação realizada são anotadas, no caso de ser algo por fazer, ou riscada, assim que é resolvida.

Chego mais cedo para me organizar e ver as pendências do dia anterior... o que eu não consegui fechar, o que ficou faltando pra eu fechar aquele dia (...) Vou fazendo e anotando (...) eu pego o meu caderno ou a minha agenda e, antes, eu planejo o que eu vou fazer. Então, antes de sair de casa ou na noite anterior, eu já paro e penso (...) todas as coisas que são realizadas, são feitas, concluídas ou não, eu escrevo neste caderno. (Gerente da Atenção Básica).

A rotina (“*chego mais cedo para me organizar e ver as pendências*”) revela a natureza denominada de final aberto (MINTZBERG, 1973, p.30) da atividade de gerentes, em que sempre há algo por fazer de modo que trabalho nunca chega a um fim pré-determinado.

Na impossibilidade de resolver todas as pendências no horário de trabalho, a gerente escolhe algumas tarefas para serem realizadas em casa. De acordo com a gerente, ela leva para casa tarefas que envolvem raciocínio, atenção e utilização do computador, como elaboração de projetos e memorandos.

(...) eu faço as coisas em casa. Exemplo, ouvidoria, eu tinha mais ou menos doze memorandos pra responder que chegou quinta e sexta. E memorandos de ouvidoria são memorandos chatos, determinadas situações muito complexas e você não tem

tempo de parar e pensar qual é a melhor forma de responder isso. Então, eu levei pra casa e fiz tudo em casa. (Gerente da Atenção Básica).

O acompanhamento da gerente em atividade, expresso por meio do gráfico, demonstrou a variedade de demandas a serem atendidas no momento de trabalho dentro da sala. Durante o período acompanhado, a gerente conseguiu direcionar a atenção para o memorando durante seis minutos. A natureza do trabalho dificulta qualquer atividade em que é necessária atenção e concentração (*“determinadas situações muito complexas e você não tem tempo de parar e pensar qual é a melhor forma de responder (...) levei pra casa e fiz tudo em casa”*).

Desta forma, as atividades que envolvem a “elaboração”, ou seja, o desenvolvimento processos mentais envolvidos na formulação e formalização das estratégias - e o tempo necessário de mobilização da atenção e da concentração abarcadas esse processo - contrastam com os aspectos intrínsecos à natureza do trabalho gerencial. As dificuldades envolvidas nesse processo são contornadas, por ferramentas para auxílio da memória, como o uso do caderno, ou por meio da transferência dos momentos de “elaboração” para períodos de trabalho fora da sala, em reuniões, ou em tarefas realizadas em casa.

Uma vez elaborados os planos e a formalizadas as metas gerais para a Atenção Básica no município, a operacionalização dos mesmos imprime outras dificuldades.

## **5.2 Dificuldades para operacionalizar o plano**

As formas de operacionalização da Atenção Básica definidas pelo Estado envolvem a criação de programas de saúde e implantação de Equipes do PSF. Cada ESF traça suas estratégias por meio do Plano de Ações e Metas (PAM). As estratégias locais devem ser realizadas de forma transversal, intersetorial utilizando a comunicação e informação (BRASIL, MS, 2009).

A definição das estratégias de gestão ocorre no nível de média gerência e comumente este processo é denominado “planejamento tático”. O planejamento tático tem por objetivo decompor o planejamento estratégico e adequá-lo às realidades locais (BATEMAN, SNELL, 1998; OLIVEIRA, 2004).

A estratégia de reorientação da saúde no Brasil, consolidada pela implementação do PSF, implica realizar a macro-gestão das UBS que o compõe e em capacitar profissionais para atuar nessas unidades. As dificuldades relacionadas a essa operacionalização ocorrem quando

se enfrentam as condições municipais, que se constituem como barreiras conhecidas à implantação do sistema de atenção básica conforme foi concebido.

### **5.2.1 Escassez de recursos financeiros e humanos no município**

Ribeirão das Neves se originou a partir da aquisição de fazendas pelo Estado de Minas Gerais para a construção de uma penitenciária agrícola, o que impulsionou o crescimento populacional. Atualmente, o município é extenso e populoso, com área total de 157 Km<sup>2</sup>, 340.033 habitantes (NEVES-MG-GOV-BR, 2008; IBGE, 2008).

A história do município, associada à proximidade de Belo Horizonte (33Km) fez com que seu crescimento fosse diferente do das outras cidades que mantiveram um núcleo sede bem estruturado, mas sofreram as consequências da formação de periferias em seu território. O processo de periferização local formou um núcleo sede fundado como “uma periferia nas mesmas condições das demais que se formaram em seu território” (CESÁRIO JUNIOR et al [s.d.]).

A baixa arrecadação de impostos impõe restrições orçamentárias para a implantação de melhorias urbanas e na área da saúde. A pavimentação precária, a distância entre bairros e o serviço de transporte público ineficiente restringem o acesso a algumas regiões no município. Existem muitas áreas em que o tipo de instalação sanitária é rudimentar, ou seja, regiões desprovidas de rede de esgoto.

As condições econômicas do município dificultam o aporte de recursos para a ampliação das áreas de saneamento e pavimentação. A falta de recursos financeiros atrapalha a implantação de unidades de saúde, na medida em que esta tem como requisitos mínimos a acessibilidade e higiene, adequadas ao atendimento médico e ao alcance da população, o que requer investimentos locais.

A implantação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e conseqüente implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF), é o meio para aumentar a cobertura do PSF, conforme previsto no Plano Nacional de Saúde. Desde 1996 o PSF representa, em Ribeirão das Neves, a principal ferramenta estratégica para Atenção Básica à saúde do município. Atualmente ele cobre cerca de 60% do território, que é dividido em cinco regiões sanitárias, possuindo cada uma sua Unidade Básica Regional (UBR). A gerência da Atenção Básica é a responsável pelo processo de implantação dessas unidades.

O setor de Atenção Básica conta com 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 57 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo que em apenas 50% delas os médicos estão presentes. As UBS são as estruturas físicas (sedes) onde as equipes de saúde da família trabalham.

As condições geográficas e de saneamento do município geram problemas a serem resolvidos para implantar as unidades. Nem sempre as áreas onde deveriam ser instaladas novas UBS possuem as condições suficientes de acesso e saneamento, o que demanda procura por casas em boas condições e em lugares centrais das regiões sem cobertura do PSF, além de negociação e trabalho administrativo envolvendo a locação do imóvel, como verificar e providenciar a documentação.

Quanto às unidades já instaladas, muitas estão em locais de difícil acesso e com altos índices de violência, o que impede a implantação de tecnologias nesses locais, inibe a chegada de profissionais nessas regiões e institui uma fonte de imprevistos que influenciam no trabalho das equipes.

O número de óbitos e a taxa de mortalidade por agressões são elevados no município, constituindo-se nos maiores índices do estado de Minas Gerais. A violência também se traduz nos furtos de UBS, que são frequentes, provocando resistência (da gerente e das equipes) à aquisição de materiais como, por exemplo, computadores. Este comportamento de oposição à instalação de tecnologias é justificado pela lógica de “não adianta comprar porque vão roubar”. As solicitações para melhoria da vigilância nas UBS são respondidas negativamente por meio da alegação rotineira da restrição financeira do município.

Mesmo as regiões com boas condições de acessibilidade, saneamento e baixos índices de violência enfrentam problemas de inadequação de imóveis. Aqueles disponíveis para locação e funcionamento das UBS, em boa localização, são casas comuns, anteriormente habitadas por pessoas da comunidade, geralmente pequenas, cuja concepção não foi direcionada para serviços de atendimento em saúde. Reformas e manutenção são constantes, o que representa uma das dificuldades que impacta na rotina gerencial da Atenção Básica, como será visto mais detalhadamente adiante, em um caso envolvendo a manutenção da fossa de uma UBS, o que tomou parte de uma tarde de trabalho da gerente.

A implantação de UBS requer recrutamento e capacitação de recursos humanos para formar as equipes de saúde (ESF) o que se revela como outro problema. A manutenção dos recursos humanos é prejudicada pelos baixos salários impostos pelas restrições orçamentárias, pela

dificuldade de acesso às áreas e pela questão da violência. O salário oferecido para um médico em Ribeirão das Neves é praticamente o mesmo de Belo Horizonte, de modo que a preferência dos profissionais é trabalhar mais próximo de suas casas.

Olha só, se coloca no meu lugar. Você pode ganhar praticamente a mesma coisa em Belo Horizonte, pegando plantões por exemplo. Plantão não é fácil, mas lá você está mais seguro, dentro de um hospital, seu carro no estacionamento, relativamente perto de casa. Aqui, você ganha quase a mesma coisa, vai parar em um fim de mundo prá atender sei lá quantas pessoas, sem condições de atendimento, às vezes até sem material, inclusive correndo o risco do seu carro estragar ou acontecer qualquer coisa com ele, ou com você mesmo... (Médico).

Em geral, os médicos se queixam da relação custo-benefício de se trabalhar no município (*“você pode ganhar praticamente a mesma coisa em Belo Horizonte”*) atribuindo o custo à falta de recursos do município (*“sem condições de atendimento [...] às vezes até sem material”*) e à exposição à violência (*“correndo risco de seu carro estragar ou acontecer qualquer coisa com ele ou com você mesmo...”*).

A consequência do problema de contratação dos médicos é que apenas 50% das ESF contam com esse profissional. Isso significa que grande parte da população do município tem o acesso às consultas médicas prejudicado, com grandes períodos de espera.

Para tentar fazer com que uma parcela da população não permanecesse sem médico por muito tempo, foi estipulado um rodízio, de modo que, no caso de novas contratações, as UBS que estivessem há mais tempo sem o profissional, fossem priorizadas. No entanto, em alguns casos observa-se a recusa dos médicos para trabalhar nas áreas mais carentes, mais perigosas e de difícil acesso.

A gente tenta colocar os médicos nas regiões mais carentes. Só que essas regiões, são exatamente CA-REN-TES... e ainda distantes do centro, com dificuldade de acesso, além de mais perigosas... aí fica assim, ninguém quer trabalhar lá porque é carente, e é carente porque ninguém quer trabalhar lá. Fica difícil prá nós né (Gerente da Atenção Básica).

A gerente se refere à resistência dos médicos para trabalhar nas regiões que ela denomina de “carentes” (*“distantes do centro, com dificuldades de acesso e mais perigosas”*). Por outro lado, como foi visto, os médicos justificam essa resistência por meio de argumentos envolvendo a relação custo/benefício desfavorável para trabalharem em regiões de difícil acesso e perigosas.

O modo de enfrentamento da situação (para que o processo de cobertura municipal do PSF não fosse retardado ou até mesmo impedido) foi a implantação de equipes sem médico. Isso

envolveu a negociação com o hospital para que os médicos que lá trabalham absorvessem as consultas excedentes das UBR.

Para isso, uma reunião foi agendada entre as gerências de Urgência e Emergência da Atenção Básica. De acordo com esta última, o objetivo era assegurar, por meio da assinatura de um documento, a realização de atendimentos, que não pudessem ser realizados nos PSF e policlínicas, pelo hospital. Para esta reunião, a gerente da Atenção Básica listou todos os problemas e preocupações referentes ao PSF, além de reunir documentos e relatórios de enfermeiros que tiveram problemas no encaminhamento de pacientes para a atenção secundária.

A nossa conversa é sobre Atenção Primária, urgência e emergência. A gente tem que sair do pressuposto que a Atenção Primária está fragilizada, pois 23 unidades não têm medico. Então, toda essa população de PSF sem médico cai na UBR. Essa UBR já não está dando conta dos pacientes que não são cadastrados nos PSFs, e ainda tem que dar conta dos PSFs que não têm médicos [...] a gente tem certeza que médico a gente não vai conseguir. Então, nós precisamos de retaguarda, o hospital não está dando retaguarda [...] o hospital vira e fala assim: nosso clinico, ele está atendendo só gente interna agora, então ele não pode atender externo [...] Aí, eu peço para os enfermeiros fazerem relatórios (no caso dos pacientes que não foram atendidos no hospital) e xeroco todos os documentos. Levo tudo (na reunião com os representantes do hospital) Porque o que tem que fazer é pactuar [...] Ou o hospital dá conta, ou ele assume que não dá! [...] O hospital existe para dar a retaguarda, a policlínica existe para dar a retaguarda. Nós vamos oficializar isso em documento. Tem algumas pactuações que foram feitas e que não foram cumpridas. Mas, tem algumas coisas que foram em discussão, em conversas, não documentadas, por isso é necessário documentar. (Gerente da Atenção Básica).

