

CONRADO AUGUSTO FERREIRA DE OLIVEIRA

COMPREENSÃO DO PLANEJAMENTO POR ENFERMEIROS DAS EQUIPES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SÃO CARLOS - SP
2015

CONRADO AUGUSTO FERREIRA DE OLIVEIRA

COMPREENSÃO DO PLANEJAMENTO POR ENFERMEIROS DAS EQUIPES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Linha de Pesquisa: Gestão do Trabalho em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sueli Fatima Sampaio

São Carlos - SP
2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O48c Oliveira , Conrado Augusto Ferreira de
Compreensão do planejamento por enfermeiros das
equipes da estratégia saúde da família / Conrado
Augusto Ferreira de Oliveira . -- São Carlos :
UFSCar, 2016.
105 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

1. Programa Saúde da Família. 2. Planejamento em
Saúde. 3. Gestão em Saúde. I. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

CONRADO AUGUSTO FERREIRA DE OLIVEIRA

**“COMPREENSÃO DO PLANEJAMENTO POR ENFERMEIROS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA.”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 31/03/2015

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Sueli Fatima Sampaio - UFSCar

Prof. Dr. Everton Soeiro – Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva - UFSCar

A Deus, pela força que me mantém vivo, pela fé que alimenta os meus princípios, e que me motiva a acreditar e lutar por um mundo mais justo, e por um SUS que seja cada vez mais SUS de verdade.

À minha família por toda atenção e carinho, em especial a minha querida mãe Cibele que sempre me deu força e esteve ao meu lado, compartilhando e vivendo comigo todos os desafios, conquistas e alegrias.

À minha esposa Rúbia pela confiança, amor, cumplicidade e parceria.

À querida orientadora Sueli, cujo exemplo será seguido por mim durante toda trajetória profissional.

À minha eterna professora e amiga Maria José, por sua amizade, escutas e conselhos.

Aos colegas profissionais de saúde do SUS, especialmente aqueles da Atenção Primária, que não medem esforços para promover Saúde.

À população e a comunidade, razão do existir do SUS e do cuidado em Saúde da Família e Comunidade.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dr^a Sueli Fatima Sampaio pela inestimável competência, estímulo, paciência, compreensão, amizade, sensibilidade e sabedoria na orientação e condução deste trabalho. Qualidades e competências sem as quais não poderia jamais ter sido concluída esta pesquisa.

Aos Professores Dr. Giovanni Aciole e Dr. Everton Soeiro cuja leitura crítica, apontamentos e sugestões garantiram a qualificação e conclusão deste estudo.

Ao Núcleo de Estágios e Pesquisas, vinculado à diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, por todo apoio, disponibilidade e cooperação oferecido durante a etapa de coleta de dados, em especial a Regina, por sua paciência e compreensão.

À Prefeitura Municipal de Uberlândia, representada pela Secretaria de Saúde e pela FUNDASUS, cuja coparticipação foi de fundamental importância para a realização da pesquisa.

Aos Enfermeiros(as) das Equipes de Saúde da Família do município de Uberlândia, pelas preciosas colaborações e reflexões apresentadas.

Aos meus colegas egressos do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade – UFSCar, pelo apoio, amizade e companheirismo durante toda a caminhada desafiadora de conciliar a residência e o mestrado.

A todos os meus amigos de longa trajetória, cuja amizade foi combustível essencial para mais essa conquista.

A todos aqueles que colaboraram de alguma forma com a realização deste estudo e que estiveram comigo durante toda a trajetória do mestrado, o meu sincero e profundo agradecimento.

Sonhar não deixa de ser um planejamento sem organização. Quando você quer realmente arrumar as gavetas de seus armários, não basta mudar objetos de lugar, é preciso literalmente virar a gaveta, limpá-la e repor os objetos, é o melhor momento de nos livrarmos do inútil, do quebrado e eventualmente mudarmos alguns itens de gaveta. Assim é a nossa mente. Precisamos aprender a deixar a segurança da rotina de lado e termos coragem para mergulharmos no novo, reestruturando nossos pensamentos de modo mais eficaz. Não adianta agirmos como crianças e falarmos: vida surpreenda-me com um acontecimento bom. Planejamento, estratégia, revisão, reconhecimento dos erros e dos acertos, esse é o segredo do sucesso!

Autor Desconhecido

“Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”.

Carlos Matus

RESUMO

Oliveira, Conrado Augusto Ferreira de. Compreensão do planejamento por enfermeiros das equipes da estratégia saúde da família. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como pré-requisito para obtenção do título de “Mestre em Gestão da Clínica”.

O Sistema Único de Saúde (SUS), em sua organização institucional possui políticas de descentralização como a criação dos distritos de saúde e/ou a municipalização dos serviços de saúde, mediante a Lei 8.080, de setembro de 1990. Descentralizar a gestão e os serviços de saúde pressupõe o aumento do poder de operação e decisões em âmbito local, pois propõe transformações nos serviços e mudanças efetivas nas ações de saúde. Com o objetivo de articular a realidade de saúde atual com estratégias e ações de saúde a médio e longo prazo, e através da capacidade de realizar um cálculo situacional e sistemático, o planejamento surge como principal ferramenta de apoio às políticas de saúde vigentes. Diante da pluralidade de modos de se planejar pelas equipes de saúde da família, este estudo se propôs a identificar como é realizado o Planejamento pelas Equipes de Saúde da Família, as principais potencialidades e desafios enfrentados pelas equipes, como os mesmos se organizam em sua realização e com que incentivo dos gestores municipais. Trata-se de pesquisa de campo, realizada através da metodologia de pesquisa qualitativa, cujo cenário foi o município de Uberlândia-MG. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi estruturadas, sendo que a análise e interpretação do material foram realizadas mediante a técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin (2000). Os resultados apontam que as equipes consideram realizar em seu cotidiano o planejamento, apesar das dificuldades que enfrentam como desfalque de membros da equipe e população territorial acima do recomendado. A compreensão do planejamento pelos coordenadores das equipes se aproxima do que é proposto no planejamento estratégico e participativo, porém, com dificuldades de implementação na prática. Compreende-se que há ainda um longo caminho de construção do planejamento no âmbito local, que indiscutivelmente, passa pela construção do planejamento estratégico e participativo pelas Equipes de Saúde da Família, de forma que possa ampliar a eficiência e eficácia de suas ações e

contribuir significativamente com a melhoria do nível de saúde da população. Entende-se que três caminhos que podem fortalecer o planejamento das equipes de saúde da família do município: a expansão do apoio da gestão municipal no planejamento das equipes para além dos relatórios e indicadores de saúde; estabelecimento de métodos que possam apoiar os coordenadores e suas equipes na construção e execução do planejamento; estímulo à participação popular/controle social na elaboração do planejamento participativo.

Descritores: Programa Saúde da Família. Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Oliveira, Conrado Augusto Ferreira. Understanding of planning by nurses of the Family Health Strategy teams.. Master's thesis submitted to the Graduate Program in Management Clinic of the Federal University of São Carlos, as a prerequisite for obtaining the title of "Master in Clinical Management".

