

ATENÇÃO PRIMÁRIA, PLANEJAMENTO E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ENFOQUE SOBRE O PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS

PRIMARY HEALTH CARE, PLANNING AND MODELS OF HEALTH CARE: a focus on the Master Plan for Primary Health Care of Minas Gerais

Debora Carvalho Ferreira¹, Eloiza Augusta Gomes², Irene Duarte Souza³, Estela Marcia Saraiva Campos⁴

RESUMO

O legado da Atenção Primária à Saúde (APS) e o entendimento atual de estratégia de reorganização de sistemas de saúde a partir desta suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos das políticas de saúde. No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS representava um marco referencial para a organização dos serviços numa proposta de reversão da lógica e ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Este artigo tem como objetivo apresentar uma reflexão sobre a proposta do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PDAPS MG) enquanto uma proposta de planejamento aplicada a APS e reorganização da rede de atenção à saúde. O objetivo do PDAPS MG é priorizar a orientação do sistema de saúde em redes de atenção, tendo a APS como eixo de ordenação. Aponta-se o PDAPS MG como uma “ferramenta estrutural” de alto potencial reformulador da APS e do sistema de atenção à saúde, pois sua metodologia emprega oficinas gerenciais que envolvem os atores dos serviços de saúde no planejamento estratégico da APS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Planejamento em Saúde; Sistemas de Saúde

ABSTRACT

The legacy of Primary Health Care and its strategy current of reorganization of health systems promotes discussion between individuals and social actors involved in shaping the health policy. In the previous period at the creation of the Unified Health System (SUS), Primary Health represented a milestone for the organization of services within a framework that was proposed to be a major alternative health care change. This article aims to bring a reflection on the proposed Master Plan for Primary Health Care of Minas Gerais (MG PDAPS) as a planning proposal applied to APS and reorganization of health care. The objective of MG PDAPS is coordination of the health care as net and the APS as a point of order. It also aims show MG PDAPS as a “structural tool” with high potential reformer the APS and the health care system, because its methodology uses management workshops involving stakeholders of health services in strategic planning for APS.

KEYWORDS: Health Primary System; Health planning; Health Systems.

¹ Debora Carvalho Ferreira, Professora temporária do departamento de clínica médica da Faculdade de Medicina UFJF. E-mail: <deborajf@yahoo.com.br>

² Eloiza Augusta Gomes, Enfermeira e Mestre em Saúde Coletiva/UFJF. Professora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora.

³ Irene Duarte Souza, Enfermeira do Hospital Universitário /UFJF. Mestre em Saúde Coletiva pela UFJF.

⁴ Estela Marcia Saraiva Campos, Professora Adjunta - Departamento de Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina - UFJF. Coordenação Geral NATES/UFJF

INTRODUÇÃO

No final da década de 1970 e início da década de 1980, o mundo vivia uma acirrada crise econômica. Os países que adotavam um Sistema Nacional de Saúde Universal, pautado, prioritariamente, no modelo biomédico, vinham enfrentando dificuldades decorrentes da crescente elevação dos gastos nesse setor. Esta situação levou à necessidade de reformas setoriais em muitos deles, configurando um cenário de “movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde.”^{1:27} Esse movimento abarcava desde a necessidade de mudanças do modelo assistencial até a melhor alocação, racionalização e utilização dos recursos.

Em decorrência dos fatos mencionados, apontava-se como um dos importantes vetores dessa crise a influência do modelo médico hegemônico (biomédico, hospitalocêntrico, médico-centrado, entre outras características), que estava se mostrando insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e na otimização dos serviços.¹ Para tentar superar esta crise, alguns países desenvolvidos adotaram a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual tem ganhando ênfase ao ser tomada como eixo de reestruturação de sistemas de saúde e da organização dos serviços.²

Ainda sobre o referencial da APS, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, para atender ao preceito de universalidade em sistemas nacionais de saúde, a Atenção Primária à Saúde deveria ser tomada como estratégia essencial ao cumprimento da meta de “Saúde para Todos”. Cabe ressaltar que essa abordagem, acordada após a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978³, foi referendada por vários países ao fundamentarem questões sobre: direito à saúde, papel do Estado e a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema de saúde.⁴