A fala da gerente se inicia com sua representação a respeito do setor e seus serviços (“*a Atenção Básica está fragilizada [...] Então, toda essa população de PSF sem médico cai na UBR. Essa UBR já não está dando conta dos pacientes que não são cadastrados nos PSFs, e ainda tem que dar conta dos PSFs que não têm médicos*”) e se refere à negociação anterior para que o hospital auxilie nos atendimentos que seriam para serem realizados pela Atenção Básica (“*Tem algumas pactuações que foram feitas e que não foram cumpridas. [...] Então, nós precisamos de retaguarda, o hospital não está dando retaguarda [...] o hospital vira e fala assim: nosso clinico, ele está atendendo só gente interna agora, então ele não pode atender externo*”). No entanto, o hospital também tem suas restrições de recursos que o impedem de atender a todos os pacientes da Atenção Básica que buscam atendimento.

A tentativa da gerente em garantir o atendimento da população utilizando-se de relatórios feitos pelos enfermeiros a respeito de pacientes que não conseguiram ser atendidos para auxiliar na negociação com o hospital (“*Aí, eu peço para os enfermeiros fazerem relatórios e*

*xeroco todos os documentos. Levo tudo, porque o que tem que fazer é pactuar [...] Ou o hospital dá conta, ou ele assume que não dá!)* tornou-se um problema que exige negociações frequentes e sem solução na medida em que existe a possibilidade de que o hospital não dê conta de absorver o excedente de pacientes que deveriam ser atendidos pela Atenção Básica, mesmo que assuma essa responsabilidade.

Uma dificuldade que se soma a esse problema é a alta rotatividade de médicos, que exige realocação frequente de pessoal e das consultas que estavam marcadas para os médicos que foram desligados do PSF. Algumas dessas consultas, que envolvem casos de maior urgência, acabam se transformando em solicitações dos enfermeiros para a gerente da Atenção Básica intervir, por meio de negociação com outras UBS ou UBRs, a fim de que esses pacientes sejam atendidos prioritariamente. A decisão atinente à prioridade de pacientes é de responsabilidade da gerente, uma vez que a norma de atendimento nas UBS determina o respeito à ordem de chegada dos mesmos.

Essa escassez de recursos humanos, aliada às condições do município, impõe barreiras ao sucesso do planejamento tático no que tange à operacionalização (decomposição e adequação) da estratégia de implantação e manutenção do PSF por meio do gerenciamento de UBSs. Uma situação ilustra como essas barreiras podem interferir no que foi inicialmente planejado exigindo mudanças nas ações programadas.

Uma regra estabelecida para manter a rotina de funcionamento das UBS é que pelo menos um profissional habilitado seja responsável pelo andamento das atividades. Este profissional pode ser um médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

Para manter o funcionamento das UBS em semanas de capacitação das ESF, a gerente da Atenção Básica organizou um rodízio de profissionais distribuídos em dois dias (idênticos) de treinamento: o enfermeiro estaria presente no primeiro dia enquanto o auxiliar de enfermagem permaneceria na UBS; no segundo dia, os profissionais fariam o rodízio, de modo que a situação seria inversa.

A gerente da Atenção Básica monitorava essa capacitação para as ESF, que ocorria em uma escola pública, quando recebeu um telefonema de uma das secretárias que trabalha na Secretaria Municipal de Saúde. Neste telefonema, foi informada de que uma determinada UBS estava pedindo autorização para ser fechada, devido à ausência de um profissional responsável pela mesma no local.

Frente à iminência de fechamento da unidade, a gerente interrompe suas atividades e liga de seu telefone celular para a UBS em questão a fim de verificar as causas do ocorrido. Ao conversar com uma ACS, a mesma informa a ausência de pessoas responsáveis que possam manter a unidade aberta.

Como a prioridade é manter o atendimento à população por meio da UBS operante, a gerente realizou tentativas de realocação de recursos humanos via telefone celular próprio. Foram contatadas três UBS próximas àquela em que houve a falta da profissional, porém nenhuma das delas possuía recursos humanos para ser disponibilizado.

A tentativa de encontrar alguma UBS com profissionais disponíveis ocorreu para não deixar os usuários sem atendimento e para evitar o mesmo problema na semana seguinte, uma vez que, frente à falta de ambas no primeiro dia, elas deveriam estar presentes na segunda e última oportunidade de capacitação.

...na semana que vem eu vou ter o mesmo problema de hoje, porque as duas, a que está aqui e a que faltou, vão estar na capacitação e aí lá vai eu ter que fazer mais dez telefonemas de novo prá pegar uma enfermeira e colocar prá atender nesse PSF.  
(Gerente da Atenção Básica).

Sem outro recurso, a gerente chamou a enfermeira da UBS que participava do treinamento e explicou a situação, solicitando que ela retornasse à UBS. Dada a urgência, e a distância da UBS, a locomoção deveria ser feita via automóvel. A gerente ligou para vários setores da secretaria de saúde tentando conseguir um carro para buscar a enfermeira que estava na capacitação e levar para a UBS. Como todos os carros estavam ocupados, a gerente orientou que a enfermeira esperasse cerca de 20 minutos porque um carro (do restaurante que presta serviço para a prefeitura) estaria trazendo o almoço e então ela poderia pedir ao motorista para deixá-la próximo da UBS.

A antecipação dos problemas (“*na semana que vem eu vou ter o mesmo problema de hoje*”) frente à necessidade de capacitar a enfermeira e a auxiliar de enfermagem no evento da semana seguinte (“*as duas, a que está aqui e a que faltou, vão estar na capacitação*”) fez com que a gerente se adiantasse em resolver a situação para não criar novas urgências por meio da realização de telefonemas durante a semana (“*lá vai eu ter que fazer mais dez telefonemas de novo prá pegar uma enfermeira e colocar prá atender nesse PSF*”) onde foi necessária a negociação com outras UBS para substituição dessas profissionais por outras, que trabalham em regiões vizinhas.

Este é um exemplo que mostra a relação entre a falta de recursos (como matéria prima e meios de produção), as incertezas geradas por essa restrição e, frente à essa circunstância, o aumento da necessidade de comunicações com níveis hierárquicos inferiores e maior a orientação das ações no sentido de preocupar-se com o que lhe é exigido na situação presente e controlar as atividades operacionais, o que determina maior fragmentação de tarefas (ROGALSKI; LANGA, 1997).

A ação inicialmente planejada não pôde ser executada devido à ocorrência de um evento, concernente a um acontecimento que não deveria estar presente na situação (LIMA, F., 2005). Mesmo com um planejamento anterior que previa as restrições de pessoal, o futuro, imprevisível, implica lidar com problemas onde as particularidades do contexto mudam continuamente e dificilmente são completamente antecipadas (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004; SUCHMAN, 2007).

A necessidade de ruptura (temporal) com o que foi planejado anteriormente, frente à ocorrência do evento, determinou o início de um novo tempo, sendo necessário modificar a estratégia para adequá-la às singularidades dos fatos (LIMA, F., 2005). O momento correspondente a essa modificação da estratégia confere a dinamicidade entre a ação e o pensamento, dentro de um contexto de especificidades, onde a intenção (contida no pressuposto de não interromper as atividades nas UBS) é mesclada com as decisões e ações (DAVEL; MELO, 2005; JARZABOWISKI; WILSON, 2004) envolvidas na realização das ligações para negociar a realocação de pessoal, a fim de tentar evitar a ocorrência de um próximo evento.

As negociações de responsabilidades entre indivíduos se configuram como práticas sociais, utilizadas como meios para garantir o alcance das metas (neste caso, a realização da capacitação) relacionadas ao sucesso e à missão organizacional. A atuação e envolvimento da gerente com aspectos que ela considera estratégicos (e com a mudança da estratégia em si) estão contidos nas responsabilidades operacionais (MANTERE, 2005, 2008). Dentro de uma situação planejada (envolvendo os passos para atingir a meta de realizar a capacitação) ocorreram eventos que forçaram a reorientação do pensamento e da ação de forma dinâmica e social para que o objetivo final fosse alcançado.

### 5.2.2 Dificuldades envolvendo o monitoramento das equipes

O elevado número de equipes de saúde (57) distribuídas em um município extenso, com dificuldade de acesso às microregiões e com falta de recursos para a saúde (como, por exemplo, insuficiência de carros na Secretaria de Saúde para deslocamento das gerências) faz com que o monitoramento das equipes seja feito, em grande parte, à distância. Além disso, devido à necessidade de resolver problemas na sala e participar de reuniões, apenas uma a duas visitas às UBS são agendadas semanalmente.

Assim, o telefone é o principal meio de comunicação utilizado para realizar orientações técnicas e monitorar o trabalho das equipes. A análise dos dados da população atendida (diagnóstico em saúde pública) e da produção das equipes (quantos pacientes foram atendidos, quantas visitas foram realizadas, quais os tipo de patologias atendidas, os insumos que foram utilizados) é efetuada por meio de relatórios mensais de produtividade, enviados por malote para a gerência de atenção básica.

O distanciamento físico das equipes causa incertezas e necessidade de alocação de tempo e realização de telefonemas para entender os problemas e checar as informações, necessárias para a tomada de decisão. Dois casos ilustram situações de incerteza e de como este problema foi contornado.

O primeiro deles se refere ao monitoramento da produtividade de uma determinada equipe. Ao analisar relatórios manuscritos mensais dessa equipe, a coordenadora percebe que todas as metas foram alcançadas, mas sabe que os ACSs se ausentaram durante uma semana para a participação em um curso (é ela quem agenda os treinamentos), então seria impossível alcançar os números que a equipe colocou no relatório, mesmo redistribuindo as tarefas.

Eu sei muito bem a hora que elas (enfermeiras) estão querendo embromar. Quando um enfermeiro traz (via relatório) uma produtividade, mas os ACSs dela estavam fazendo um curso... e ela tem uma população X. Aí, ela traz pra mim uma produtividade falando que todos os ACSs dela, todos, TODOS fizeram TODAS as visitas que eles tiveram que fazer, sendo que eles estavam somente na parte da manhã. Eu desconfio, eu não acredito. Esse dado pra mim não é um dado fidedigno. (Gerente da Atenção Básica).

A incoerência entre o calendário de capacitações e a produtividade da equipe (“*Quando um enfermeiro traz uma produtividade, mas os ACSs dela estavam fazendo um curso*”) enviada nos relatórios gerou desconfiança com relação à fidedignidade dos dados (“*ela traz pra mim uma produtividade falando que todos os ACSs dela, todos, TODOS fizeram TODAS as visitas*”).

que eles tiveram que fazer, sendo que eles estavam somente na parte da manhã. Eu desconfio, eu não acredito. Esse dado pra mim não é um dado fidedigno”). A gerente baliza a noção de limite de visitas efetivadas pelos ACS durante os dias de capacitação para fundamentar a decisão de ligar para a enfermeira e solucionar a incoerência, o que foi feito posteriormente à análise dos relatórios. No momento da ligação, a enfermeira assumiu o erro e foi orientada com relação à questão.

O segundo caso que ilustra a dificuldade envolvida no monitoramento à distância, e as conseqüências da incerteza gerada por ele, é o caso da manutenção de uma fossa em um PSF. A gerente da Atenção Básica (GAB) recebe um telefonema no início da tarde avisando que a fossa de uma das UBS havia “estourado”, o que gerou interrupção das atividades e a necessidade de realizar uma série de telefonemas para entendimento e resolução do problema. A sequencia de diálogos do QUADRO 3 ilustra a dificuldade relacionada á incerteza de informações e necessidade de checá-las para resolver o problema.

**QUADRO 3 – Diálogos que explicitam a incerteza de informações e necessidade de checá-las para resolver problemas.**

HORA	AÇÕES	COMUNICAÇÕES E EVENTOS	COMENTÁRIOS E ENTREVISTA EM AUTOCONFRONTAÇÃO
14:39	Gerente da Atenção Básica (GAB) recebe ligação de outra gerente (G)	GAB: Nossa que delícia (tom de ironia) não sabia não!!! Tá bom então!! Tchau!	GAB: A fossa do JC estourou! Que coisinha boa! (tom de ironia). Olha, agora normalmente eu tenho que fazer um memorando prá administração, mas como é urgente, vou ligar para a administração.
14:40	GAB liga para Administração	GAB: Boa tarde quem fala? (...) GAB: A Sra. sua chefe está aí hoje? [...] aqui, você ficou sabendo que a fossa do jardim colonial explodiu? (...) GAB: Mentira né, transbordou (tom de ironia)... Mas se você for pensar, tem lugar que não tem nem água potável... (...) GAB: Mas você está ciente disso? (...) GAB: Ninguém? Porque a G (gerente) me ligou falando que ligaram para o celular dela falando isso. (...) GAB: Vão bater uma laje na fossa? (risos, ironia) Então vou te falar que ela explodiu, aí a tampa rolou prá cima	GAB: A menina da administração é uma novata, deve ter 6 meses que está lá, sabe menos que eu... acho que ela não sabe nem o que é fossa... tá perguntando “como assim explodiu?” ... uai, derramou, não suporta mais... quase desenhei prá ela aqui agora (ironia) ... eu falo: Deus me deu paciência porque se me der força eu mato (risos) ...