The Unified Health System (SUS), in its institutional organization has decentralization policy and the creation of health districts and / or the municipalization of health services by Law 8080, September 1990. Decentralizing the management and services health requires increased operation and decisions at the local level power, for proposed changes in services and effective changes in health care. In order to articulate the current reality with health strategies and health actions in the medium and long term, and through the ability to conduct a situational and systematic calculation, planning emerges as the main tool to support current health policies. Given the plurality of modes of planning by health teams of the family, this study aimed to identify how it's performed by the Planning Family Health Teams, the main potentialities and challenges faced by the teams, how they are organized in its realization and with that encouragement of municipal managers. It is field research, carried out through the qualitative research methodology, whose setting was the city of Uberlândia-MG. The data was collected through semi-structured interviews that took place between May and September 2014. The analysis and interpretation of qualitative material were carried out by content analysis technique proposed by Bardin (2000). The results show that teams consider accomplish in your daily planning, despite the difficulties they face as embezzlement of team members, and territorial population above recommended. Understanding the planning of the coordinators of the teams approaches in most accounts of what is proposed in the strategic and participatory planning, however, it is clear that this understanding is retained in the theoretical field, and little is approaching practical reports of the teams. Specifically on the popular participation in the planning, neither team surveyed pointed to community participation in the planning of actions and services. In some findings can already identify recent changes proposed by the current Municipal Health Plan (SMP). For municipal management can achieve the proposed objectives PMS, there is still a long way to go, which arguably involves the

construction of strategic and participatory planning by the Family Health Teams, so that it can improve the efficiency and effectiveness of their actions and contribute significantly to improving the health status of the population. We point out three paths that can strengthen the planning of health teams of the municipal family: the expansion of municipal support in planning teams in addition to the reports and health indicators; establishing methods that can support the coordinators and their teams in the construction and implementation of planning; stimulating popular participation / social control in the preparation of participatory planning. It is understood that other studies in this area may show new ways to strengthen planning for the qualification of actions and proposals of services in partnership with the population and municipal management, contributing to greater resolution for improving access and quality of life communities under their responsibility.

Keywords: Family Health Program. Health Planning. Health Management.

RESUMEN

Oliveira, Conrado Augusto Ferreira. Comprensión de la planificación por las enfermeras de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia .. Tesis de maestría presentada al Programa de Posgrado en Gestión Clínica de la Universidad Federal de São Carlos, como requisito previo para obtener el título de "Máster en Gestión Clínica".

El Sistema Único de Salud (SUS), en su organización institucional tiene la política de descentralización y la creación de zonas de salud y / o la municipalización de los servicios de salud por la Ley 8080, de septiembre de 1990. La descentralización de la gestión y los servicios salud requiere una mayor operación y decisiones en el poder a nivel local, de los cambios propuestos en los servicios y cambios efectivos en la atención de salud. Con el fin de articular la realidad actual con las estrategias de salud y acciones de salud en el mediano y largo plazo, y por medio de la capacidad de realizar un cálculo situacional y sistemática, la planificación emerge como la principal herramienta para apoyar las políticas de salud actuales. Dada la pluralidad de modos de planificación por los equipos de salud de la familia, este estudio tuvo como objetivo identificar cómo se realiza por los equipos de salud familiar de planificación, las principales potencialidades y desafíos que enfrentan los equipos, la forma en que se organizan en su realización y con ese ánimo de los gestores municipales. Es una investigación de campo, llevado a cabo a través de la metodología de investigación cualitativa, cuyo escenario fue la ciudad de Uberlândia-MG. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas que tuvieron lugar entre mayo y septiembre de 2014. El análisis e interpretación de material cualitativo se llevaron a cabo mediante la técnica de análisis de contenido propuesto por Bardin (2000). Los resultados muestran que los equipos consideran lograr en su planificación diaria, a pesar de las dificultades que enfrentan como malversación de los miembros del equipo, y la población territorial encima de las recomendadas. La comprensión de la planificación de los coordinadores de los equipos se acerca en la mayoría de las cuentas de lo que se propone en la planificación estratégica y participativa, sin embargo, es claro que este entendimiento se retiene en el campo teórico, y poco se acerca a los informes de prácticas de los equipos. Específicamente en la participación popular en la

planificación, ninguno de los equipos encuestados señaló que la participación comunitaria en la planificación de las acciones y servicios. En algunos resultados ya se pueden identificar los cambios recientes propuestas por el actual Plan de Salud Municipal (SMP). Para la gestión municipal puede lograr los objetivos propuestos PMS, todavía hay un largo camino por recorrer, lo que podría decirse que consiste en la construcción de la planificación estratégica y participativa por parte de los equipos de salud familiar, por lo que puede mejorar la eficiencia y la eficacia de su acciones y contribuir de manera significativa a la mejora del estado de salud de la población. Señalamos tres caminos que pueden fortalecer la planificación de los equipos de salud de la familia municipal: la ampliación de la ayuda municipal en los equipos de planificación, además de los informes y los indicadores de salud; el establecimiento de métodos que puedan apoyar a los coordinadores y sus equipos en la construcción e implementación de la planificación; estimular la participación popular / control social en la elaboración de la planificación participativa. Se entiende que otros estudios en esta área pueden mostrar nuevas formas de fortalecer la planificación para la calificación de las acciones y propuestas de servicios en colaboración con la población y la gestión municipal, lo que contribuye a una mayor resolución para mejorar el acceso y calidad de vida comunidades bajo su responsabilidad

Palabras clave: Programa de Salud Familiar. Planificación de la Salud. Gestión de la Salud.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CENDES	Centro de Estudos do Desenvolvimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNDASUS	Fundação Saúde do Município de Uberlândia
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TGA	Teoria Geral da Administração

UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

FIGURA 1 – Regiões Ampliadas de Saúde.....	48
FIGURA 2 – Regiões de Saúde.....	48
FIGURA 3 – População Urbana por Setores.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	23
Objetivo geral.....	24
Objetivos específicos.....	24
3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	25
3.1 Breve histórico sobre Planejamento.....	26
3.3 A Estratégia Saúde da Família, o SUS e o Planejamento.....	35
4 PERCURSO METODOLOGICO.....	46
4.1 Tipo de Estudo.....	47
4.2 Cenário da Pesquisa.....	47
4.3 População/Amostra.....	54
4.4 Coleta dos Dados.....	55
4.5 Aspectos Éticos.....	56
4.6 Análise dos Dados.....	57
4.7 Resultados Esperados.....	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICES.....	99
APÊNDICE A – Roteiro de Apoio à Entrevista Semi-Estruturada.....	100
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	101
APÊNDICE C – Solicitação de autorização à Prefeitura Municipal de Uberlândia para realização da pesquisa.....	102
Anexos.....	103
ANEXO A – Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.....	104

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), em sua organização institucional possui políticas de descentralização como a criação dos distritos de saúde e/ou a municipalização dos serviços de saúde, mediante a Lei 8.080, de setembro de 1990. Esta descentralização se aplica a todos os níveis de atenção à saúde, especialmente à Atenção Primária à Saúde, em que se insere a Estratégia Saúde da Família, que tem por função exercer as atribuições de cuidado, promoção e prevenção à saúde de sua população adstrita ao território (BRASIL, 2005).

Descentralizar a gestão e os serviços de saúde pressupõe o aumento do poder de operação e decisões em âmbito local, pois propõe transformações nos serviços e mudanças efetivas nas ações de saúde, fundamentadas nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e nas diretrizes de regionalização e hierarquização da oferta da assistência e descentralização político-administrativa (PASSOS, 2006).

De acordo com o mesmo autor, apesar de descentralizada, as ações compreendidas nos níveis de atenção à saúde - promoção, proteção e recuperação - devem ser constituídas e operacionalizadas de maneira articulada e integrada, de tal forma que permita a ampla cobertura e acesso da população, com maior eficiência econômica e social.

No decorrer da implementação do SUS a necessidade de identificar e analisar os principais problemas e necessidades de saúde que acometem a sociedade, bem como formas de intervenções e cuidado que sejam eficientes e eficazes, passou a exigir cada vez mais a utilização de novas tecnologias e ferramentas. Com o objetivo de articular a realidade de saúde atual com estratégias e ações de saúde a médio e longo prazo, e através da capacidade de realizar um cálculo situacional e sistemático, o planejamento surge como principal ferramenta de apoio às políticas de saúde vigentes (NESCON, 2008).