Na concretização da proposta mencionada, em países da Europa e em outros países industrializados, a APS foi orientada como estratégia organizadora tendo a função de ordenar a entrada no sistema de saúde. Associou-se a esta função o papel da APS como local de cuidados contínuos para a maioria das pessoas.⁵ Nas proposições da declaração de Alma-Ata, a “APS abrangente” é o centro do sistema, integrando-se a um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação.³ Envolve, ainda, a cooperação intersetorial para promover o desenvolvimento socioeconômico e enfrentar os determinantes de saúde. Toda essa interpretação corresponde a uma concepção de modelo assistencial centrado na APS, com garantia de atenção integral.⁵

No Brasil, desde a Constituição de 1988 e com a legalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, tem-se como princípio que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado [...]”.^{6:137} Entretanto, o contexto brasileira é complexo, especialmente por dois fatores: o sistema público, formalmente universal, expandiu cobertura com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficientes, para amplas parcelas populacionais antes sem acesso; e a convivência de uma pluralidade de sistemas, representados pela presença de sistemas privados em diversas modalidades, cobrindo especialmente a classe média e o SUS,⁵ que ao conviverem juntos, produz uma segmentação na política assistencial, por terem lógicas de cobertura e financiamento distintas.

Gil², ao analisar os conceitos de APS nos documentos de operacionalização do SUS – especificamente na Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93) e a Lei Orgânica da Saúde, de 1990 – destaca que estes não apontam indicativos sobre modelos de atenção à saúde, nem tampouco ações específicas que deveriam estar asseguradas pelo SUS nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Não há recomendação, nesses documentos, a respeito da organização dos cuidados primários ou serviços básicos de saúde, como responsabilidade do primeiro nível de assistência. Ainda assim, o movimento de descentralização foi iniciado e direcionado para a municipalização. Somente a partir da Norma Operacional Básica 1996⁷, surgiram as primeiras citações sobre a mudança do modelo de atenção à saúde, destacando o Programa de Saúde da Família (PSF), criado a partir de 1994², como opção de reorientação da atenção básica, valorando a APS como eixo ordenador.

O processo de descentralização desafiou e estimulou o desenvolvimento de novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais. Desta maneira a necessidade do planejamento e da gestão no setor de saúde tornava-se imprescindível para os municípios, principalmente, pensando a atenção básica como ordenadora do sistema.⁸ Surge então a necessidade dos gestores de apropriarem-se dos métodos e técnicas de planejamento já existentes na saúde.

O planejamento, no âmbito do setor de saúde, surge na América Latina na década de 1960 com o método CENDES-OPS de Programação em Saúde, que objetivou “otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/benefício”^{9:31}. As primeiras críticas a esse método surgiram na década de 1970 devido à sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade, com a historicidade dos atores envolvidos, e

devido a seu caráter prescritivo e normatizador.¹⁰ Partindo de tais questionamentos, outras alternativas de planejamento foram construídas. Destacam-se o Pensamento Estratégico, de Mário Testa e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus, em que a concepção de planejamento passa a resgatar a interferência dos atores sociais e da análise da situação a ser planejada na elaboração e implementação do plano, valorizando o planejamento como instrumento capaz de promover mudanças.¹¹

Planejamento e Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais

A valorização da prática do PES no âmbito da APS vem sendo orientada enquanto ferramenta de organização dos processos de trabalho, ao trazer o planejamento para o cotidiano das práticas dos profissionais, com o propósito de melhor ordenar as necessidades de saúde da população, objetivando a construção de planos e projetos, com consequente redução da alienação dos trabalhadores. Planejar não remete apenas à realização de planos, programas e projetos, sendo necessária também a mobilização e a participação ativa dos atores envolvidos nesse processo através de sensibilização e comprometimento.¹² Portanto, pensar o planejamento envolve entender suas múltiplas dimensões e conforme destacam Vilasbôas e Paim¹³ o planejamento pode ser definido como “um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores.”^{13:1240} Enfim, planejar em saúde é o processo de ordenar o trabalho, propiciando a organização de serviços que possam alcançar objetivos orientados pelas necessidades de saúde dos usuários, e no âmbito do SUS poderá contribuir para a efetivação de seus princípios.

No referido campo do saber, muitas têm sido as discussões sobre tal processo. Campos¹⁴, ao analisar a arte da produção sobre planejamento em saúde no Brasil, na última década, observou que a discussão tem sido em torno dos papéis e das práticas do planejamento. Estas serviriam como meio de ação comunicativa, como subsídio da gestão democrática, pontuando que o cerne de tais questões é o “dilema meios-fins e controle-subjetivação”, dando ênfase à complexidade de tal tarefa.