		<p>(ironia) Olha eu vou ligar para o PSF primeiro.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Deve ter sido, deve estar vazando e nojento... eu vou ligar prá enfermeira de lá.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: ok tá bom.</p>	
14:45	GAB liga para a UBS (JC) onde existe a suspeita de que a fossa tenha estourado.	<p>GAB: V? Boa tarde... Por favor, a R... Obrigada</p> <p>(...)</p> <p>GAB: R? O que aconteceu aí? É porque a G me ligou agora falando que a fossa transbordou?</p> <p>(...)</p> <p>GAB: A G ficou doida... me ligou falando que a fossa tinha transbordado</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Não foi aí não?</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Ah Tá... eles foram aí e colocaram uma tampa, alguma coisa assim recentemente?</p> <p>(...)</p> <p>GAB: ah... Mas não tem nada caindo aí ainda não?</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Só a descarga? Oi... eu tô querendo saber SE TÁ CAINDO! [...] O que você tinha requisitado era o conserto da descarga do banheiro de funcionários, certo?</p> <p>GAB: ah, beleza... então tá, a G deve estar confundindo com outra UBS, alguma coisa assim.</p>	GAB: Eu já sabia da questão da descarga, mas eu compreendo, é a região 1, é uma região carente prá caramba, no cafundó do Judas, uma rua sem saída, de terra, quando chove, não dá... a gente conseguiu jogar umas britas, mas o médico saiu, falou que cansou da população...
14:49	GAB liga para G (gerente)	<p>GAB: Oi... Você falou que a fossa tá transbordando, não tá não... Liguei prá saber o que tinha acontecido.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Não. Colocaram uma tampa lá.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Beleza.</p>	GAB: A enfermeira falou que a fossa vai estourar a qualquer hora. É lá mesmo... Não vou nem ligar de novo para o JC (UBS) . E a administração, eu já avisei. Porque, colocar uma tampa no lugar... vai estourar!!! Ela falou que não explodiu, mas vai estourar.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

O monitoramento à distância implica o desconhecimento de alguns fatos observáveis relacionados às condições das UBS e do dia-a-dia dos profissionais fazendo com que a gerente tenha que checar informações que chegam até ela. Neste caso, como o setor de

Administração é o responsável direto por providenciar as ordens de serviço, era necessário informá-lo a respeito da situação. A possibilidade de fechamento da UBS, causada pelo fato da fossa ter “estourado”, determinou a urgência e a conseqüente quebra da regra de “fazer o memorando” para agilizar a resolução do problema (“*Olha, agora normalmente eu tenho que fazer um memorando prá administração, mas como é urgente, vou ligar para a administração*”). A representação que a gerente fez sobre a regra e sobre sua urgência fundamentou a adequação das ações às particularidades da situação (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004; SUCHMAN, 2007).

Somaram-se a essas representações as informações obtidas anteriormente (“*a menina da administração é uma novata*” e “*eu já sabia da questão da descarga*”) sobre o pessoal do setor com o qual estava lidando e sobre problemas anteriores da UBS ajudaram a delinear a situação e, juntamente com novas informações obtidas (“*A enfermeira falou que a fossa vai estourar a qualquer hora. É lá mesmo*”), guiaram as tomadas de decisão até levar ao fim do processo, quando a gerente deu o problema por resolvido: a informação sobre o “estouro” da fossa foi esclarecida e já haviam tomado precauções paliativas no local (“*colocar uma tampa no lugar*”), o que não mais caracterizava o problema como urgente, embora ainda presente (“*não explodiu, mas vai estourar*”); e a administração, setor responsável por gerar as ordens de serviço para manutenção estava ciente do problema (“*Não vou nem ligar de novo para o JC. E a administração, eu já avisei*”).

As novas informações foram incorporadas a conhecimentos anteriores e a junção de ambos sustentou a tomada de decisão a respeito das ações a serem realizadas. Cada decisão-ação seguida por uma nova tomada de informação e vice-versa, demonstrou a dinamicidade entre pensamento e ação, durante o curso da atividade (DAVEL; MELO, 2005; JARZABKOWISKI; PAUL SPEE, 2009; MANTERE, 2005, 2008; SUCHMAN, 2007; JARZABOWISKI, WILSON, 2004; JARZABKOWSKI, 2004, 2007).

A dificuldade em monitorar as equipes à distância é delineada pela incerteza (inerente à atividade do gerente em relação ao nível hierárquico abaixo) contornada pelo uso de conhecimentos prévios que, juntamente com a obtenção de informações, possibilitam a tomada de decisões. Outros problemas, como os relacionados ao cadastramento de pacientes, são resolvidos de forma semelhante ao problema do monitoramento à distância.

### 5.2.3 Problemas no cadastramento de pacientes

Como em Ribeirão das Neves não existe cobertura total do PSF, dentro das rotinas de operação da gerente, está a alocação de pacientes com algum tipo de prioridade para ser cadastrado e atendido nas UBS.

Entre os principais tipos de prioridade estão: urgência no atendimento, idosos, gestantes, portadores de doenças crônicas e necessidades especiais.

O procedimento orientado pela gerência da Atenção Básica em relação às ESF é informá-la desses casos para que ela tente garantir o atendimento por meio do cadastramento em outras UBS ou em UBR.

As UBS que já possuem o máximo de famílias cadastradas são orientadas a encaminhar o excedente para as UBRs que, por sua vez, em caso de lotação, encaminham as pessoas para o hospital.

Frequentemente, a gerente da Atenção Básica atende telefonemas a respeito de pessoas que não conseguiram se cadastrar no PSF. As ligações telefônicas demonstram não somente a dificuldade em lidar com pessoas que buscam o cadastramento, mas problemas secundários que surgem da primeira demanda.

Um momento envolvendo o problema de cadastramento de pacientes é explicitado (QUADRO 4) quando uma enfermeira (ENF) responsável pela respectiva UBS ligou para a gerente da Atenção Básica (GAB), como recomendado quando um paciente não consegue ser cadastrado em uma UBS.

Nesta ocasião aconteceu o seguinte diálogo:

**QUADRO 4 – Problema de cadastramento**

HORA	AÇÕES	COMUNICAÇÕES E EVENTOS	COMENTÁRIOS E ENTREVISTA EM AUTOCONFRONTAÇÃO
13:45	Enfermeira liga para a gerente da Atenção Básica (GAB)	(...) GAB: Pois é, eu estou precisando de você. É que eu tô com um paciente da sua região (...) ele é sequelado de AVC... Não, o nome é P.A., Rua S. A. no. 54... é .. 54... Sr. P.A., 59 anos, AVC parece teve que 3 ou 4, hemiplégico, hemiparético, ele mora na residência há dois anos,	GAB: Eu tinha ligado para a R (enfermeira) porque nós temos um paciente de 59 anos, sequelado de AVC (...) Essa senhora me solicitou o cadastro e pediu prá eu olhar direitinho. Como eu pedi a recontagem de todas as famílias cadastradas no PSF prá gente estar atualizando os dados, liguei prá R. Nos números que eu tenho, está quase estourando o limite de pessoas cadastradas

		<p>tem problemas psiquiátricos toma Aldol, Fenegan... sabe aquele protocolo né?! Então, tem alguns delírios, alguns problemas mesmo de sono então eu queria, como na sua unidade nós temos atualmente 3481 pessoas cadastradas, a gente está querendo dar preferência para idosos.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: não... tudo bem, tudo bem... é porque ela (mulher que diz ser tutora do paciente) solicitou o cadastramento dele falando que ele não era cadastrado na unidade e como já tem o número adequado ... agora deixa de contar uma coisa que é super importante quando tiver finalizado esse processo de recontagem a gente vai abrir o cadastro tentando priorizar os idosos, as gestantes, e os deficientes também. Então R., valeu pela conversa.</p>	<p>lá, aí eu pedi prá dar prioridade para os idosos.</p>
13:50	GAB liga para a suposta tutora do paciente	<p>GAB: Ô dona V. eu estava conversando com a enfermeira e ela me disse que o Sr P.A. já é cadastrado no PSF S. M.,... ela falou que sim.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: não não não... ela me garantiu que ele já é cadastrado, então a senhora pode ir levá-lo e esperar o atendimento. No caso ele precisa estar fazendo um agendamento para passar no médico, mas ela vai fazer o acolhimento dele. Ela faz o acolhimento com ele e depois ele faz o agendamento da consulta, mas segundo ela, ele já passou lá e parece que ela já ia providenciar alguma coisa nisso, e eu acabei de conversar com ela e ela falou que ele é cadastrado sim no PSF S. M.</p> <p>GAB: Tá jóia... de nada...tchau.</p>	
14:00	Enfermeira liga para gerente da Atenção Básica	<p>GAB: Isso, ela falou... Ela falou que é tutora dele.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Então o que você vai fazer, você vai pegar essa documentação dela. E vai falar assim não senhora, nós vamos cadastrar sim. A Senhora é tutora e ele mora mesmo aqui, então, por favor, os documentos...</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Então péra aí, sabe o que você vai fazer, você vai pegar</p>	<p>Ela (enfermeira) falou que esse não tem ESSA seqüela de AVC, que ele teve vários AVC, mas não tem essa seqüela, que não tem essa coisa limitadora, ACAMADA, e que esposa dele... não sei se é namorada... ela fala que é namorada, ela fala que é tutora, que é isso, que é aquilo, que responde por ele e tal... A R. (enfermeira) fala que não existe isso, que eles são namorados e ela tem... me parece que ela tem um imóvel que separou e fez alguns barracões e aluga alguns e ela fala que ele mora com ela e ela é responsável</p>

	<p>essas coisas, todos os receituários que ele trouxe você vai xerocar e trazer prá mim. Ela está roubando o carimbo do médico.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: O metoazol... aham.... tá ... Então nós vamos ter que levar isso á fundo. Você vai tirar Xerox de todas as receitas que ela... tudo tudo, você vai abrir um dossiê prá mim sobre isso. Você pega o receituário, nem que você tenha que reter o receituário, eu prefiro que você retenha, eu preciso do original, porque o que ela está fazendo é crime.</p> <p>(...)</p> <p>ENF: Então pega isso prá mim, porque ela veio com um discurso completamente diferente... Então você vai pegar tudo, vai falar com as meninas (ACS), porque isso é uma coisa muito séria, então tem que ser conversado com as meninas em sigilo, porque nós vamos estar tentando levantar isso.</p> <p>(...)</p> <p>GAB: isso... MUITA ética! Ela falou que ele mora na rua... essa rua que eu te falei, já até joguei o papel fora...</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Ele é sequelado de AVC?</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Ele não tem? Chegou prá mim assim...(procura papel) ...Achei! Rua S. A. no. X</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Não, mas ele MORA nessa rua?</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Então... R, vamos fazer diferente?! Eu quero que você faça a visita domiciliar do Sr. P.A, me passa um parecer, que quero saber se ele tem seqüela ou se ele não tem, como que ele é, a condição dele, e tudo, num relatório, que a gente vai montar um dossiê então... então vamos estar documentando isso?</p> <p>(...)</p> <p>GAB: Então é mais sério. Então muda completamente de figura. Então eu vou ligar prá ela, vou falar com ela que você vai fazer uma visita e você vai estar avaliando o caso dele porque ele é área descoberta. Você vai agendar</p>	<p>por ele. Ela (enfermeira) falou que isso não existe e ela trabalha me parece que em um hospital, e toda mão aparecem receitas de uma doutora... Hanica, Tânica... não sei... com o CRM meio borrado, escrito Omeplazol (nome dos medicamentos escritos de forma errada) umas medicações assim ... ela é técnica de enfermagem de lá, e o Sr. P.A. apareceu com receitas do hospital carimbadas por essa doutora ... carimbada, que não dá prá ver o CRM direito, ou seja, tem uma certa lógica, e com medicações tipo OmePLAZol, sendo que o nome correto é OmePRAZol... coisas assim. Então eu abri um dossiê prá gente.</p>
--	---	--

		<p>e você vai mandar o ACS avisando o dia da visita, do agendamento. Agora por favor, guarda essas coisas porque isso é muito sério, você sabe que isso existe muito, não é nenhuma novidade por aqui. (...) GAB: Se ela não é daqui, não tem problema não, que ela seja penalizada lá no hospital que ela trabalha – Tudo bem. Beleza. Tá jóia então.</p>	
--	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

A resolução de problemas relativos ao cadastramento de pacientes implica realização de telefonemas para negociar a vaga nas UBS e para checar informações, além de exigir conhecimento técnico para entender os casos e saber encaminhá-los. O dado enviado pela ESF, referente ao número de famílias cadastradas, revelou restrições no serviço (“*nós temos atualmente 3481 pessoas cadastradas a gente está querendo dar preferência para idoso*”) e fundamentou a decisão pela otimização do mesmo por meio da definição de regras (informais) a respeito de procedimentos futuros, definidas verbalmente entre gerente e enfermeira.