Afirma Paim (2009) que, ao realizar planejamento e organização nos serviços de saúde, os gestores identificam os problemas e os meios de superá-los, ajudam a mobilizar mudanças e ações e eleva a consciência sanitária das pessoas, o que facilita a mobilização política dos interessados pela causa. A ação de planejar não significa apenas a produção de planos, programas ou projetos. Esta forma de organização e planejamento dos serviços e ações em saúde representa apenas uma

fase, ou etapa, do processo de planejamento. Além disto, é importante destacar que para que o planejamento possa influenciar a realidade local, é necessário que exista participação e controle social durante este processo.

Dentre as diversas funções que compreendem a responsabilidade que permeia um sistema de saúde, o planejamento aparece em destaque e necessita ser e estar articulado entre as diferentes esferas do governo (municipal, estadual e federal). Exatamente por dividir deveres e responsabilidades nas três esferas governamentais, a gestão no SUS é tida como compartilhada, bem como o seu planejamento e gestão (BRASIL, 2005).

Lanzoni (2009) apresenta três tipos de planejamento em saúde: planejamento normativo ou operacional, planejamento estratégico e o planejamento participativo, descritos a seguir.

O planejamento normativo ou tradicional, quando comparado aos outros modelos de planejamento sofre muitas críticas da literatura por dar valor à produção em detrimento da subjetividade humana. Este tipo de planejamento pode ser realizado em um curto espaço de tempo ou até mesmo ser feito em ações imediatas, as vezes sem mesmo ser percebido, com a intenção da manutenção dos serviços. Além de não considerar os movimentos e lutas sociais, e por isso ser considerado a-histórico, é destacado por fragmentar o serviço em unidades e suas ações serem pontuais, sendo de relevância para problemas que exigem soluções rápidas ou emergenciais. Apesar de que quando realizado, ao impor as normas ao grupo, o sujeito que planeja tem a falsa ideia de controle da situação a ser planejada.

O planejamento estratégico possui uma visão crítica do processo e através da identidade da organização são apontados objetivos e são definidas as ações a serem desenvolvidas. Mesmo quando as ações devem ser imediatas, se faz necessário agregar o pensamento e a reflexão à ação, o que o torna um planejamento de médio e longo prazo. Possui como objetivo antecipar-se aos possíveis problemas que possam surgir e adaptar-se às mudanças necessárias, visando aperfeiçoar seus aspectos positivos. Assim, atua de forma a identificar os fatos atuais e projetar os passos a serem dados.

O planejamento participativo prevê o compartilhamento de poder e o controle e participação social na definição e tomada de decisão, sendo caracterizado por sua responsabilidade coletiva. O pensamento e ações realizadas em coletivo dão lugar ao pensamento individual, valorizando o trabalho coletivo.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, é ao mesmo tempo um avanço e um desafio, resgatar ou construir a cultura de planejamento, afinal, planejamento e gestão dos serviços de saúde envolvem tanto postura individual e técnica, como mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais (BRASIL, 2009).

Paim (2009, p.768) a este propósito destaca que,

O Planejamento pode ser considerado também uma ferramenta da administração. Se administrar quer dizer servir, o planejamento permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores da coisa pública poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação. Se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho. Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação.

A cultura de planejamento na saúde como ação mobilizadora, de engajamento, decisão, postura individual e técnica é um desafio para gestores e profissionais de saúde na estruturação do SUS. O governo federal vem dando ênfase ao Planejamento em Saúde em suas políticas de saúde, como a aprovação pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Pacto pela Saúde no ano de 2006 (BRASIL, 2009).

O Pacto pela Saúde é formado por outros três Pactos. O primeiro deles é o Pacto pela Vida, que possui como objetivo atingir metas sanitárias com base nas prioridades da saúde da população. O Pacto em Defesa do SUS, firma compromissos políticos envolvendo o Governo e a sociedade civil com a intenção de consolidar o SUS. E o Pacto de Gestão estipula as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal, por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) (CUNHA, 2009).

O Pacto de Gestão apresenta diretriz e define a responsabilidade para municípios, estados, distrito federal e União em relação à regionalização, planejamento e programação, regulação, controle, avaliação, auditoria, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (CUNHA, 2009).

Segundo Vieira (2009), quando não há a realização de planejamento, as ações são executadas por inércia e os profissionais e serviços de saúde funcionam de forma desarticulada. O funcionamento do sistema de saúde se torna subjetivo, fragmenta-se e desordena-se na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam. Isso acontece porque se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades à sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros e dificilmente haverá ganho de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente.

Ao se pensar em planejamento é preciso ter em mente que o ato de planejar é algo inerente ao ser humano, ou seja, até mesmo sem que percebamos, todos nós o fazemos. Planejar é um ato importante porque permite melhor aproveitamento do tempo e dos recursos, possibilitando que os objetivos sejam alcançados da melhor maneira (NESCON, 2008).

Paralelamente à dificuldade de constituir a cultura de planejamento em sua estruturação, o SUS também possui outro grande desafio que é garantir o direito à saúde e o acesso aos serviços estabelecidos na Constituição Federal. Não é raro que, durante a vivência no SUS, os profissionais se deparem com situações nas quais o acesso ao sistema de saúde apresenta diversas dificuldades e fragilidades, por isto, a necessidade de ampliar o olhar para a raiz destas questões, que muitas das vezes está na inexistência de uma rede de atenção à saúde organizada, em que cada cidadão possa ser atendido nos serviços mais adequados a satisfazer suas necessidades, e que garanta a articulação de todas as ações/intervenções/serviços necessários para solucionar seus problemas de saúde, responsabilizando-se pelo “caminhar do paciente” ao longo de todo sistema, com referências bem estabelecidas e continuidade do cuidado (LOPES, 2008).

O presente projeto se justifica a partir da experiência vivenciada nos diversos espaços de práticas assistenciais do SUS, tanto durante o período de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como durante as atividades no Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), nas quais convivi com diversas equipes e profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo sempre me inquietado a maneira como os profissionais não só executam suas ações individuais e/ou coletivas, mas pela forma como realizam (ou não) o planejamento

das atividades. Em tais experiências, foi possível vivenciar in loco o quanto a prática do planejamento é determinante tanto para a organização como para a qualidade do cuidado a ser realizado pelas equipes de saúde da família.

Outro fato que justifica o presente estudo é que quando pesquisadas, a maioria das fontes científicas apontam para estudos de planejamento e gestão na saúde com foco na proposta tripartite de gestão do sistema de saúde, ou seja, nas instâncias federal, estadual e municipal e muito pouco relacionado às Equipes de Saúde da Família. Diante desse contexto, foram feitas as seguintes indagações: 1) Como é realizado o Planejamento pelas Equipes de Saúde da Família? 2) Quais são as principais potencialidades e desafios enfrentados pelas equipes e como os mesmos se organizam em sua prática cotidiana?

Objetivos

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Analisar como se dá a prática do planejamento em Equipes de Saúde da Família de um município no interior do estado de Minas Gerais.

.

2.1 Objetivos específicos

Conhecer como os participantes da pesquisa compreendem o planejamento.

Identificar se as Equipes de Saúde da Família realizam o planejamento e, em caso de resposta positiva, quem participa do processo, quando o mesmo é realizado, em quais espaços e com que incentivo dos gestores municipais.

Identificar potencialidades e desafios da construção e realização do planejamento, a partir da percepção dos participantes da pesquisa.

Marco Teórico-Conceptual

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 Breve histórico sobre Planejamento na Saúde

A construção do planejamento na área da saúde seguiu as mudanças do entorno e do contexto, procurando adaptar a sua prática aos novos desafios da área. Nesta construção, o planejamento evoluiu passando por várias etapas, tendo sido elaboradas propostas metodológicas, algumas oriundas da teoria geral da administração (TGA), já outras da própria área da saúde e que atualmente constituem um precioso acervo que articula elementos metodológicos, conceituais e instrumentais (GONZALES, 2009).

Segundo o mesmo autor, até a década de cinquenta a prática do planejamento em saúde não ultrapassou os limites da administração da saúde pública e, embora tratasse basicamente da organização de instituições, transparecia princípios clássicos da TGA.