Schraiber et al.¹⁵ discute as questões do planejamento quando observa o nível local das práticas, assim como das pessoas envolvidas, relacionando a questão do trabalho da saúde e suas implicações para os envolvidos diretamente

no processo. Conclui que não há como pensar planejamento em saúde, sem pensar nos trabalhadores da área e suas relações.

Paim¹² aborda o planejamento para ação ao explicitar que a partir de uma necessidade humana, neste caso o contexto da saúde, são identificados os problemas para daí emergir o planejamento.

Considerando estas perspectivas da utilização do planejamento no campo da saúde, surge a intenção do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PDAPS MG) de priorizar a orientação do sistema de saúde em redes de atenção, tendo a APS como eixo de ordenação, cuja organização deverá ser pautada pelo raciocínio do PES. Assim, o PES foi adotado como método para melhoria da qualidade da APS e para direcionar a operacionalização das redes de atenção.

No contexto de Minas Gerais, em termos de quantidade de equipes de APS, o estado possui uma cobertura populacional de aproximadamente 80% pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), no entanto, mesmo com alta cobertura, alguns problemas foram identificados como prioritários, a saber: a interpretação equívoca da representação da APS como uma atenção de baixa complexidade, a fragmentação do sistema de saúde, a priorização do atendimento a questões agudas de saúde, as falhas na prática clínica, decorrente de um sistema de educação profissional enfraquecido e precárias condições de trabalho (estrutura física, vínculos trabalhistas e processo de trabalho) e os índices de internação por condições sensíveis a atenção ambulatorial que ainda altos.¹⁶

Tendo como ponto de partida tais diagnósticos foi estruturado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde, em 2008, o PDAPS MG. Seu objetivo é melhorar a qualidade da APS tanto por meio da ampliação do acesso (aumento do número de equipes e cobertura da Estratégia de Saúde da Família) bem como pelo incremento qualitativo da infraestrutura, equipamentos e processos de trabalho neste nível da rede de atenção. O PDAPS MG se configura em um plano, no sentido de representar um produto do planejamento.

O processo de planejamento do plano é materializado por meio de oficinas gerenciais com propósito de organizar o processo de trabalho em saúde. São 10 oficinas, que trabalham concepções teóricas e apresentam instrumentos gerenciais que propiciam a estruturação de redes de atenção à saúde, tendo a APS como eixo coordenador. Além de instrumentalizar as equipes de APS no cotidiano de seus processos de trabalho e utilizar o PES como referencial.

O caminho metodológico das oficinas é análogo à elementos da pedagogia ativa de Freire¹⁷ e Ramos¹⁸ ao buscarem o diagnóstico da rede de atenção à saúde local para a construção do planejamento e suas metas a partir da participação dos atores envolvidos na rede, prioritariamente àqueles da APS. As oficinas se baseiam primeiramente no reconhecimento da realidade e a partir desta apreensão é possível uma análise/avaliação concisa por critérios consolidados para o planejamento da APS e da rede de atenção.

Os temas das oficinas gerenciais são: a) as redes de atenção à saúde; b) a análise da APS no município; c) o diagnóstico local; d) a assistência farmacêutica; e) a programação local e municipal; f) a organização da atenção à demanda espontânea; g) o prontuário da família; h) a abordagem familiar; i) o monitoramento; j) o contrato de gestão.¹⁶

O Plano tem sido implantando de forma gradual no Estado, através de parceria com as Gerências Regionais de Saúde, Universidades e da pactuação com os municípios.¹⁶

Planejamento costurando um Sistema em Rede

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela OMS¹⁹ como o conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Desse modo, eles seriam uma resposta às necessidades das populações. Para atingir este propósito, é preciso que haja: a) distribuição equitativa dos serviços; b) garantia de uma proteção adequada dos riscos; c) acolhimento humanizado; d) garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade e e) garantia da prestação de serviços com eficiência.²⁰

O modelo de atenção é um elemento importante dos sistemas de saúde, pois estes representam um sistema lógico cujo funcionamento articula as relações entre os seus componentes e as intervenções sanitárias.²⁰ Todo modelo de atenção à saúde deve levar em consideração as condições demográficas e epidemiológicas, além dos determinantes sociais da saúde, para definição de suas características.