Neste caso, os problemas incitaram planos envolvendo não somente o cadastramento (“*Então o que você vai fazer, você vai pegar essa documentação dela. E vai falar assim não senhora, nós vamos cadastrar sim.*”), mas também uma questão secundária, relacionada à suspeita de falsificação de receitas médicas (“*Então péra aí, sabe o que você vai fazer, você vai pegar essas coisas, todos os receituários que ele trouxer você vai xerocar e trazer prá mim. Ela está roubando o carimbo do médico (...) você vai abrir um dossiê prá mim sobre isso. Você pega o receituário, nem que você tenha que reter o receituário, eu prefiro que você retenha, eu preciso do original...*”).

A situação abarcou a junção de dois problemas: um de solução conhecida, o cadastramento; e outro cercado pela incerteza, o de suspeita de falsificação de receitas. A decisão final a respeito das soluções para esses problemas foi construída pela gerente em conjunto com a enfermeira. Aqui, novamente, pode-se observar a geração de incerteza fundada na falta de recursos (a deficiência no cadastramento de pacientes tem origens na dificuldade de aumentar a cobertura do PSF, diretamente relacionada às dificuldades financeiras locais) e a tomada de decisão realizada por meio da dinamicidade entre pensamento e ação, realizada de forma social, definindo tarefas a serem realizadas no futuro (DAVEL; MELO, 2005;

JARZABKOWSKI, 2004, 2007; JARZABKOWSKI; PAUL SPEE, 2009; JARZABOWSKI; WILSON, 2004; MANTERE, 2005, 2008; ROGALSKI; LANGA, 1997; SUCHMAN, 2007).

As dificuldades operacionais acima descritas, são inter-relacionadas, se referem mais diretamente a momentos tático-operacionais, enredados no aumento da cobertura PSF e nas rotinas de operação, e são entremeadas por problemas encontrados no momento de executar o plano, quando o enfrentamento com o mundo real faz emergir outras situações inusitadas.

### **5.3 Dificuldades em executar o plano**

O denominado “planejamento operacional” compreende a execução das metodologias de desenvolvimento produzidas pelos baixos níveis de gerência, ou mesmo pelo pessoal não administrativo (BATEMAN, SNELL, 1998; OLIVEIRA, 2004).

Embora haja algumas dificuldades previstas na operacionalização do plano, relacionadas às características do município, existem outras que impactam diretamente no momento de execução dos planos. Elas estão arroladas a fatores externos concernentes à natureza e às decisões institucionais, que não consideram restrições locais.

#### **5.3.1 Dificuldades institucionais relacionadas a deliberações isoladas do estado**

A execução do plano se depara, algumas vezes, com dificuldades relacionadas a deliberações institucionais que se chocam com as possibilidades e limites locais. A história do plano de deflagração da Dengue, descrito a seguir, exemplifica uma dessas situações e descreve como uma deliberação do estado, na tentativa de auxiliar o município, se tornou um problema na iminência de sua implementação.

Em 2007, o setor de Epidemiologia iniciou um trabalho com os profissionais de saúde da atenção primária e secundária para intensificar a notificação dos casos de dengue. Com o aumento da taxa de notificações (TABELAS 1 e 2) seria possível realizar um acompanhamento mais preciso dos casos de dengue.

**TABELA 1 – Incidência dos casos de Dengue confirmados em Ribeirão das Neves, 2006-2008**

Meses	Ano 2006	Ano 2008
jan	0,309625	0,588178
fev	0,309625	2,352713
mar	4,334755	6,764049
abr	7,431008	22,05668
maio	18,26789	11,17539
jun	2,167377	2,646802
jul	0,309625	0
ago	0	0
set	0,619251	0
out	0,309625	0
nov	0	0,294089
dez	0	0

Fonte: SEMSA - Ribeirão das Neves/ SINAN/Tabwin, 2009.

Baseado na curva de notificações dos anos anteriores o setor previu um surto da doença, cujo pico teria seu início entre fevereiro e março de 2009.

**Tabela 2 – Diagrama mensal do controle da dengue no município de Ribeirão das Neves**

Meses/Anos	2006	2007	2008	2009
jan	1	4	2	11
fev	1	11	8	29
mar	14	52	23	152
abr	24	142	75	170
maio	59	111	38	99
jun	7	18	9	29
jul	1	5	0	2
ago	0	0	0	2
set	2	0	0	0
out	1	1	0	0
nov	0	0	1	0
dez	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>344</b>	<b>156</b>	<b>494</b>

Fonte: SEMSA - Ribeirão das Neves/ SINAN/Tabwin,2009.

Todavia, o aumento dos casos surgiu antes do esperado, em janeiro de 2009. Com base na comparação de dados dos anos anteriores, o setor de Epidemiologia convocou representantes da Atenção Básica, do Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (ARDIP) e das UBRs para uma reunião.

A convocação para essa reunião foi cercada pela preocupação com relação ao aumento de casos antes do esperado e a conseqüente necessidade de se estabelecer um plano de ações a ser realizado pelo município e referenciado ao estado. O diálogo abaixo (QUADRO 5) seguido pela autoconfrontação elucidada o momento em que essas preocupações são expressas:

**QUADRO 5 - Dificuldades institucionais relacionadas a deliberações isoladas do estado**

HORA	AÇÕES	COMUNICAÇÕES E EVENTOS	COMENTÁRIOS E ENTREVISTA EM AUTOCONFRONTAÇÃO
17:30 (20/02/09)	Gerente da Epidemiologia (GE) entra na sala da gerente da Atenção Básica (GAB)	<p>GE: então, eu vim aqui pra gente marcar uma reunião dia 2.</p> <p>GAB: Dia 2 eu não posso não! E amanhã nós temos reunião no hospital, sobre dengue. Eu estou muito preocupada com o numero oito! Eu quero ficar no numero sete! (...) A gente tem que falar com a (diretora do hospital), acho importante ela estar lá (na reunião a ser agendada)! E... aqui, nos temos que ver isso, porque na outra reunião, ela garantiu tudo e na hora H... (quis dizer que não foi cumprido) então, eu tô falando, tem que por no papel!</p> <p>GE: É, Nós temos que garantir a assinatura dela, e do diretor do hospital!... nós podemos pensar....</p> <p>GAB: Nós podemos pensar não, nós temos que pensar é agora! Agora é o momento!</p> <p>GE: A gente pode fechar no sete e deixa o pau quebrar lá em BH.</p> <p>GAB: Eu acho que tem que ser no sete.</p> <p>GE: Mas vai acabar fechando no oito, escuta o que eu estou te falando!</p> <p>GAB: Eu tenho medo. Mas ai...</p> <p>GE: O ano passado, nós só preenchemos (os formulários), quem classificou nível 8 foi o pessoal do estado. Eu vou te mostrar depois, chegou uma planilha pra nos pra devolver</p>	<p>GAB: Nós temos que evitar ao máximo esse plano de deflagração... O estado falou que pra abrir 24 horas não podia ser nem no hospital, nem na policlínica, tinha que ser uma unidade de PSF... nós não temos dinheiro pra pagar. Abrir uma unidade de 24 horas, olha como é... eu vou precisar de dois médicos, plantões, por um dia, dois enfermeiros, dois auxiliares, e isso tudo é por conta do município. E agora você imagina, JA (referindo-se a uma UBS) (...) ela já tem esses 6 PSFs sem médicos, e está com problema de não ter clinico (...) Agora você imagina, você chegar em uma unidade desta, pra supervisionar e essas coisas todas, sabendo que tem um bando de gente esperando um atendimento clinico que não é pra dengue, sendo que você tem um medico SÓ pra atender dengue. Como é que é isso? Como é que a população vai reagir? E se o governo soltar (o plano de deflagração), nós vamos ter que abrir. Aí fica essa questão do custo, a gente tem que conseguir negociar com esse médico... nós não vamos conseguir um medico pra ficar paradinho atendendo só Dengue. Claro que não. Se não, eles vão quebrar o posto inteiro. Tranquilamente, ELES VÃO QUEBRAR O POSTO INTEIRO! E determinado medico, a gente consegue um acordo: Olha doutor, nos intervalos, atende a população idosa, atende pelo menos os casos de urgência, uma urgência hipertensiva, uma urgência diabética...</p> <p>GE: O estado força a barra prá gente atender até o passo 8, prá não sobrecarregar os hospitais de BH... quem não é atendido aqui acaba parando lá.</p>

Gerente da Epidemiologia sai da sala.	pro estado...  GAB: E o enfermeiro vai poder pedir hemograma?  GE: Pode, mas não vai dar prá garantir que todos os exames sejam feitos. O enfermeiro vai pedir hemogama... vai e eu não quero nem saber. Eu vou pactuar e o setor de Controle e Avaliação vai tentar conseguir.	
---------------------------------------	---	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Os passos descritos pela gerente são:

1. Assegurar a continuidade das ações de controle focal do mosquito, casa a casa, pelos agentes de endemias.
2. Garantir a supervisão de campo das ações de agentes de endemias e a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI).
3. Realizar mutirão de limpeza urbana, convocando a população para colaborar, limpando os quintais, principalmente no período que antecede as chuvas.
4. Implantar ou implementar as ações de vedação de caixas d'água com tela ou cimento.
5. Realizar atividade de mobilização social especialmente nas escolas municipais (gincanas, concursos de redação e peças de teatros).
6. Assegurar a notificação imediata de todos os casos para a vigilância epidemiológica.
7. Alertar todos os profissionais da Saúde da Família e da rede hospitalar sobre o diagnóstico e tratamento dos casos de dengue.
8. Garantir o estoque de medicamentos e material de laboratório que permita o diagnóstico e tratamento precoces.
9. Garantir o fluxo de atendimento e referência para pacientes com dengue hemorrágico ou dengue com complicação.
10. Elaborar um plano de contingência para eventuais epidemias.

Durante o diálogo com o gerente da Epidemiologia, a gerente da Atenção Básica comentou a respeito de tentar negociar com o estado a realização dos passos até o número 7 (*“Eu estou muito preocupada com o numero oito! Eu quero ficar no numero sete!”*) devido às restrições de recursos do município, que não poderia garantir o estoque de medicamentos e material necessário ao diagnóstico e tratamento precoces (*“não vai dar prá garantir que todos os exames sejam feitos”*).

Se o cumprimento dos passos fosse feito até o número 7, a notificação dos casos seria baseada na sintomatologia do paciente, o que já é uma prática comum, uma vez que é freqüente a ocorrência de pessoas que não retornam aos postos de saúde depois de amenizados os sintomas da doença para confirmar o diagnóstico por meio da sorologia: procedimento feito em laboratório, uma semana após o início dos sintomas.

Mesmo existindo o consenso a respeito das restrições de recursos locais, a experiência do ano anterior indicou que o estado iria decidir quais os passos a serem realizados pelo município (*“o ano passado, nós só preenchemos (os formulários), quem classificou nível 8 foi o pessoal do estado”*). Essa previsão também foi fundamentada no conhecimento de que realizar os passos até o número 7 poderia acarretar problemas para os hospitais em Belo Horizonte e por isso o estado tentaria “forçar” o município a atender os casos (*“O estado força a barra prá gente atender até o passo 8, prá não sobrecarregar os hospitais de BH”*).

Frente a esta previsão, começou-se a pensar em ações antes da decisão do estado, envolvendo o hospital local para que ele garantisse o estoque de medicamentos. Mais uma vez, a experiência do ano anterior, quando faltaram medicamentos, levou à preocupação em tentar garanti-los por meio do comprometimento do hospital, obtido pela assinatura de documentos (*“na outra reunião, ela garantiu tudo e na hora H... então, eu tô falando, tem que por no papel”*). Na mesma ocasião, o gerente da Epidemiologia declara que iria tentar negociar com o setor de Controle e Avaliação a fim de conseguir o material para realização dos hemogramas (*“Eu vou pactuar e o setor de Controle e Avaliação vai tentar conseguir”*).

A urgência (*“nós temos que pensar é agora! Agora é o momento!”*) em definir os procedimentos a serem seguidos foi estabelecida pelo aumento súbito dos casos de Dengue e conseqüente possibilidade de intervenção do estado, no caso de um surto, por meio do plano de deflagração, que, se instituído, acarretaria problemas devido à falta de recursos para dar suporte à execução. Este plano determina que, frente ao surto de Dengue, o Estado

disponibilizaria um médico para o município e que uma UBS teria que funcionar 24 horas. No entanto, a atuação desse médico implicaria uma estrutura de apoio a esse profissional, alocando recursos que já são escassos no município.

Outra preocupação era relacionada à reação da população que poderia se revoltar no caso de um médico estar direcionado apenas para o atendimento de Dengue (*“E agora você imagina, JA (referindo-se a uma UBS) (...) ela já tem esses 6 PSFs sem médicos, e está com problema de não ter clinico (...) tem um bando de gente esperando um atendimento clinico que não é pra dengue*). Como grande parte da população local espera por uma consulta médica há meses, sua revolta, e conseqüente possibilidade de violência (*“nós não vamos conseguir um medico pra ficar paradinho atendendo só Dengue. Claro que não. Se não, eles vão quebrar o posto inteiro.”*) seria justificada pela presença de um médico que atenderia os pacientes com Dengue em detrimento outros casos de importância similar, como as urgências diabéticas e hipertensivas, frequentemente atendidas nessas unidades. Por isso a necessidade de negociação com um médico (que, de acordo com a regradado estado, seria pago para atender somente casos de Dengue) para atender outros casos de urgência.