Entre as décadas de 1960 a meados da década de 1970 foi desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela o método CENDES-OPAS, que surge na época como resposta às demandas apresentadas na reunião de Punta Del Este em 1961, ocasião que reuniu os ministros da saúde dos países latino-americanos, em que se fazia necessária a formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos (LOPES, 2008). Como fruto dessa reunião, foi elaborada a Carta de Punta del Este, que decidia incorporar os setores sociais, incluindo a saúde, no planejamento do desenvolvimento (GONZALES, 2009).

O método CENDES/OPAS, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em abril de 1965, apresentava o contexto de que naquela época os planejadores em saúde eram basicamente os técnicos de nível central dos ministérios da saúde dos diversos países em questão que, com exceção do Brasil, possuíam e geriam a maior parte dos serviços de saúde em seus países, e por isso ficava claro que o planejamento realizado seria basicamente normativo, definindo o que e como deveria ser feito no âmbito dos serviços de saúde (LOPES, 2008).

Considerado como um método sistemático, com etapas sequenciais (diagnóstico, determinação de alternativas factíveis na área local programática e formulação dos planos regionais e nacional), o método OPAS/CENDES preconizava que mais do que um simples método, o ato de programar estava fundamentado no critério de eficiência (GONZALES, 2009).

Segundo Chorny (1993), o poder dos técnicos dos Ministérios da Saúde não era real, visto que no melhor dos casos, se restringia ao âmbito do próprio processo de planejamento, enquanto o mundo real seguia seu curso e quem acabaria tomando as decisões continuavam a ser os políticos.

Em uma publicação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) encontramos um relato histórico, apresentado a seguir (LOPES, 2008).

Para enfrentar a “irracionalidade dos políticos”, duas estratégias básicas eram consideradas. A primeira consistia em mostrar que a racionalidade do planejamento era superior à da decisão política, considerando os benefícios que seriam alcançados pela utilização do método, e a outra, uma vez elaborada a proposta técnica, deixar que o nível político decidisse o curso a seguir.

A proposta metodológica do método CENDES se baseava na seleção de prioridades a fim de estabelecer uma série de critérios que buscassem orientar as intervenções, com o objetivo de otimizar os recursos existentes através do fundamento de que existiam relações de causalidade simples entre variáveis e estados de saúde e entre ações e resultados. Desta forma, compreendia-se que o problema básico era de quantidade e disponibilidade de recursos, e que estes deveriam ser traduzidos pelo planejador tanto na opção mais adequada para maximizar os resultados como na de minimizar os recursos necessários para chegar no determinado resultado pré-definido.

Quatro critérios determinavam a prioridade em que os problemas de saúde deveriam ser manejados. Destes, três eram diretamente proporcionais à prioridade que se dava ao problema (magnitude do dano, vulnerabilidade e transcendência), e o quarto agia de modo inversamente proporcional, conhecido como critério inverso.

No processo de eleição de prioridades, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência, e menor o custo das intervenções propostas mais elevada a prioridade de determinado dano. O papel do planejador era o de encontrar as técnicas mais eficientes para enfrentar as doenças ou problemas de saúde, de acordo com as prioridades determinadas. A definição de prioridades,

baseada em critérios “objetivos”, dava ao método uma aparência científica que pudesse inferir, pelo menos teoricamente, que fosse possível definir prioridades e planejar de forma “racional”, independentemente do responsável pelo planejamento. Por quase uma década o método CENDES-OPAS constituiu-se na referência central do planejamento em saúde e inúmeros profissionais foram formados para implementá-lo.

No entanto, o golpe em 1964 no Brasil, no Chile em 1973, e o advento de regimes autoritários em outros países latino-americanos, nos anos seguintes mostravam que o cenário político na América Latina a partir da década de 1970 havia mudado. Os técnicos dos Ministérios da Saúde que, na década anterior, haviam contribuído na elaboração de planos de saúde no âmbito do governo, naquela época, muitos deles exilados de seus países, passaram a rever profundamente o processo de planejamento e seus determinantes.

E foi através deste novo cenário político que a partir do final da década de 1970 e início dos anos 1980, o planejamento estratégico surgiu como uma nova forma de encarar o planejamento em saúde, que nasceu, entre outras causas, das críticas e fracassos que acompanhavam a visão normativa adotada até então. Agora com enfoque estratégico que pressupõe que o planejador seja um ator social, que integre um jogo no qual existem outros atores, com interesses e forças distintas. Uma consequência dessa primeira admissão é que não existe apenas um diagnóstico de quais são os problemas, nem apenas uma explicação acerca de suas causas.

Segundo Gonzales (2009), na década de noventa, países como Canadá e Reino Unido tomaram como base a participação social, a investigação de determinantes e evidências científicas, segundo grupos populacionais em situações de risco na realização do planejamento na área da saúde.

Na mesma época, foi formulado o documento *Social Determinants of Health. The Solid Facts* por países europeus em parceria com a OMS-Europa. Esse documento, tinha como objetivo definir determinantes e políticas de ação a longo prazo, que pudessem orientar os planos nacionais vigentes na época. A partir de então, estes países passaram a utilizar este enfoque para orientar suas políticas e planos de saúde (Op.Cit.).

Na direção das incertezas que estão presentes em sistemas complexos, como caso da saúde, o pensamento estratégico de Mário Testa, o planejamento

situacional de Carlos Matus, e o enfoque estratégico da Escola de Medellín compõem as três vertentes básicas do enfoque estratégico (LOPES, 2008).

Mário Testa apresenta uma formulação voltada à discussão do poder, da organização enquanto espaço onde se materializa o poder social e a articulação entre poder técnico, o poder administrativo e o poder político.

A segunda vertente é a de Carlos Matus, que identificou os fracassos experimentados pelo planejamento na América Latina com o fundamento básico do planejamento normativo, o que conduziria a uma prática economicista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política. Ao substituir este pressuposto por seu correspondente, Matus formulou o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), aplicável aos casos de governos democráticos, nos quais existem diversos atores sociais, em situações de poder compartilhado, através da sua reflexão e consequente proposta para a ação, centrados na necessidade de aumentar a capacidade de governar.

Matus (1996) apresenta e fundamenta seis argumentos que justificam a necessidade de planejamento, dentre eles a necessidade de que exista mediação entre o presente e o futuro, a necessidade que se faça uma mediação entre o passado e o futuro, mediação entre o conhecimento e ação e reação veloz e planejada diante das surpresas. Aponta ainda o planejamento preventivo como aquele possível de enfrentar os problemas antes que os mesmos se materializem e. o planejamento reativo, quando os problemas tendem a ser solucionados quando já são evidentes para todos, devido sua magnitude e consequências.

O mesmo autor afirma que

O planejamento reativo é defensivo e ineficaz. A prática do planejamento preventivo requer que um sistema oportuno de informação sinalize os indícios dos problemas, mostre quando certas variáveis críticas fogem ao controle ou passam a uma faixa fora da normalidade, entrando em uma zona de perigo que anuncia problemas.(MATUS, 1996, p.32)

A partir de reflexão promovida pelos organismos internacionais (OPAS/OMS), a proposta de Medellín aparece como terceira linha do planejamento estratégico de saúde, desenvolvida fundamentalmente, pela Faculdade Nacional de Saúde Pública

de Antioquia, Colômbia, com sede em Medellín e representa a continuidade de um pensamento no interior do campo da saúde cujas origens remontam ao começo dos anos 1960 e que, ao longo de quase vinte anos, condicionou o agir da área de planejamento da OPAS. Ainda, possui como nomes de destaque Barrenechea e Trujillo Uribe.

Dentre várias definições que podem ser encontradas na literatura, o planejamento pode ser entendido como o processo pelo qual determinamos que caminhos tomar para alcançar à situação que se deseja. Em resumo, significa definir de antemão o que fazer para mudar a realidade atual para que se chegue à condição identificada como desejável. Essa definição acerca dos objetivos a serem alcançados não são únicas nem universais e variam de acordo com aquele que planeja (LOPES, 2008).