O modelo de atenção à saúde representa a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) e utilização no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais historicamente definidas.¹²

O atual modelo de atenção à saúde, preconizado pelo SUS, inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto do indivíduo, da família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio

diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária).²¹

Estudos apontam que, no SUS, há uma grave crise do modelo de atenção à saúde, representada pela incoerência entre a situação epidemiológica (dupla carga de doença com predominância das condições crônicas – cerca de 75% da carga de doença) e o modelo de organização dos serviços que privilegia condições agudas. As condições crônicas, diferentemente das agudas, constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um longo período de anos e abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos. É condição primordial que um modelo de atenção à saúde deve ser coerente com a condição de saúde predominante no país.¹⁹

Na prática, os sistemas de saúde operacionalizam-se de duas formas: fragmentado ou em redes.²⁰ Nos sistemas fragmentados os serviços de saúde não se intercomunicam dificultando a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Desta forma, a integralidade fica comprometida e o usuário não tem as suas necessidades de saúde atendidas. Outra característica desse sistema é direcionar a atenção apenas para as condições agudas. Em relação à configuração do planejamento, no sistema fragmentado, este acontece de forma verticalizada, sem participação dos atores envolvidos na prestação do cuidado. O planejamento é definido pelos gestores, não considerando as necessidades reais de saúde do usuário.²⁰

Já as redes se formam em um modelo integrado, onde os serviços de saúde formam uma espécie de rede do tipo poliárquica – sem hierarquia entre os serviços operando de forma horizontal, em que todos os pontos de atenção são igualmente importantes. Os serviços seriam pontos de atenção que apenas se diferenciam pela densidade tecnológica. Este modelo atende a uma população definida e proporciona uma assistência contínua e integral, com comunicação entre os diferentes pontos de atenção. No sistema de redes, o planejamento é desenvolvido de forma compartilhada e centrado nas necessidades da população adstrita.²⁰

Existem outras características as quais também diferenciam os dois sistemas: o sistema de financiamento, participação social, organização territorial, ênfase no cuidado, tecnologia de informação, população, modelo de atenção, etc. Em uma análise mais aprofundada, todas essas características desempenham papel fundamental na conformação de um sistema de saúde.²⁰

A importância da implementação do sistema integrado de saúde – em redes – em detrimento do sistema fragmentado é a capacidade do sistema integrado em responder às demandas da população e construir redes articuladas. Por

consequente, busca-se obter a superação da desarticulação e desintegração organizacional, características do sistema fragmentado, responsáveis pela ineficiência e não resolutividade dos sistemas.²⁰

A solução para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando as ações e serviços no desenvolvimento de Rede de Atenção em Saúde, sobresaindo-se a revalorização da APS como coordenadora dos vários pontos de atenção do sistema em rede.²²

A concepção de uma atenção em rede é almejada pelo PDAPS MG.¹⁶ O plano parte da valorização da APS como ordenadora e coordenadora dos pontos de atenção, na perspectiva de assegurar a interlocução entre os pontos garantindo o atendimento nas complexidades tecnológicas necessárias ao usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propostas de “re-forma” de sistemas de saúde estão “em voga” em vários países desde os anos 90, década caracterizada pelas reformas tipo big bang. Atualmente, as reformas incrementais procuram soluções para um sistema de saúde com alto custo e baixo impacto nos indicadores de saúde devido à intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e das práticas clínicas.²³ Pode-se apontar o PDAPS MG como um instrumento de planejamento do estado de Minas Gerais, que propõem uma reformulação incremental focaliza na APS como potência para reorganização do modelo de atenção do sistema de saúde. Para tal finalidade, o PDAPS MG retoma por base na teorização de seu planejamento os elementos discutidos por Matus – como o enfoque estratégico situacional²³, e por Testa – ao pensar planejamento como uma ação política em saúde.²⁴

O PDAPS MG está em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, pois o plano existe dentro da insígnia da revalorização da APS e de todo seu potencial reordenador de um sistema em rede. O PDAPS MG alia planejamento e APS. Esta aliança contribui para valorização da APS e reordenação de um sistema em rede à medida que o planejamento pode ampliar as ações da APS qualitativamente e detectar a necessidade da ampliação quantitativa.

O PDAPS MG demonstra seu potencial ao inserir fortemente o planejamento como estratégia da valorização da APS e coordenação do sistema a partir desta. A APS está mais próxima ao usuário sendo a atenção que mais propiciaria o cuidado contínuo, vínculo e responsabilização. Estes pontos de atenção primária – capazes de efetivar o cuidado contínuo, vínculo e responsabilização – qualificados como

eixo coordenador e ordenador do sistema podem possibilitar a formação de um sistema integrado, em uma rede poliárquica. Acredita-se na capacidade do sistema em rede superar a fragmentação das ações e, desta forma, tornar os serviços de saúde centrados na necessidade do usuário. Esta conformação de “modelo” de atenção à saúde seria mais capaz de responder à complexidade do cenário brasileiro e enfrentar o novo perfil epidemiológico de doenças crônicas com cuidado inovador e contínuo.