Na situação de relativa carência do município, uma ação, planejada como específica por parte do estado, acabou por se caracterizar como isolada do contexto local. Analisada pelo governo, a estratégia de disponibilização de um médico para o município pareceu a mais correta para auxiliar no combate à Dengue. No entanto, esta ação do estado se constituiu como um problema na medida em que foi realizada sem considerar a complexidade do problema, determinada pelas restrições municipais (BOUTINET, 2002; CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004; LIMA, 2005). Ao invés de auxiliar o município, a decisão do estado gerou dificuldades relacionadas ao ajuste dos meios (recorrendo exatamente a uma das principais restrições locais) para se adequar às normas.

Como a norma relativa ao plano de deflagração não permitia alterações, a única forma de evitar os problemas acarretados por ele, seria tentar reduzir ao máximo o número de casos da doença, para que a situação do município não se caracterizasse como surto. Entretanto, a probabilidade iminente de surto impeliu as preocupações e ações para lidar com o mesmo. A proximidade do surto fez com que a gerente aproveitasse a oportunidade de uma reunião sobre Dengue, que já iria acontecer, para tentar negociar os procedimentos a serem realizadas pelo hospital, dada a iminência do surto. Outra ação realizada foi o agendamento de uma reunião com os setores sugeridos pela Epidemiologia.

As respostas de enfrentamento à antecipação do aumento da curva de casos de Dengue e probabilidade de surto da doença ocorreram frente às imprevisibilidades do mundo externo. Exemplos de imprevistos podem ser identificados como fatores da natureza e ocorrência de situações de violência que interferem no plano no momento da sua execução, como será visto no próximo item.

### **5.3.2 O mundo externo: antecipação do período chuvoso e situações de violência**

De acordo com o setor de Epidemiologia, o aumento dos casos de Dengue antes do esperado provavelmente estaria relacionado à antecipação do período chuvoso. Desta maneira, um fator da natureza forçou o adiantamento das capacitações, relacionadas à doença, para as ESF. Contudo, adiantar uma capacitação envolveria o remanejamento de outras atividades anteriormente programadas, tanto pela gerência da Atenção Básica, quanto pelas gerências dos Programas, para as ESF.

Dada a situação, o Setor de Epidemiologia solicitou uma reunião com representantes de diversos setores (Atenção Básica, Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias - ARDIP e UBRs) em que o objetivo principal era traçar estratégias para, a princípio, tentar evitar o surto de Dengue.

A primeira proposta, feita durante a reunião, foi capacitar as equipes para o acolhimento da população com sintomas e encaminhamento de casos suspeitos o quanto antes, a fim de realizar o diagnóstico precoce dos pacientes. Esta ação evitaria o encaminhamento desses pacientes para hospitais e auxiliaria no monitoramento da doença, possibilitando o combate ao mosquito nas áreas de maior incidência.

A gerente da Atenção Básica, por ter experiência em organizar as capacitações das equipes, sugeriu que, frente à iminência do surto e à necessidade de agilidade de ações, a forma mais rápida e eficaz seria capacitar os enfermeiros em dois dias distintos previamente marcados, de modo que a impossibilidade de participação em um dia viabilizasse uma segunda chance de participação, garantindo a abrangência da capacitação. Esses enfermeiros seriam responsáveis (multiplicadores) por capacitar a sua equipe, de acordo com seu calendário e as condições de cada equipe.

Neste momento, o médico sugeriu que fosse marcada uma data para a capacitação desses ACS, para garantir que ela fosse feita a tempo. A gerente discorda baseada na experiência de

já ter trabalhado como enfermeira em UBS, identifica e cita a importância de dar flexibilidade para que as equipes se organizem para realizar a capacitação na data mais conveniente. A alegação é que cada unidade possui sua agenda de eventos, reuniões (entre si e com a comunidade) e capacitações. A negociação a respeito da programação relativa à capacitação está explícita no QUADRO 6.

Todos concordam com as considerações da gerente e com o prazo estipulado para a realização das capacitações. A negociação desse prazo teve seu desfecho de modo que houvesse tempo suficiente para capacitar os profissionais (tendo em vista que já havia outros eventos que exigiam participação das equipes de saúde, como campanha de vacinação e outras capacitações) antes de um aumento significativo na curva de casos.

#### **QUADRO 6 – Capacitação: negociação da programação**

---

Médico: Vamos marcar um dia e capacitamos todo mundo de uma vez.

Gerente da Atenção Básica: Um dia não dá, porque não podemos tirar todo mundo dos PSF em um dia só. Não dá prá deixar a população sem atendimento nenhum.

Médico: Então separa em dois dias, mas tem que ser rápido.

Gerente da Atenção Básica: Olha, eles têm outras capacitações já marcadas nesse período, e outras atividades também (olha na agenda).

Médico: Mas seria bom se a gente treinasse diretamente esses profissionais, e eu também não posso sair muitos dias prá dar treinamento.

Gerente da Atenção Básica: A gente pode fazer o seguinte; marcamos dois dias, mas treinamos pessoas chave, multiplicadores, de preferência um de cada equipe, e aí essas pessoas passariam o conteúdo da capacitação para as outras, no dia que eles acharem mais adequado.

Médico: Tá, mas então tem que marcar uma data máxima, porque o surto tá aí!

Gerente da Atenção Básica: Eu concordo, mas o que eu estou dizendo é que tem que dar flexibilidade para as equipes. Já trabalhei na ponta e sei que se marcar um dia só prá capacitar todo mundo não dá. Ainda mais se tiver algum imprevisto no dia. Se a gente engessa muito a coisa não sai!

---

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

O processo, que envolveu desde a percepção do aumento súbito de casos de Dengue até a solicitação de uma reunião intersetorial para a definição das ações, demonstrou a coerência da prática gerencial em Ribeirão das Neves com as referências teóricas de planejamento no âmbito da saúde. Uma das referências mais seguidas nesta área envolve o pressuposto de que a tentativa de governar um processo é possível somente por meio da ação e a simulação do futuro deve ser articulada com a aprendizagem sobre o passado. Dada uma determinada meta, devem-se estabelecer com coerência os meios e os instrumentos para alcançar os objetivos (MATUS, 1989).

Frente à iminência do surto, ações foram tomadas e negociações realizadas para tentar garantir meios necessários ao combate à Dengue: processo que envolveu diferentes atores com seus interesses distintos e promoveu a aprendizagem e retificação de idéias, articuladas com as experiências anteriores. Além disso, observaram-se os momentos, que mesmo não se apresentando em uma sequência bem delimitada, estiveram claramente presentes no processo: o momento explicativo, onde o problema da Dengue foi selecionado como pertinente e a ele ocorreram tentativas de se estabelecer possíveis causas; o momento normativo, onde se desenhou uma situação objetivo, traduzida pela necessidade, em um primeiro momento, de evitar o surto; um momento estratégico, onde foram consideradas as possíveis dificuldades e a viabilidade das ações, envolvendo a limitação de recursos; e um momento tático-operacional, onde ocorreram as tomadas de decisão (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1989, 1996).

A limitação de recursos humanos exigiu uma estratégia de organização das capacitações. O uso da experiência da gerente da Atenção Básica acumulada em uma época que ela trabalhou em ESF garantiu flexibilidade na operacionalização, de modo a ajustar o plano à realidade, respeitando o cotidiano das equipes e a contando com uma margem de manobra no caso de surgimento de mais imprevisibilidades.

Em algumas ocasiões, como no caso descrito acima, é possível organizar e reorganizar atividades frente a problemas inesperados, sem comprometer o funcionamento do serviço. No entanto, outras situações instituem a impossibilidade de manter o funcionamento das UBS, o que é considerado um grande problema, uma vez que interfere diretamente no atendimento da população. Os casos de violência nas redondezas ou dentro das próprias UBS compõem grande parte dessas situações. Durante as observações de campo, ocorreram duas situações que compeliram o fechamento de UBS: uma envolvendo agressão de um paciente a uma enfermeira dentro de uma UBS e outra envolvendo tiroteio em frente à UBS.

Essas duas situações incitaram um aumento do número de telefonemas para a gerente da Atenção Básica em busca de informações a respeito dos locais onde os fatos aconteceram para saber se seria necessário fechar outras UBSs, principalmente devido ao temor de represálias da população por meio de mais ações violentas.

Esses casos e outros, descritos até o momento, mostram, entre outras coisas, o uso da experiência, em maior ou menor grau, como recurso para enfrentar as dificuldades. Porém em

alguns casos, o uso dessa experiência, algumas vezes atrelada à criatividade foi um aspecto marcante para a resolutibilidade dos problemas.

#### **5.4 O uso de estratégias ascendentes: a criação do cargo de Supervisor Regional**

O processo de descentralização da saúde com promoção de maior autonomia para os municípios e estímulo à participação da comunidade foi a estratégia estipulada pelo Estado para tentar adequar suas deliberações à heterogeneidade dos seus municípios (BRESSER-PEREIRA, 2001, 2008).

Esse processo impulsionou, no ano de 2007 (por motivos de adequação legal), uma reforma administrativa em Ribeirão das Neves que culminou na demissão de grande parte dos funcionários da Secretaria de Saúde para contratação de novos funcionários por meio de concurso público. De acordo com a Supervisora Regional, que exerce a função desde sua concepção, o cargo de Supervisor Regional foi criado como forma de auxílio na operacionalização do PSF. Este subsídio fundou-se na necessidade de alocação de recursos humanos frente à mudança do quadro de gerentes em saúde e conseqüente inexperiência dos mesmos.

A Secretaria de Saúde se encontrava em um momento em que muitos funcionários eram novatos e estavam em fase de aprendizado de suas funções. De acordo com a gerente de Atenção Básica e, com as supervisoras regionais, quando elas assumiram os respectivos cargos, não havia qualquer especificação prescritiva de suas funções, nem uma relação dos programas e do que cada um deles se propunha.

Ao mesmo tempo, era necessário: manter os programas ativos para cumprir as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde; articular as ações entre os programas; e garantir o controle e monitoramento dos mesmos junto aos setores operacionais, ou seja, junto aos profissionais que prestam o serviço diretamente para a população, nas UBRs e UBSs (FIGURA 3).

A promoção da transversalidade, interdisciplinaridade, comunicação e informação eram outros objetivos importantes na tentativa de manter ou evitar ao máximo a redução na efetividade e eficiência dos serviços, dada a situação de transição.

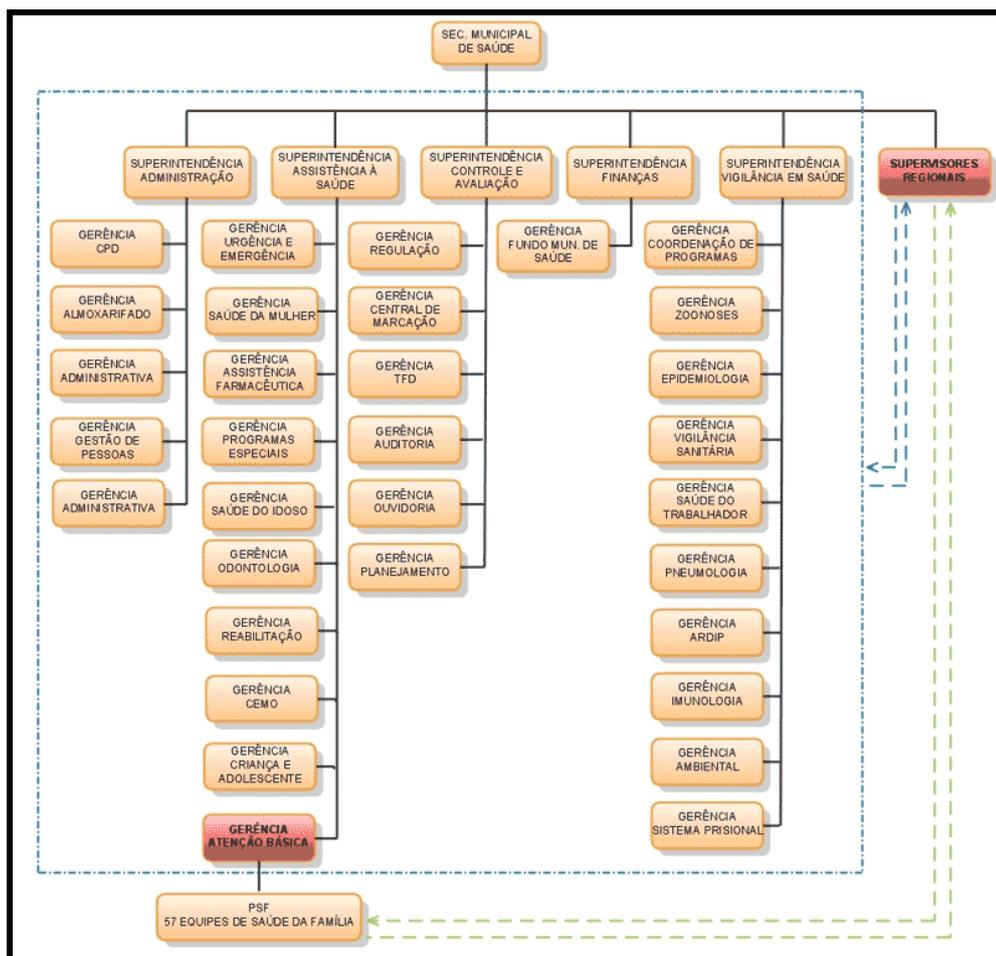


FIGURA 3 – Função articuladora entre gerências e equipes de PSF desempenhada pelos supervisores regionais no município de Ribeirão das Neves, 2008.  
Fonte: Dados de Pesquisa, 2008.