De acordo com os propósitos e objetivos identificados, é possível observar modalidades distintas de planejamento, como por exemplo, no setor governamental, que se divide nos níveis federal, estadual e municipal, com suas distintas competências. Em linhas gerais esse processo de planejamento consiste em identificar problemas atuais e futuros, os fatores que contribuem para a situação observada, as prioridades de intervenção para implementar soluções, definir as estratégias que podem ser seguidas para solucionar os problemas, identificar os procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se aquilo que foi proposto realmente está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados (LOPES, 2008).

O principal objetivo de se realizar planejamento é a saúde e o seu propósito é a contribuição para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, levando em consideração recursos e conhecimentos disponíveis. É importante observar que muitas vezes as estratégias de intervenção propostas estão dirigidas centralmente à gestão operacional dos serviços ou ao controle da utilização de recursos, frequentemente de recursos financeiros, sem que se tenha claro de que forma estas atividades poderão contribuir para que a população seja tratada de maneira mais adequada, fazendo com que a gestão dos meios se torne um fim em si mesmo (LOPES, 2008).

Nesse sentido, é bastante comum encontrarmos “planos” cujas propostas sugiram a realização de um determinado número de consultas e outros procedimentos ou novos investimentos em recursos (físicos, humanos ou

financeiros) sem que em nenhum momento seja levado em consideração de que forma as ações propostas poderão modificar a realidade atual e, menos ainda, que impacto terão sobre as necessidades de saúde da população ou grupos a que se destinam (LOPES, 2008).

Considera-se que o plano deve ser avaliado continuamente e readaptado de acordo com as dificuldades encontradas na prática, devendo ser atualizado e modificado à medida que o processo de avaliação de sua implantação é realizado. Já quando o plano é assumido de forma inflexível, não permite que o próprio processo de mudança ocorra pois ignora os limites que a realidade impõe e as adequações que se fazem necessárias (LOPES, 2008).

Além disso, o plano não deve ser apenas a expressão da vontade do seu responsável, devendo possuir objetivos e estratégias expressos no plano que devem ser factíveis do ponto de vista técnico e viáveis do ponto de vista político, guardando, portanto, relação com a realidade e as necessidades de saúde da população. Assim, o ato de planejar está necessariamente relacionado à ação, e é na prática que o plano pode ser justificado (LOPES, 2008).

É preciso considerar também que a habilidade de quem planeja é medida pela capacidade de articular as diversas abordagens que caracterizam cada um desses momentos devendo analisar ao mesmo tempo, questões que se referem tanto ao presente quanto ao futuro. Em sua prática, a atividade de planejamento pode ser dividida em três momentos, sendo eles estratégico, tático e operacional, descritos em seguida (LOPES, 2008).

O momento de definição da condução do processo de planejamento, a sua determinação no espaço da política é a etapa estratégica, e deve contemplar os processos que se relacionam com as mudanças estruturais ou organizacionais de médio e longo prazo, considerando que à medida que o horizonte temporal se distancia do presente, o grau de incerteza é aumentado, as metas estabelecidas perdem suas precisões e os objetivos são mais qualitativos do que quantitativos. A realização de um diagnóstico acerca da situação a ser enfrentada é capaz de determinar quais as ações estratégicas poderão ser realizadas para que seja identificado um conjunto de problemas relevantes sobre os quais a organização que planifica tenha capacidade de intervenção, determine suas prioridades e monitore a condução do processo através da avaliação, de modo a inserir mudanças, caso seja necessário.

Já o momento tático se refere à realização de planejamento de curto prazo, ou seja, o que habitualmente se compreende por programação, o tempo destinado para esta etapa é mais estreito e o objetivo é o de determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos fixados no momento estratégico, ou criar as condições necessárias para que esses objetivos sejam viáveis no futuro. O principal objetivo deste momento é determinar as ações que maximizem o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos estratégicos.

Por último, o momento operacional refere-se à ação propriamente dita, em essência no âmbito da gestão. Os prazos com que se trabalha neste momento são muito mais curtos, da ordem de meses, semanas, ou mesmo dias. As decisões são tomadas com base nos problemas cotidianos e, geralmente, sob muita pressão e por isto há a necessidade de que as direções mais gerais ligadas às definições estratégica e tática sejam discutidas, clareadas e incorporadas, de modo a orientar o trabalho do dia a dia.

De acordo com Testa (1995), a lógica do planejamento depende também dos processos os quais os objetos estão submetidos, e os níveis aos quais são processados, e não somente dos objetos em si. Para ilustrar essa afirmação, o autor apresenta como exemplo os diversos entendimentos e percepções associados a um recurso amplamente empregado nos serviços de saúde: o algodão.

Para o profissional de saúde que trabalha em um consultório, trata-se de um produto que deve estar diariamente disponível para ser utilizado. Para quem administra o hospital, trata-se de um item de consumo que deve ser distribuído de maneira conveniente ao longo de todo ano. Já para o nível de gestão central, o item algodão desaparece dentro de uma rubrica do orçamento “material de consumo”, que é o montante com o qual trabalham os responsáveis pelo orçamento e o planejamento nesse nível. Já para a área econômica, o mesmo material é um dos produtos primários sobre o qual se podem definir políticas específicas para o incentivo ou não de sua produção. Este exemplo mostra também que o planejamento e a programação são realizados em

diferentes níveis de uma organização e que o mesmo objeto será tratado por diferentes abordagens.

Para que o processo de intervenção seja viável, é preciso escolher os problemas sobre os quais se tenha autonomia para intervir. Importante destacar que existe uma tendência que o diagnóstico seja visto como uma tarefa muito ampla, em que se buscam informações acerca de todos os aspectos possivelmente relacionados. Porém, na medida em que algum dado deixa de ser considerado, não é possível, efetivamente, realizar um diagnóstico que informe a decisão. Por isso o processo de diagnóstico deve ser considerado, essencialmente, um processo de avaliação (LOPES, 2008).

Sendo assim, quando se realiza o diagnóstico, seja ele dirigido a uma área definida, a um serviço de saúde, ou a um grupo populacional, inicia-se um processo em que se “escreverá sobre uma folha em branco”, ou seja, em que se desconhece a situação a ser analisada, e que apenas as informações que serão colhidas “objetivamente” informarão o diagnóstico. O processo de diagnóstico é precedido e informado permanentemente por algum modelo que está presente na cabeça de quem o realiza, esteja este modelo explícito ou não. Assim, por exemplo, é usual que, ao realizar o diagnóstico de saúde de uma área, se busquem informações quanto ao número de gestantes ou de mulheres em idade fértil. Mas, comumente não se buscam informações sobre o número de deficientes visuais, por exemplo. A razão pela qual não se busca esta informação é que, ao contrário dos programas de pré-natal e de atenção à mulher em idade fértil, sempre presentes em qualquer modelo de intervenção, não temos proposta dirigida aos deficientes visuais. Por isso, não se busca a informação e não se considera que seja um problema (LOPES, 2008).

Durante a prática do diagnóstico, não é raro que o(s) responsável(eis) pelo diagnóstico perca de vista a função instrumental da ação, e por isso produzam diagnósticos tão detalhados, que evidenciem tantos e tão diversos problemas, que impossibilitem a definição de estratégias de intervenção. Além disso, não é incomum que todo o processo de planejamento se restrinja quase que exclusivamente a etapa de diagnóstico, e que o plano seja muito mais uma apresentação de problemas do que a elaboração de estratégias de ação para enfrentá-los.

Em suma, o diagnóstico de situação com foco na resolução de problemas deve ser realizado a partir da identificação dos problemas, seguido da formulação de hipóteses explicativas para os problemas selecionados, da definição de prioridades e estratégias de intervenção e por fim a elaboração do plano de ação, sendo que um dos seus principais objetivos deve ser identificar os grupos de risco, que se constituem essencialmente em prioridade de intervenção (LOPES, 2008).