Nestas repercussões da valorização da APS depositam-se expectativas de melhora nos indicadores de saúde e, principalmente, na qualidade de vida dos cidadãos. Portanto, aponta-se o PDAPS MG como uma proposta de alto potencial reformulador da APS e do sistema de atenção à saúde. O PDAPS MG conecta o planejamento estratégico em saúde à APS a partir dos atores dos serviços de saúde ao trabalhar com a metodologia de oficinas gerenciais. Conectar APS e planejamento em um plano construído através da participação dos diversos atores dos serviços de saúde provavelmente é dos maiores potenciais do PDAPS MG, à medida que o planejamento é construído diretamente pelos envolvidos nos serviços de saúde e considera a realidade local. Pois, em boa medida, a concretização de um sistema integrado, em rede se dá na forma com que se articulam as práticas dos trabalhadores. Nesta construção coletiva do planejamento observando o nível local das práticas, se oportuniza a reorganização dos processos de trabalho em saúde no sentido de colocá-los operantes com eficácia e de forma centrada no usuário e suas necessidades.

Observar o nível local para o planejamento da APS toma como ponto de partida a realidade, consequentemente, considera os determinantes socioeconômicos e estruturas de saúde em âmbito local. Fato extremamente relevante frente à heterogeneidade destas condições e da estrutura dos serviços de saúde nos mais de 800 municípios do estado. Este “partir da realidade microscópica” – dos municípios e das práticas dos trabalhadores – compõem o mosaico do planejamento horizontalmente ao possibilitar o diagnóstico dos locais de maior risco (não apenas clínico, mas também social, econômico e ambiental) e menor estrutura dos serviços de saúde. O planejamento deixa de ser tecnocrático para estar inserido na concretude dos serviços e das práticas profissionais finalmente formando um instrumento operacional de detecção das necessidades, avaliação e qualificação da APS como ordenadora da rede.

Observa-se que dificuldades da implantação gradual do PDAPS MG estão atreladas à disposição das políticas locais. O plano por vezes é dependente da “vontade” de políticos municipais para sua implantação, fato que ainda causa um

desenvolvimento desigual do plano nos municípios. Todavia, apesar das dificuldades e limitações, considera-se que o PDAPS MG seja uma oportuna “ferramenta estrutural” para que a gestão e o planejamento em saúde se instalem como política de Estado permanente.

Enfim, o PDAPS MG é uma proposta que busca fortalecer a lógica descentralizadora do modelo de gestão à saúde do SUS à medida que sistematiza concepções e condutas de planejamento e gestão. Contribui para que os municípios alcancem a qualidade da atenção à saúde potencializando ganhos de integralidade ao valorizar as necessidades de saúde no atendimento à população em um sistema em rede coordenado pela APS e, ao mesmo, tempo em que aumenta a eficácia da gestão pública.

REFERÊNCIAS

- Mendes E V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006 jun;22(6):1171-81.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS; 2005.
- Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2009. p.19-40.
- Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Suppl 1):s21-3.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais; 2011. 413p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.203 de 05 de novembro de 1996. *Diário oficial da União, Brasília: MS*; 1996. Sec. 1, p.22932.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad Saúde Pública*. 1991 jan./mar.;7(1):26-44.
- Campos GWS. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec; 1989. p.9-32.
- Tancredi FB. *Planejamento em Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
- Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2009. p.767-82.
- Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad Saúde Pública*. 2008 jun.;24(6):1239-50.
- Campos RO. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000 jul./set.;16(3):723-31.
- Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):221-61.
- Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: análise da atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: ESPMG; 2008.
- Freire P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
- Ramos M. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In: Frigotto G, Ciavatta M, Ramos M, organizadores. *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez; 2005. p.106-27.
- Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: OMS; 2003.

20. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

21. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuh-nianas. Interface Comun Saúde Educ. 2005 fev.;9(16):53-66.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília: MS; 2010. Sec. 1, p.88.

23. Azevedo CS. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. Cad Saúde Pública. 1992 abr./jun.;8(2):129-33.

24. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad Saúde Pública. 1990 abr./jun.;6(2):129-53.

Submissão: Março/2012

Aprovação: Abril/2012