A Gerência de Gestão de Pessoas chamou essa estratégia de “descentralização do monitoramento” das ações dos programas. A proposta era realizar o monitoramento e controle das ações dos programas de saúde por região, uma vez que o município é extenso e possui muitas equipes de saúde. Cada uma das cinco regiões sanitárias possuiria um supervisor, responsável por verificar o andamento das ações (na sua região) das gerências relacionadas à assistência e vigilância à saúde e dos seus respectivos programas.

A intersetorialidade seria desempenhada por meio da troca de informações entre as gerências dos programas e os setores operacionais por meio das reuniões realizadas alternadamente entre: supervisão regional e representantes de UBS; e supervisão regional e representantes das gerências. A gerente da Atenção Básica poderia participar dessas reuniões, não sendo obrigatória sua presença, deixando-a livre para resolver os problemas operacionais das equipes de saúde.

A estratégia de reuniões (FIGURA 4) foi elaborada de modo que os problemas emergentes nas equipes de saúde eram discutidos quinzenalmente entre representantes das UBS e Supervisão Regional. Todos os representantes de UBS de uma determinada região sanitária se encontravam com sua respectiva supervisora regional, que representava as gerências dos programas. Esta reunião era intercalada com outra, na semana seguinte, onde as Supervisoras Regionais se encontravam com a gerente da Atenção Básica e requisitavam a presença de outras gerências de acordo com os problemas percebidos no contato com os representantes das UBS.

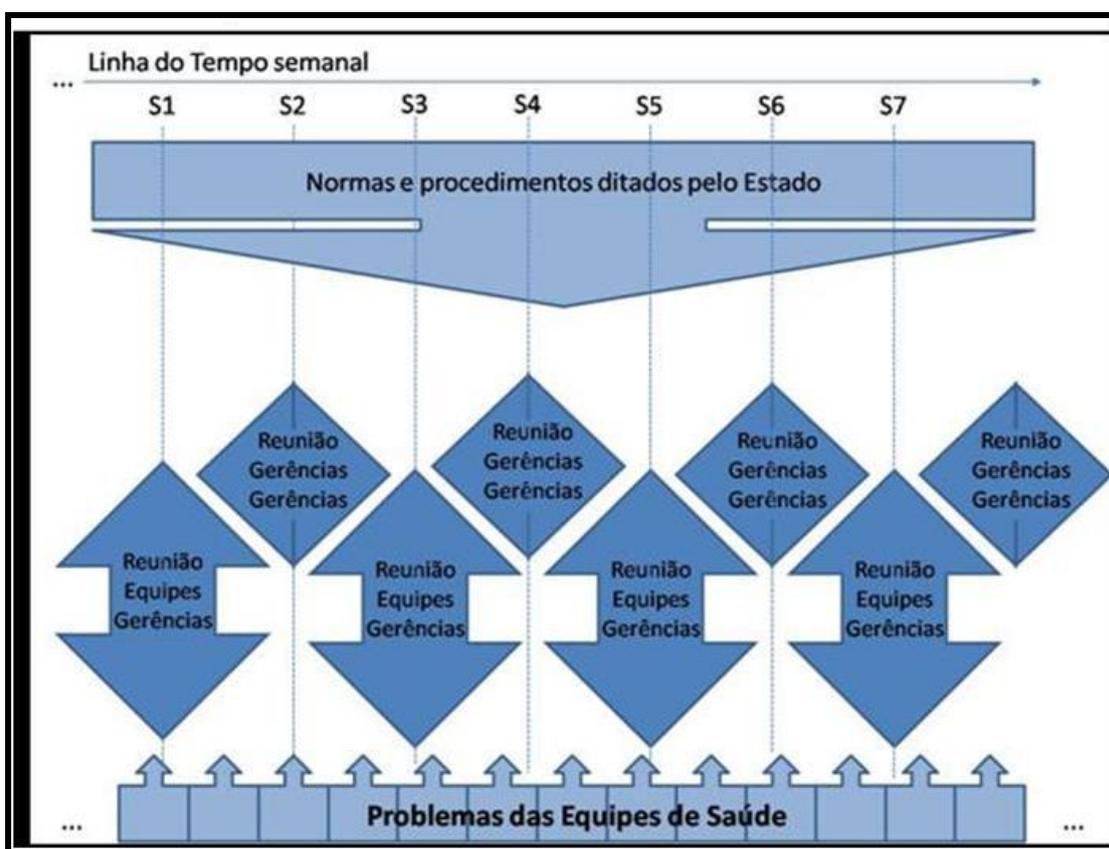


FIGURA 4 - Estratégia das reuniões realizadas entre representantes das UBS e Supervisão Regional.  
Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

As reuniões com esses representantes eram realizadas simultaneamente em todas as regiões, após a escolha de uma unidade de saúde para sediá-la. A gerência da Atenção Básica ficaria livre para eleger qual reunião participar, ou poderia cobrir a falta de algum supervisor regional.

Esta estratégia promoveu o contato direto, quinzenal, entre supervisão regional e gerências / representantes de UBS, visando principalmente à troca de informações, programação de atividades, discussão e resolução rápida de problemas. Pela primeira vez, o Plano de Ações e Metas foi elaborado com a participação das ESF e as capacitações foram feitas levando em consideração as necessidades relatadas pelos enfermeiros responsáveis pelas UBS.

A região que mais tem Dengue atualmente é a região IV. Então a gente discute com a região IV (gerentes de UBS) e pensa: como é que eu vou organizar e ajudar o PSF a ter estratégias de combate à Dengue? Então eu levei em uma roda (reunião entre supervisão regional e representantes de UBS), convidei o epidemiologista e o coordenador de zoonoses da área junto com o pessoal do PSF para discutir questões, e aí cada um levou dificuldades, facilidades e parcerias. Todos os PSF escreveram em uma folha, falaram o que estavam com dificuldade de realizar. Então foi muito bacana porque foi um momento de troca entre os três setores que trabalham com Dengue. Depois disso eu pedi para cada PSF fazer um projeto das ações que já estavam acontecendo e que eles pretendiam fazer em cada PSF da região IV. Então cada PSF me passou um projeto por escrito, que é muito mais importante pra eles do que pra mim. Cada um entregou um projeto por escrito das ações que eles estavam elaborando contra a Dengue, foi uma forma de eu ajudá-los a se organizar com as ações, porque está chegando Dengue o tempo todo... na hora de elaborar o projeto eles podem organizar, quando que eu vou acolher, quando que eu vou colher sorologia, que tipo de ação de prevenção ou ação curativa que eu vou ter... e também enxergar as dificuldades... (por exemplo) Vocês estão com dificuldade em conhecimento? Então vamos fazer uma parceria com a zoonoses... (Supervisora Regional).

A divisão por regionais possibilitou a distribuição das metas de acordo com as necessidades locais (*“A região que mais tem Dengue atualmente é a região IV”*) distribuída durante as reuniões entre gerências, a partir dos problemas mais frequentes em cada região. Além disso, a estratégia de reuniões promoveu a discussão dos problemas específicos de cada localidade entre Supervisão Regional, gerências e as equipes (*“Então a gente discute com a região IV e pensa: como é que eu vou organizar e ajudar o PSF a ter estratégias de combate à Dengue? Então eu levei em uma roda, convidei o epidemiologista e o coordenador de zoonoses...”*) fazendo emergir as dificuldades das equipes de saúde (*“está chegando Dengue o tempo todo... na hora de elaborar o projeto eles podem organizar, quando que eu vou acolher, quando que eu vou colher sorologia, que tipo de ação de prevenção ou ação curativa que eu vou ter... e também enxergar as dificuldades...”*).

A discussão entre diferentes unidades e as gerências incitou idéias que foram documentadas, direcionadas e monitoradas pela supervisão regional (*“foi uma forma de eu ajudá-los a se organizar com as ações”*). Este processo foi importante porque ajudou cada equipe a identificar e antecipar dificuldades para se preparar e se organizar internamente (*“é muito mais importante pra eles do que pra mim... eles podem organizar, quando que eu vou acolher, quando que eu vou colher sorologia, que tipo de ação de prevenção ou ação curativa que eu vou ter...”*) para lidar com os casos e problemas a serem enfrentados.

A estratégia de reuniões também favoreceu o processo ascendente planejamento por meio da maior participação das equipes nas decisões, de forma dinâmica, de acordo com o surgimento dos problemas.

A gente inverteu os papéis, a gente inverteu as coisas e está dando certo, está dando resultado. Pra mim, eu fico super feliz, claro! Eu vejo os enfermeiros satisfeitos, eu vejo que a coisa mudou. Eles me falam isso (...) Houve muitas mudanças do ano passado pra esse ano. Hoje, o plano de ações e metas que é feito pela superintendência de promoção a saúde, na qual eu sou ligada... eu vejo que essas superintendências, elas passaram um plano de ações e metas, tudo bem que tem questões ministeriais, tem questões estaduais que nos temos que responder, mas existem demandas regionais, então isso foi colocado. Que o enfermeiro construiu isso, tem uma diferença enorme nessa criação que veio de fora, da escuta pra dentro. E até as formas de verificação, os meios de verificação, cada região, cada PSF criou o seu modo de estar trabalhando, então fez uma diferença enorme (Supervisora Regional).

Inverter os papéis significou redirecionar o processo de tomada de decisão, dando autonomia para os níveis operacionais da hierarquia organizacional. Apesar de enfrentar problemas relacionados às deliberações do Estado (*“tudo bem que tem questões ministeriais, tem questões estaduais que nos temos que responder”*) a gerente admite que existe maior possibilidade de envolvimento no planejamento das ações, devido à elaboração do plano estar na responsabilidade da superintendência para a qual ela responde (*“Hoje, o plano de ações e metas que é feito pela superintendência de promoção a saúde, na qual eu sou ligada”*) e ter a participação dos enfermeiros. Esta situação caracterizou o que ela chamou de “diferença enorme na criação” que emergiu da “escuta” das equipes.

Anteriormente, os planos eram únicos para todas as equipes, assim como as estratégias para implementá-los. Com a instituição da nova forma de gestão, descentralizada, uma meta geral, como por exemplo, a redução da Dengue, pode ter estratégias direcionadas para cada necessidade regional. Isso quer dizer que se uma região tem muitos casos de Dengue, as estratégias relacionadas à doença serão direcionadas e adequadas no nível local, o que antes não acontecia.

Além do aumento da participação nos planejamento de ações, a criação do cargo de Supervisor Regional conduziu avanços na formalização e normatização dos procedimentos realizados pelos gestores envolvidos. Embora a criação do cargo tenha assessorado a gerência da Atenção Básica ao adicionar recursos humanos, o processo de construção desse cargo implicou em conflitos relacionados à superposição de funções na prática. No entanto, esses conflitos e problemas foram sendo solucionados à medida que apareciam e guiavam a pauta das reuniões.

Um exemplo de como as mudanças na organização da gestão ocorreu em consequência dos problemas emergentes foi o da definição de atribuições das gerências. Uma das pautas de reunião ocorreu devido a reclamações dos enfermeiros que se queixavam de não saber para

quem ligariam (gerente da Atenção Básica ou Supervisora Regional) no caso de necessitar de serviços de manutenção. Esse problema foi levado para uma das reuniões e, entre as atividades realizadas pela supervisão regional, foi incluída a responsabilidade por encaminhar os pedidos de manutenção das equipes para o setor de administração.

Esse processo de resolução de problemas resultou na determinação de funções e atribuições dos supervisores regionais (QUADRO 7), que embora não tivesse sido formalizada junto ao RH, foi documentada em ata e formulada a partir de demandas das equipes, dos problemas emergentes e em reuniões de discussão e negociação entre supervisores, gerência da Atenção Básica e Superintendência da Atenção Básica.