Ao analisar a complexidade do PES, o mesmo autor afirma que essa complexidade é coerente com a realidade que o planejamento pretende alcançar, e ressalta que (p. 136)

Sem o domínio da teoria, conceitos e categorias básicas torna-se impossível o manejo do método.

Segundo Rivera (1999), o planejamento estratégico em saúde (PES) surge como tentativa de reconhecimento da complexidade ao introduzir as ideias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do mesmo ato de planejar. Segundo o autor,

“Talvez o grande mérito do planejamento estratégico tenha sido o de trazer à tona a iminência do diálogo. Falar em planejamento comunicativo corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano como a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, como a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política.[...] A adaptação e simplificação do PES tem ajudado a evitar uma centralização obsessiva em questões metodológicas reforçando a ideia de que o método é um simples meio a serviço de sujeitos.”

Artmann (1993) sugere que para que se possa apreender o PES, é preciso desenvolver oficinas de trabalho e cursos, para que ocorra o efetivo processo de aprendizagem. Afirma também que (p. 136)

a análise da situação problemática e o desenho do plano deve passar pela discussão geral dentro do grupo de trabalho, mas esta discussão deve ser “filtrada” através do uso rigoroso de determinadas categorias (VDP, descritores, regras, acumulações, fatos, etc.)

Ao definir ator social, Matus (2007) o considera ter existência real e não pode ser concebido como uma elaboração intelectual. Os atores são motores da mudança, são eles que declaram insatisfações, buscam entender a realidade em que vivem, acumulam vontade, valores, preconceitos, ideologias, poder de mudanças e incapacidades; criam visões diferenciadas; rebela-se contra o evitável e geram conflitos; lutam pelo poder; enfim são portadores e até criadores de ideias.

Segundo Pedrosa (1997), na dimensão institucional, atores institucionais são aqueles que a partir dos processos nos quais se constituem como sujeitos e dos movimentos que realizam no espaço das organizações, de acordo com suas relações com o poder institucional em saúde, que pode ser: técnico, administrativo e político. O *poder técnico* - se caracteriza pelo tipo de informação que manipula e sua ação depende do âmbito em que esta informação circula, da homogeneidade do sistema de informação e do estilo de comunicar; o *poder administrativo* – organiza-se a partir do tipo de financiamento que opera; e o *poder político* - residiria na capacidade de desencadear mobilização.

3.2 O SUS, a Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família

Iniciada nos países centrais (industrializados, desenvolvidos), desde a década de 1980 e, principalmente, na década de 1990, os sistemas de saúde vêm passando por processos de reforma em vários países do mundo. Essas reformas foram impulsionadas tanto pela crise econômica como pela necessidade de controlar o gasto em saúde, que vinha crescendo exponencialmente com o envelhecimento das populações e o desenvolvimento tecnológico, aliado ao movimento pela redemocratização do país, que alavancou na população brasileira a esperança que a saúde pudesse ser tida como direito de todos e dever do Estado (SOUZA, 2012).

Há também de ser considerado que o questionamento aos sistemas públicos de saúde inseriu-se num movimento mais amplo de reforma do próprio Estado, que passou a questionar não só o papel da intervenção estatal na provisão de serviços, mas também a noção de saúde como direito de cidadania (LOPES, 2008).

No Brasil, foi principalmente através de muita luta e conquista popular que a saúde em nosso país foi transformada em direito de todos e dever do Estado, conforme a Constituição de 1988, e através das Leis 8.080 e 8.142, que definem o modelo operacional do Sistema Único de Saúde, o SUS, propondo e implementando desde então sua forma de organização, funcionamento, financiamento e operacionalização em todo o território nacional.

A saúde em nosso país passou então a ser definida de uma forma mais abrangente, sendo entendida como um conjunto de fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais e o SUS passa a ser concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, e que a iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar, sem fins lucrativos (FONSECA, 2007).

Em publicação sobre a proposta do SUS (BRASIL, 1990), relata-se que o SUS instituído possui princípios doutrinários e princípios organizativos. Dentre os princípios doutrinários temos a universalidade, que é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público de forma que saúde é direito de cidadania e dever do governo, seja ele municipal, estadual e/ou federal.

O princípio organizativo da equidade visa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema puder oferecer para todos

A integralidade é o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e

não podem ser compartimentalizadas, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral, com o foco na prevenção de doenças e promoção de saúde em todos os ciclos, desde o nascimento ao cuidado paliativo. Esse princípio doutrinário define o homem como um ser integral, bio-psico-social, e que deve ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde .

Dentre os seus princípios organizativos, temos a descentralização, a regionalização/hierarquização e o controle social. A descentralização no SUS é entendida como uma redistribuição das responsabilidades (poderes) quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal (FONSECA, 2007).

Dessa forma, é imprescindível que aconteça uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (BRASIL, 1990).

Já a regionalização e a hierarquização define que os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (Op.Cit.).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 1990).

Para Fonseca (2007), a rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um maior conhecimento dos problemas de saúde da

população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário).

Já a participação popular/controle social deve ser entendida como a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Na Lei 8.080, alguns dos seus artigos expressam menção ao planejamento das atividades no SUS, em destaque (SÃO PAULO, 2014, p 107):

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

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.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas ao longo de toda a história do SUS, os gestores assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, no ano de 2006, tendo como base os princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes descritos abaixo: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde parte de constatação indiscutível que o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Sendo assim, o pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos, reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional, reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação, explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos (Op.Cit.).

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do Pacto pela Vida e seus objetivos, quando lançado em 2006, eram a Saúde do Idoso, Câncer de colo de útero e de mama, Mortalidade infantil e materna, Doenças emergentes e endemias, Promoção de Saúde e Atenção Básica à

Saúde, este último visando a consolidação e qualificação da estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

Já o Pacto em Defesa do SUS envolvia ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. Por fim, o terceiro pacto que compõe o Pacto pela Saúde é o de Gestão, que estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

As prioridades do Pacto de Gestão são a definição de forma inequívoca da responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS (Federal, Estadual e Municipal), superando o atual processo de habilitação, e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, tendo como ênfase a Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Especialmente quanto ao processo de planejamento, no âmbito do SUS o mesmo deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação. Essa forma de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locorregionais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de

governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

No decorrer da construção e implementação do SUS, tem destaque também o Sistema de Planejamento do SUS, que possui como principais objetivos a pactuação de diretrizes gerais para o processo de planejamento, o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão, implementação e difusão da cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores; apoio e participação da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento; Promoção de capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS e o Monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência desse processo de gestão (BRASIL, 2009).

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento, a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo, a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS a revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes e a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

Caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, a atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a

populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2007).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde. Neste nível primário da atenção a saúde são utilizadas tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, e que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, além de ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Deve orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, além de considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural em busca da promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Quanto à sua organização, os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica e pela organização e execução das ações em seu território (BRASIL, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida pela atenção básica como estratégia prioritária para sua (re)organização de acordo com os preceitos do SUS e deve ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional nos territórios em que as equipes saúde da família atuam, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo e mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população (BRASIL, 2007).

De acordo com Ohara (2010), o Programa Saúde da Família, criado em 1994 em sucessão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estabelece princípios e diretrizes para a organização da atenção primária, e é entendido como estratégia de reorientação do modelo assistencial e suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais que são responsáveis pelo atendimento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da

saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde dessa comunidade.

Para Starfield (2002) a diferença da atenção básica para os outros níveis assistenciais perpassa quatro elementos essenciais: preferência para ser o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde. E ainda que se constitua como um primeiro nível de atenção tem um papel de organização, integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Partindo desse ponto, segundo as diretrizes do Decreto nº 7508 de 2011, a atenção básica faz parte dos componentes das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O referido decreto apresenta como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas RAS: a atenção básica; a atenção de urgências e emergências; a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. Para contribuir com a consolidação e funcionamento da lógica de redes, a normativa expressa que a AB deve ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2011)

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, Brasil (2007) define que a Estratégia Saúde da Família deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania.

O que diferencia e potencializa a ESF é o trabalho em equipe, pois possibilita aumentar os recursos e viabilizar ações com diferentes abordagens para os diferentes contextos locorregionais onde a estratégia é adotada (OHARA, 2010). Segundo Brasil (2007), são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, entre outros a participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações e o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Para produzir saúde como resultado do processo de trabalho da ESF, levando em consideração as famílias em suas condições reais de vida, requer que tomemos saberes, como os da cultura popular e da educação, produzidos por meio do diálogo, saberes que aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomização dos sujeitos, entre outros. Outro aspecto do processo de trabalho em saúde na ESF é que o mesmo se desencadeia com base em necessidades de saúde, que identificadas nas relações sociais, portanto, são dinâmicas e diferentes ao longo do tempo. Entre outras palavras, podemos dizer que a ESF criam e atendem a necessidades de saúde de uma determinada população (REIS, 2007).

De acordo com Souza (2012), a Estratégia Saúde da Família emerge durante o caminho realizado no processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro, além de importante referencial para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, a ESF apresenta-se como uma das diretrizes para a regionalização das práticas assistenciais no âmbito de sistemas locais de saúde, que visa uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, a ESF incorporou os princípios e diretrizes do SUS, principalmente a definição de território de abrangência, desenvolvendo um modo de atuar sobre problemas e situações de risco identificadas antecipadamente e por isso ser considerada como proposta substitutiva a organização da assistência centrada na atuação médica individual e atendimento baseado em queixa/conduita. A ESF deve também desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade, buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2007).

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais (BRASIL, 2007), destacamos a participação nas atividades de planejamento e avaliação das ações

da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis e a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.

Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLOGICO

4.1 Tipo de Estudo

A opção é pela Metodologia de Pesquisa Qualitativa, compreendida a partir da capacidade que possui de incorporar aspectos do significado e da intencionalidade dos sujeitos como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. De acordo com Minayo (2000), a pesquisa é a constante atividade de descoberta da realidade que define um processo inacabado e permanente. É a aproximação da realidade que nunca se esgota e que tende a fazer uma combinação entre teoria e dados.

Para Minayo (1994) os princípios do modelo científico para compreensão do mundo social incluem a intersubjetividade, compreendendo as questões sociais como significativas, a racionalidade e a intencionalidade, em que as ações e interações obedecem a regras e costumes, conhecendo meios, fins e resultados.

O presente estudo foi realizado através de uma pesquisa de campo que consiste em adquirir informações e conhecimentos acerca de um problema ou de uma hipótese (LAKATOS e MARCONI, 2005).

4.2 Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa foi o município de Uberlândia, localizado no Estado de Minas Gerais, subdivido em 13 Regiões Ampliadas de Saúde, compostas por 77 Regiões de Saúde. O município está localizado na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, com uma população de aproximadamente 1.190.043 habitantes (TCU 2011). Entre as 13 Regiões Ampliadas de Saúde mineiras, a Região do Triângulo do Norte está na 6ª posição entre as mais populosas, correspondendo a 6% do total da população do Estado, sendo composta por 27 municípios e subdividida em três Regiões de Saúde.

O município de Uberlândia possui quatro distritos: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama, sendo dividido em cinco setores sanitários: Norte, Sul, Oeste, Leste e Central, conforme figura apresentada abaixo. Segundo dados do IBGE, a população de Uberlândia em 2010 correspondia a 604.013 habitantes, sendo que desse total, 2,77% residem na zona rural, correspondente a 16.745 habitantes .

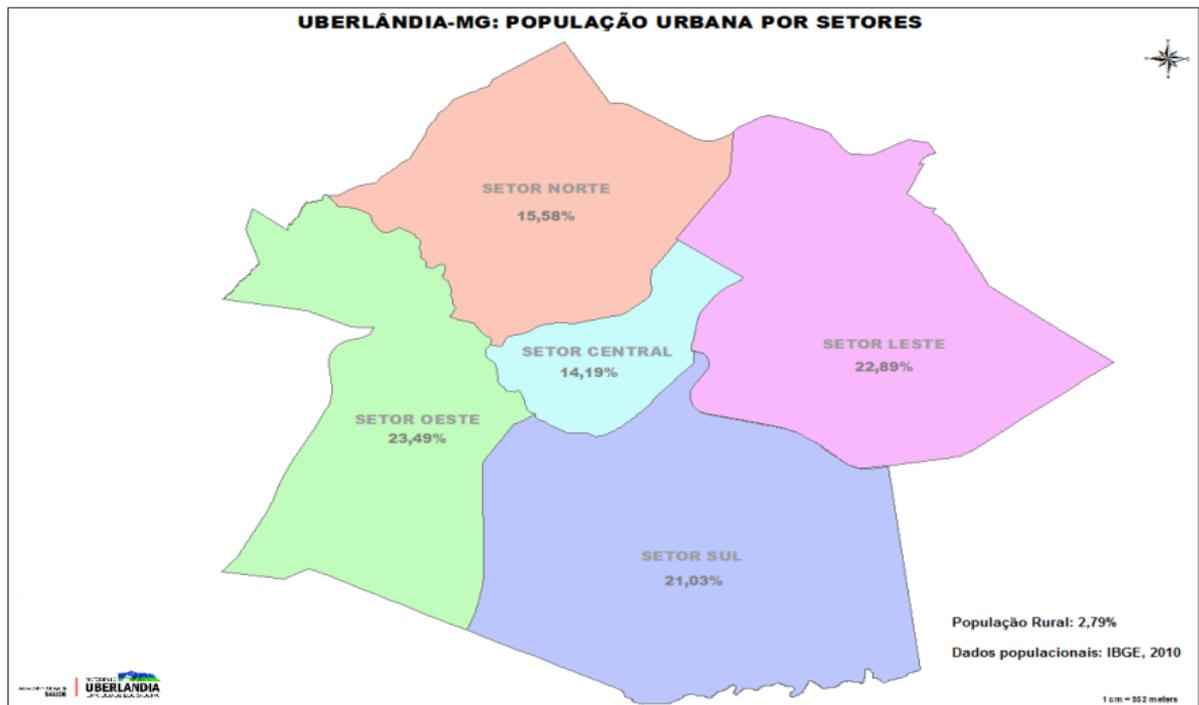


Figura 3 – População Urbana por Setores

Fonte: Plano Municipal de Saúde

Com base no documento do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017, apresentamos a seguir dados que caracterizam o cenário da pesquisa (UBERLÂNDIA, 2014).

As ações em saúde do município são definidas a partir da análise situacional que leva em consideração os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde. Dessa forma, a singularidade do cuidado realizado necessita estar organizada para que possa responder de forma qualificada as necessidades identificadas ao levar em consideração as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, por isso a necessidade do

fortalecimento de estratégias de cuidado que possa integrar todas as esferas de atenção

Cada cidadão do município é atendido através da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidades de saúde, que estão regionalizadas em setores sanitários e possuem atualmente um total 48 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 44 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) entre rurais e urbanas e mais 2 Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. Com este número de UBSFs, tem-se uma cobertura populacional assistida de 27%, correspondente a cerca de 176.344 pessoas e 48.984 famílias. Nas UBSFs, em sua maioria, são oferecidos os seguintes serviços de saúde: atendimento ambulatorial nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e atendimento de enfermagem. O município também conta com oito Unidades Básicas de Saúde (UBSs) convencionais, responsáveis pela cobertura de 26% da população, assistindo aproximadamente 159.110 pessoas.