---

#### **QUADRO 7 – Funções e Atribuições do Supervisor Geral**

---

##### **FUNÇÕES DO SUPERVISOR REGIONAL**

---

- Acompanhar o trabalho na regional em cada unidade básica e PSF.
  - Visitar as unidades de saúde.
  - Supervisionar todas as ações desenvolvidas na unidade.
  - Conhecer os trabalhos do Programa de Saúde da Família.
  - Conhecer a regional e todo o trabalho desenvolvido pelas unidades.
  - Estimular, provocar e incentivar o trabalho articulado com a comunidade.
  - Acompanhar as questões administrativas, obras da administração, reforma.
  - Desenvolver a intersetorialidade com outros serviços da saúde e da comunidade.
  - Estimular, incentivar e desenvolver as ações de prevenção e promoção.
  - Participar das rodas realizadas nas unidades e PSF com os médicos, enfermeiros, ACS e demais funcionários.
- 

##### **ATRIBUIÇÕES DOS SUPERVISORES REGIONAIS**

---

Considerando o atual modelo de gestão para resultados fica definido como atribuições dos supervisores regionais.

1. Formulação e implementação de ações e estratégias em saúde conforme as metas definidas pelo Plano Municipal de Saúde.
  2. Criar projetos estratégicos e integrados que orientem e assegurem o cumprimento das metas.
  3. Avaliação dos resultados com a finalidade de promover a eficiência e racionalização dos gastos públicos.
  4. Promover a valorização à profissionalização dos serviços com base em resultados.
  5. Monitoramento e Avaliação.
  6. Realizar por meio dos seus próprios processos de trabalho todas as atividades técnicas, administrativas e operacionais necessárias à implementação das Ações e Metas.
  7. Promover a devida infra-estrutura operacional para a efetivação dos Planos de Ações e Metas
  8. Promover a sinergia e integração das ações dos órgãos e entidades implementadores.
  9. Articular parcerias para o alcance dos resultados do projeto e monitorar e avaliar os resultados e ações dos projetos de acordo com as diretrizes definidas no Plano Municipal de Saúde.
- 

Fonte: Documento impresso no caderno de uma das supervisoras regionais do Município de Ribeirão das Neves, 2009.

---

A divisão de tarefas entre supervisão regional e gerência da atenção básica foi resultado de um processo que envolveu uma construção conjunta, baseada em situações práticas da rotina das gerências. A divisão do trabalho ocorreu de modo que essa gerente ficasse responsável pelas atividades técnicas e administrativas, próprias da natureza do trabalho gerencial, pela formulação de estratégias e projetos integrados, além de monitoramento e avaliação das equipes. As supervisoras regionais ficaram responsáveis basicamente pelo trabalho junto às equipes, realizado por meio de visitas para acompanhar o andamento dos programas nas UBS.

Essa forma de gerenciamento, utilizando a estratégia de descentralização, auxiliou no surgimento de padrões que não haviam sido preconcebidos no momento da criação do cargo de Supervisor Regional. Adaptações foram feitas na medida das necessidades importadas pelo mundo real, que requereram providências para a resolução dos problemas que convergiram para um novo padrão que não era expressamente o pretendido, caracterizando o processo como emergente, cuja emergência ocorreu à medida que ocorreram adaptações às novas situações e utilização do aprendizado alcançado por meio delas (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1989, 1996; MINTZBERG, 2000).

O rastreamento das estratégias no nível operacional da hierarquia organizacional ocorreu a partir do momento em que os supervisores regionais discutiram os problemas com os representantes das UBS e formalizaram tanto as estratégias pretendidas como as estratégias não pretendidas, para em um momento posterior considerar sua efetividade (MINTZBERG, 2004).

Embora existam problemas que dificultam o planejamento e a execução de ações, a criação do cargo de supervisor regional possibilitou a emergência de estratégias e procedimentos, fomentados pelas equipes em conjunto com as gerências, a fim de contornar as adversidades.

## VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades concernentes à elaboração, operacionalização e execução do planejamento em saúde de Ribeirão das Neves estão inter-relacionadas e revelam a falta de recursos como um fator significativo que perpassa todos esses níveis.

De acordo com os resultados que emergiram deste estudo, a elaboração do planejamento é dificultada pela rotatividade nos cargos de gerência e conseqüente falta de experiência, devido à insuficiência no período de adaptação ao cargo e no domínio das informações. Agrega-se a este fato, a própria natureza do trabalho gerencial, que direciona os gerentes para a ação e para a resolução de problemas no sentido de manter o sistema funcionando, ou seja, as UBSs abertas para atender à população.

A operacionalização do planejamento enfrenta problemas relacionados à implantação e macro-gestão dos programas, das UBSs e das ESFs. A decomposição das metas do planejamento estratégico, adequando-as às realidades locais, encontra barreiras conhecidas, como a escassez de recursos financeiros e humanos no município, mas também se depara com situações não triviais, envolvendo tanto o monitoramento das equipes quanto o cadastramento de pacientes, o que gera a necessidade de lidar com a incerteza e a imprevisibilidade.

O momento de execução do plano encontra obstáculos imprevisíveis relativos à interferência fatores externos concernentes à natureza (como por exemplo, a antecipação do período chuvoso, que adiantou o surgimento dos casos de Dengue) e aos incidentes envolvendo episódios de violência (que subitamente podem impedir o funcionamento de uma unidade do sistema de saúde). Além disso, a implantação de procedimentos derivados de decisões institucionais gerais que não consideram restrições locais se revelou como fonte de novos problemas, que implicam alocação e redistribuição de recursos.

Ao enfrentar as dificuldades, os conhecimentos e as experiências anteriores são evocados e, juntamente com novas informações obtidas, fundamentam a tomada de decisão em processos que, em geral, são dinâmicos. Essa dinamicidade é relacionada à natureza do trabalho gerencial, sendo amplificada pela situação de carência de recursos enfrentada pelo município, que determinou o aumento de problemas urgentes a resolver.

A falta de recursos e a incerteza estão inter-relacionadas, de modo que a primeira leva à segunda. Esta incerteza, por sua vez, gera situações que, pelo menos em um primeiro

momento são caracterizadas como urgentes, aumentando a fragmentação, brevidade e variedade das tarefas. Nessas situações não conhecidas, ou não triviais, como nos casos envolvendo a elaboração de planos e os imprevistos relacionados às capacitações, as urgências determinaram, ocorre a reorientação da ação para lidar com as incertezas e manter o sistema em andamento, de modo a garantir o funcionamento das UBS.

Por outro lado, em problemas que envolvem situações conhecidas, como a falta de médicos e o enfrentamento da dengue, as estratégias puderam ser elaboradas e negociações foram realizadas, por meio da interação com outros setores. Essas ocasiões evidenciam tanto o cumprimento das etapas do planejamento descritas na literatura em saúde quanto o seu efeito positivo para guiar a operacionalização e execução do plano.

O acompanhamento da gerente em atividade mostrou o que ela se referia como “planejar fazendo”. O fato de haver rupturas temporais durante a execução do plano (inerentes na natureza do trabalho de gerente) não significa necessariamente ausência de um plano, mas o redirecionamento da ação, situada, para fazer face aos eventos do mundo real. Esse redirecionamento é correlativo a mudanças em estratégias traçadas inicialmente, o que corresponde à elaboração de novos planos, envolvendo a ação e o pensamento de maneira dinâmica e entrelaçada. Ora, pôde ser verificado pelos casos analisados que o fato dessas mudanças existirem dinamicamente não implicou em alteração nas metas inicialmente definidas, mas possibilitou o seu alcance: a interrupção das tarefas em andamento para buscar informações permitiu a elaboração de planos; a realocação de pessoal e negociação com responsáveis por UBSs promoveu a efetividade da capacitação; as negociações entre setores redistribuição de responsabilidades auxiliaram nas ações de combate à Dengue; os telefonemas viabilizaram a obtenção de informações e definição de prioridades para manter as unidades de saúde funcionando, gerir as equipes e o cadastramento de pacientes.

Essa dinâmica que envolve a realidade gerencial, em conjunto com o aprendizado adquirido através de práticas, deveria ser o fundamento utilizado para a participação efetiva de níveis operacionais da hierarquia no planejamento estratégico. Quando a formalização é construída através da prática, como nos casos da criação do cargo de Supervisor Regional, que envolveu a estratégia de reuniões e o contato entre gerências e equipes, ela auxilia a guiar as ações, ao invés de justificá-las. Nesses casos, observa-se o sentido real de participação, o que ainda não ocorre em determinadas situações, quando a regra definida por instâncias superiores, distantes

das linha de frente, acaba se tornando um problema, como no caso do plano de deflagração da Dengue.

Neste âmbito, da formalização de tarefas a serem realizadas pela gerência da Atenção Básica do Município de Ribeirão das Neves, foi constatada a necessidade de estruturação, no sentido de defini-las e de elucidar os caminhos para se obter as informações. Apesar disso, a estruturação a partir de demandas geradas na prática ocorreu em algumas ocasiões e propiciou maior efetividade no que se refere à adequação das normas às necessidades locais. Isso foi especialmente explicitado no episódio da criação do cargo de Supervisor Regional, quando, sem qualquer solicitação formal de níveis hierárquicos superiores, por iniciativa dos próprios trabalhadores, as tarefas de cada gerência foram definidas formalmente. Outras situações mostraram a mesma necessidade, como aquelas envolvendo negociação entre setores e distribuição de responsabilidades entre eles.

Embora a idéia central da reforma gerencial seja proporcionar autonomia para os níveis organizacionais mais baixos, o governo continua sendo o ator central em algumas situações. As formas burocráticas clássicas de responsabilização ainda são amplamente utilizadas. A flexibilidade e autonomia, incentivando a elaboração das estratégias para lidar com os problemas, contrastam com os resquícios do Estado burocrático, suas normas e mecanismos de supervisão. A descentralização proposta pela esfera estadual, na prática, não é efetiva e separa a formulação de políticas, que permanece centralizada, da execução, que é descentralizada, o que se constitui em uma incongruência. Por um lado, o Estado possui um modelo estrutural e organizacional com resquícios burocráticos e aspecto descendente, por outro, a perspectiva política concebe a gestão como um processo social com crescente autonomia dos aspectos gerenciais, imprimindo características ascendentes ao sistema.

Em meio a essas incongruências estão os gerentes que tentam planejar conforme as teorias vigentes na área da saúde (como pode ser visto no caso da Dengue), mas se vêem obrigados a realizar adaptações no momento de execução dos planos. No momento de encontro com a prática, são necessárias estratégias para encarar os problemas do município e as deliberações institucionais. Essas estratégias remetem sempre que possível ao uso da experiência e à incorporação de elementos envolvendo a antecipação e previsibilidade, o que confere à atividade do gerente as características coerentes com o que é definido como planejamento pela literatura clássica da área.

Por outro lado, o encontro com o mundo real (e imprevisível) impõe uma dinâmica entre o pensar e a ação, coerentes com pesquisas no âmbito da administração e da estratégica como prática. O presente estudo contribuiu de alguma forma para agregar valor a essa área; por ser uma pesquisa empírica direcionada ao micro-nível organizacional, que tentou ir além do estudo da linguagem, acrescentando a análise da atividade de trabalho, acompanhada no tempo e no espaço, da gerência intermediária.

As dificuldades metodológicas encontradas, juntamente com a restrição de tempo para realizar a pesquisa revelaram resultados mais direcionados ao nível organizacional. O fato de reuniões entre representantes do Estado e do município não terem sido acompanhadas, impossibilitou a verificação empírica de como essa relação ocorre. Também não foi possível acompanhar e entender com detalhes o preenchimento de todas as planilhas de planejamento enviadas à esfera estadual de gestão, de modo que este estudo se ateve mais às atividades cotidianas e frequentes da gerente em questão.

Nesse aspecto, sugere-se que os próximos estudos a respeito do tema abordem com maior especificidade o referencial das ciências cognitivas a fim de aprofundar a compreensão da atividade de trabalho que envolve o planejamento realizado por esse nível de gestão.

De qualquer forma, foi dado um passo nessa direção, ao explicitar as dificuldades, as incongruências e as estratégias utilizadas para lidar com elas, na tentativa de demonstrar empiricamente como ocorre o planejamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHUMADA, J.; TESTA, M.; PIZZI, M.; SARUÉ, E.; GUZMÁN, A.A; DURÁN, H. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud**. Washington, D.C.: Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela/Organización Panamericana de la Salud; 1965. [Publicación científica n.111].
- ALDAY, H.E. O planejamento estratégico dentro do conceito de administração estratégica. **Rev.FAE**. Curitiba, v.3, n.2, p.9-16, maio/ago, 2000.
- ALMA-ATA. Declaração de Alma-Ata. **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2008.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. 203 p.
- ASSUNÇÃO, A. A. O saber prático construído pela experiência compensa as deficiências físicas provocadas pelas condições inadequadas de trabalho. **Trabalho e Educação**, v.12, n.1, jan-jun., 2003.
- ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: MENDES, R (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Ateneu, 2003. p. 1767-1789.
- BARBOSA, E.R.; BRONDANI, G. Planejamento Estratégico Organizacional. **Revista Eletrônica de Contabilidade**. v.1, n.2, dez-2004-fev-2005.
- BATEMAN, T. S.; SNELL, S. A. **Administração: construindo vantagem**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2006. 680p.
- BD SOCIAL. Modelo da atenção social integrada. Disponível em: <[http://www.bdsocial.mg.gov.br/tecnologias-para-gestao-social/modelo-da-atencao-social-integrada/base\\_view?searchterm=>](http://www.bdsocial.mg.gov.br/tecnologias-para-gestao-social/modelo-da-atencao-social-integrada/base_view?searchterm=>)>. Acesso em: 01 dez 2009.
- BOSSERT, et al. Decentralization of health systems in Latin America. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** v.8, n.1-2, 2000.
- BOUTINET, J. P. **Antropologia do Projeto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. DAB. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php.>>>. Acesso em: 18 jun. 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p. ISBN 85-334-0271-6. Disponível em: <[>](http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/pacs01.pdf)>. Acesso em: 18 jun.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 18 jun. 2008c.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). RESOLUÇÃO Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?q=RESOLU%C3%87%C3%83O+N%C2%BA+196&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>>. Acesso em: 18 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011**. 139p. . Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pns2008\\_2011\\_preimpressao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pns2008_2011_preimpressao.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 52 p. : il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1487-7**. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_entendendo\\_o\\_sus\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006b; v. 4)**. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf)>. Acesso em: Acesso em: 18 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Proposta de diretrizes e indicadores para o processo de reformulação do SIAB**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/proposta\\_de\\_aprimoramento\\_do\\_siab.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/proposta_de_aprimoramento_do_siab.pdf)>. Acesso em: Acesso em: 18 jun. 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300p. . – (Série I. História da Saúde no Brasil) ISBN 85-334-1238-X**. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde : resultados da pesquisa – esfera municipal** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 142 p. : il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 5) ISBN 978-85-334-1489-1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v5.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 56 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2) ISBN 978-85-334-1520-1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno2\\_planejasus\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno2_planejasus_2ed.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : organização e funcionamento** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 100 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1). ISBN 978 85-334-1517-1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v1\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v1_3ed.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Manual de Elaboração : plano plurianual 2008-2011/** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília : MP, 2007. 126 p. Disponível em: <<http://www.sigplan.gov.br/download/manuais/ManualdeElabora%C3%A7%C3%A3o2008-2011.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 18 jun. 2008.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do estado patrimonial ao gerencial. In: \_\_\_\_\_. WILHEIM, J.; PINHEIRO, P. S.; SACHS, I. (orgs.) **Brasil: um século de transformações**. São Paulo: Cia. das Letras, 2001. p. 222-259.

BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.42, n.2, p391-410, mar-abr, 2008.

CENDES/OPAS. **Programacion de La salud. Problemas conceptuales y metodológicos**. 1965.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Coleta de dados em pesquisas descritivas: entrevista. In: \_\_\_\_\_. 4.ed. **Metodologia científica**. São Paulo: Makron Books, 1996, p. 136-137.

CESÁRIO JUNIOR, A.; SOUZA, K. M. de; OLIVEIRA, L. de; ANDRADE, M.N.B.; ABREU, N. R. de; MONTEIRO, T. M. **Contextualização do município de Ribeirão das Neves** – MG. Ribeirão das Neves. [s.d], [mimeo, pdf.] 27p.

CHASIN, J. **Marx**: estatuto ontológico e resolução metodológica. São Paulo: Boitempo, 2009. 253p.

CHORNY, A. H. Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, v. 73, p. 5–30, 1998.

CLEGG, S.; CARTER, C.; KORNBERGER, M. A “Máquina Estratégica”: fundamentos epistemológicos e desenvolvimentos em curso. **RAE**, out-dez, 2004, p 21-31.

COSTA, H. B. **Planejamento Estratégico**. Texto de apoio aos participantes da videoconferência realizada em Brasília em 21 de outubro de 2004. Projeto Euro-Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 18 de outubro de 2004.

CRESWELL, J. W. A narrativa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.201-210.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.

DAVEL; E.; MELO, Marlene Catarina de Oliveira (Orgs.). **Gerência em ação**: singularidades e dilemas do trabalho gerencial. Rio de Janeiro: FGV, 2005. 340p.

ELIAS, P. E. M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2003. p. 59-119.

ESMERALDINO, A. Q.; GIRONDI, J.B.R. Planejamento Estratégico numa unidade de internação. **Interseção**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 50-57, abr. 2008.

GALLO, E. et al. Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, out-dez 1988. p. 414-419.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: In: BAUER, Martin W; BAUER E GASKELL, George (editors). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.64-89.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.26-44, jan-mar, 1991.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 2001. 200p.

JARZABKOWSKI, P. Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use. **Organization Studies**, v. 25, n. 4, p.529-560, p.2004. DOI: 10.1177/0170840604040675. Disponível em: <<http://oss.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/4/529>>. Acesso em: 19 nov. 2009.

JARZABKOWSKI, P.; BALOGUN, J.; SEIDL, D. Strategizing: the challenges of a practice perspective. **Human Relations**, v. 60, n. 1, p.5-27, 2007. DOI: 10.1177/0018726707075703. Disponível em: <<http://hum.sagepub.com/cgi/reprint/60/1/5>>. Acesso em: 19 nov. 2009.

- JARZABKOWSKI, P.; PAUL SPEE, A. Strategy-as-practice: a review and future directions for the field. **International Journal of Management Reviews**, v.11, n.1, mar. 2009 , p. 69-95.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W; BAUER E GASKELL, George (editors). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.90-113.
- LANA, F.C.F; GOMES, E.L.R. Reflexões sobre o planejamento de saúde e a reforma sanitária brasileira. **Ver. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.97-110, jan, 1996.
- LIMA, F.P.A. A formação em ergonomia: reflexões sobre algumas experiências de ensino da metodologia de análise ergonômica do trabalho. In: KIEFER, C.; FAGÁ, I., SAMPAIO, M.R. **Trabalho, educação e saúde**. Vitória: Fundacentro, 2000.
- LIMA, F.P.A. Norma e Atividade Humana: modelos dinâmicos da prescrição e historicidade das situações de trabalho. In: **Trabalho e abordagem pluridisciplinar: estudos Brasil, França, Argentina**. DIEESE/CESIT (orgs). São Paulo (DIEESE) e Campinas (CESIT), 2005. p 51-68
- LIMA, Maria Elizabeth Antunes. A questão do método em Psicologia do Trabalho. In: GOULART, Íris Barbosa (Org.) **Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.123-132.
- LIMA, M. E. A.; ARAÚJO, J. N.G.de; LIMA, Francisco de Paula Antunes. Introdução geral. In: \_\_\_\_\_. **L.E.R. Lesões por esforços repetitivos: dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Saúde, 1998. p.11-29.
- LIMA, M. E. A.; ASSUNÇÃO, A. Á.; FRANCISCO, J. S. S. D. Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In: CODO, Wanderley; JACQUES, Maria das Graças. **Saúde mental e trabalho: leituras**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 209-246.
- LLEWELLYN, S. Two way windows: clinicians as medical managers. **Organizational Studies**, 22/4: 593-623, 2001.
- Mai. 1978.
- MANTERE, S.. Role expectations and middle manager strategic agency. **Journal of Management Studies**, v. 45, n. 2, p. p 294-316, mar., 2008. DOI: 10.1111/j. 1467-6486.2007.00744.x. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119392972/issue>>. Acesso em: 19 nov. 2009.
- MANTERE, S.. Strategic practices as enablers and disablers of championing activity. **Strategic Organization**, v. 3, n. 2, p.157-184 ,p.2005. DOI: 10.1177/1476127005052208. Disponível em: <<http://soq.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/2/157>>. Acesso em: 19 nov. 2009.
- MATUS, C. Fundamentos da Planificação Situacional. In: RIVERA, F.J.U. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez ; Abrasco, 1989.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2 ed. Brasília: IPEA, 1996.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da Administração:** da escola científica à competitividade na economia globalizada. São Paulo: Atlas, 2000.

MELO, E. M. da C.. **O trabalho do pediatra:** um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, título de Doutor em Pediatria. Orientadora: Profa. Dra. Ada Ávila Assunção Co-Orientador: Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira. Março – 2006. 167p. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/cpg/ped/teses\\_dissert/2006\\_doutorado\\_eglea\\_melo.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cpg/ped/teses_dissert/2006_doutorado_eglea_melo.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2009.

MERCADO-MARTINEZ, F.J.; BOSI, M. L. M. (Orgs.) Introdução; notas para um debate. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

MINAYO, M.C.S. (Org.); GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde: 9.ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. 393p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: \_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde: 9.ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 261-297.

MINTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico.** Porto Alegre: Bookman, 2004.

MINTZBERG, H. et al. **O safári da estratégia:** um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG, H. **O trabalho do executivo:** o folclore e o fato. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1986. p.9-37.

MINTZBERG, H. Patterns of strategy formation. **Management Science**, v.24, n. 9, p. 34-48,

MINTZBERG, H. **The Nature of Managerial Work.** New York: Harper & Row, 1973.

NEVES-MG-GOV-BR, 2009. Disponível em: <[http://www.neves.mg.gov.br/ribeiraodasneves/templates/interna\\_noticia?id\\_sessao=7&id\\_noticia=33](http://www.neves.mg.gov.br/ribeiraodasneves/templates/interna_noticia?id_sessao=7&id_noticia=33)>. Acesso em: 13 jan. 2009.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico:** conceitos, metodologia e prática. São Paulo: Atlas, 2004.

POUPART, J.. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes. 2008. p.215-253.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Planejamento BH 2030. Planejamento Estratégico de Belo Horizonte 2030. **Avaliação situacional de Belo Horizonte e de sua inserção no contexto metropolitano. Anexo 1.** Belo Horizonte: Prefeitura de Belo

Horizonte, 2009d. 117p. Disponível em:

<<http://www.pbh.gov.br/bhmetaseresultados/pdf/anexo-1avaliacao.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

QUINN, J.B. Estratégias. In: MINTZBERG, Henry; LAMPEL, Joseph; QUINN, James Brian; GHOSHAL, Sumantra. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos** selecionados. Porto Alegre: Bookman, 2006. p.23-44.

RIBEIRO, E.A.W. Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. **Hygeia Revista Brasileira de geografia médica e da saúde**, v.2, n.2, p. 27-46, jun, 2006.

RIVERA, F.J.U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico de planificação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n.3, p.444 – 462, outubro, 1987.

RIVERA, F.J.U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

RIVERA, F.J.U; ARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 355-365, 1999.

ROGALSKI, J.; LANGA, P. Activités des cadres et propriétés des situations. In: **Le travail humain**. Tome 60, n.3, 1997. p.273-297.

SAMRA-FREDERICKS, D. Strategizing as lived experience and strategists' everyday efforts to shape strategic direction. **Journal of Management Studies**, v. 40, n.1, p.141-174, jan, 2003. DOI 10.1111/1467-6486.t01-1-00007. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118870383/abstract?CRETRY=1&SRETRY=>>> . Acesso em: 19 nov. 2009.

SEPLAN-MT. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral. Governo do Estado de Mato Grosso. Manual de elaboração do PPA municipal 2010-2013. mar. 2009. Disponível em: <[http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/A\\_e4fcd58cc7e4fc395517886a8041eb8bMicrosoft%20Word%20-%20Manual%20PPA%202010-2013-17-03-09.pdf](http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/A_e4fcd58cc7e4fc395517886a8041eb8bMicrosoft%20Word%20-%20Manual%20PPA%202010-2013-17-03-09.pdf)>. Acesso em: 20 out.2009.

SHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 221-242, 1999.

SILVA, R.O. **Teorias da Administração**. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2001.

SOARES, R. G.. **Da dor ao riso: a relação de serviço entre saber fazer e saber atender**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais. Título Mestre em Engenharia de Produção. 2005. 144p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUCHMAN, L.A. **Human-machine reconfigurations: plans and situated actions**. 2<sup>nd</sup> edition. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo: Cambridge University Press, 2007.

THIOLLENT, M.J.M. O processo de entrevista. In: **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 2ed. São Paulo: Polis, 1985. p. 79-99..

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes. 2002. 343p.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M.R.. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez.1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mar.2009. doi: 10.1590/S0103-73311998000200002.

VIANA, A. L.D.; DAL POZ, M. R.. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, 2005, v.15, suplemento. p. 225-264 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mar.2009. doi: 10.1590/S0103-73312005000300011.

WHITTINGTON, R. Estratégia após o modernismo: recuperando a prática. **RAE**, vol. 44, no. 4, p. 44-53, out/dez 2004.

WILSON, D. C.; JARZABKOWSKI, P.. Pensando e agindo estrategicamente: novos desafios para a análise estratégica. **RAE**, vol.44, no. 4, out/dez 2004, p. 11-20. Disponível em: <<http://www16.fgv.br/rae/artigos/3562.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 207p.