Foi realizada análise da situação da atenção à saúde em Uberlândia em 2012, em que foi constatada a existência de vários fatores relacionados às questões de organização do sistema local de saúde, que apontava como nó crítico a baixa capacidade de resposta da governança do modelo de atenção à saúde vigente, que fomentava a segmentação dos serviços prestados à população sem a preocupação com a integração entre os mesmos (UBERLÂNDIA, 2012). Destacam-se os seguintes fatores: a fragmentação do processo de decisão; a pouca comunicabilidade entre as coordenações; a deficiência na integração e complementaridade intrasetorial; a relação intersetorial com baixa capacidade de integração e inter-relação com os resultados institucionais; o pouco estímulo à participação popular e; o baixo compromisso com a qualidade e racionalidade dos gastos.

O documento (UBERLÂNDIA, 2012, p. 29-30) aponta que a pouca capacidade de governança pode estar associada, também, à deficiência na transparência da gestão e na ineficiência dos benefícios diretos da saúde à população dificultando a participação popular e o controle social. Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados no município pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais notório a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no

contexto atual. O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem-se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

Faz parte dos princípios do Programa de Governo para a Saúde (UBERLANDIA 2014 – p. 32-33):

- 1.O Modelo de Gestão é o SUS e está sendo organizado tendo como porta de entrada do sistema de saúde a Atenção Primária, sem prejuízo da integralidade;
- 2.Promoção da Saúde: assegurando a interação com outros setores da administração e da sociedade, promovendo o desenvolvimento de ambientes saudáveis, a democratização do conhecimento e a regularidade dos serviços oferecidos na Rede de Atenção à Saúde;
- 3.A Gestão Municipal da Saúde é pública, colegiada, permanente, profissionalizada e dinâmica, para que as ações estabelecidas gerem eficácia aos serviços, equidade na distribuição e qualidade de vida à população;
- 4.A administração Municipal se responsabiliza pela saúde da população de Uberlândia promovendo a resolução dos seus problemas sem prejuízo da solidariedade regional;
- 5.Incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença;
- 6.Implementar a política de educação permanente como estratégia de qualificação dos trabalhadores da saúde no âmbito municipal e apoio à região.

Considera-se que os problemas de saúde que necessitam de cuidado na Atenção Básica são, em sua maioria, pouco estruturados, estão vinculados com o modo como vivem as comunidades e não respondem favoravelmente à oferta de “consultas médicas - exames de apoio diagnóstico – medicamentos”. Para enfrentar e resolver estes problemas, as equipes devem trabalhar de modo interdisciplinar, tomando como base a ciência dos diferentes núcleos profissionais para, por meio da

clínica ampliada, elaborar um campo compartilhado de “saber fazer” que possibilite a melhoria do quadro de morbimortalidade e a qualidade de vida da população.

Para que se possa alcançar esses objetivos, é necessária a qualificação profissional, estrutura física adequada, acesso a exames, procedimentos e medicamentos mais complexos e apoio de especialistas, tanto a distância, quanto presencial. O maior desafio do governo municipal é a superação da cultura institucional de Uberlândia de reduzido investimento em unidades e equipes de Atenção Básica, historicamente constituída de um modelo heterogêneo, composto pela Estratégia de Saúde da Família, com uma baixíssima cobertura de equipes e nos últimos anos inseridas em casas alugadas sem estrutura adequada, incluindo equipamentos e insumos, com uma limitada carteira de serviços assistenciais, predominando a atenção programática, intercalada com uma atenção à demanda espontânea em um modelo de pronto-atendimento.

Paralelo à Estratégia Saúde da Família, responsável por 27% da população uberlandense, construiu-se um modelo de Atenção Básica tradicional, representado pelas Unidades Básicas de Saúde, responsáveis por $\frac{1}{4}$ do município, que se organizam mesclando elementos da Saúde da Família com uma prática clínica tipicamente ambulatorial. A outra metade do território de Uberlândia é coberta pelas UAI, que constituem uma Atenção Básica precarizada, desconsiderando a territorialização, o vínculo, o trabalho em equipe multiprofissional, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, fragmentando o cuidado médico (Clínica, GO e Pediatria), mesclando a atenção ambulatorial especializada com o modelo do Pronto Atendimento.

Para que a Atenção Básica seja a porta de entrada preferencial e mais qualificada ao Sistema de Saúde, serão necessárias profundas mudanças em sua estrutura física, em seus processos de trabalho, em mecanismos de gestão da clínica e na ampliação da oferta assistencial de ações e serviços. Implica em formar profissionais, por intermédio de processos de educação permanente, para mudar radicalmente sua forma de trabalhar, bem como demonstrar e contar com o apoio dos usuários, no sentido de que compreendam que esta mudança é fundamental para melhorar suas condições de saúde.

Esta formação voltada para o cuidado integral e ampliado pressupõe formar as equipes para reorganizarem suas atividades priorizando as situações de saúde mais frequentes e de maior gravidade, bem como um olhar diferenciado para os

grupos de maior vulnerabilidade. Cada unidade deverá ser capaz de detectar os principais problemas de saúde do território e criar ofertas que deem conta de responder a estes problemas. Estas ofertas devem incluir a busca de autonomia dos sujeitos para lidarem com seus processos de adoecimento, superando a dependência da consulta médica e dos medicamentos, utilizados muitas vezes como “muleta” para as dificuldades inerentes ao modo de viver contemporâneo .

A atenção às condições e eventos crônicos, aos idosos, às famílias vítimas de violência, às crianças com problemas respiratórios crônicos agravados pelas moradias precárias e pela contaminação ambiental, aos adolescentes obesos e às adolescentes grávidas, aos usuários de crack, álcool e outras drogas, exige outra forma de trabalhar e as equipes precisam ser formadas e apoiadas para estas mudanças.

Outra mudança de paradigma no SUS Uberlândia consiste na inversão da lógica de priorização das demandas específicas das especialidades em detrimento da universalidade da Atenção Básica (AB). Atualmente, as equipes da AB se esforçam para se adequarem às orientações, normas e fluxos dos programas e áreas técnicas, distorcendo o papel de coordenação da AB. O objetivo é buscar estratégias para criação de dispositivos e arranjos organizacionais para que todos os níveis de atenção e áreas técnicas apoiem a qualificação do cuidado e o fortalecimento da AB.

A atuação de profissionais especialistas, em conjunto com as equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica poderá contribuir para a prevenção e controle das doenças e agravos mais frequentes no município. Este deslocamento de profissionais com suas experiências e saberes para AB e o compartilhamento da responsabilidade pela atenção à saúde das famílias deverão ser um dos eixos estruturantes no modelo de atenção que está em construção em Uberlândia. A principal ação nesse sentido será a qualificação das atuais tutorias, necessárias, mas insuficientes e que trabalham isoladamente, em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são equipes multiprofissionais de especialistas que articulam ações e serviços da atenção especializada com a AB, seja com apoio matricial, educação permanente, consultas individualizadas e conjuntas, grupos e teleconsultoria .

O saber técnico especializado continuará sendo valorizado e fundamental para a atenção integral à saúde. Entretanto estará articulado entre si e com todos os níveis de atenção no SUS, como a Atenção Básica, a Atenção Ambulatorial e

Hospitalar e a Urgência e Emergência. Operação na lógica do apoio institucional à gestão da clínica dos pontos de atenção e no apoio à gestão do sistema de saúde.

Como opção para avançar nas respostas aos desafios apresentados pelo sistema de saúde municipal, foi criada e implantada a Fundação Saúde do Município de Uberlândia – FUNDASUS através da Lei nº 558 em 05 de março de 2013, com os objetivos qualificar a gestão dos serviços de saúde prestados à população por intermédio de sua rede de atenção à saúde, possibilitando que a Secretaria Municipal de Saúde assuma, de fato, a gestão efetiva do Sistema Único de Saúde – SUS em Uberlândia e diminuindo a precarização das relações de trabalho existente até então na rede de atenção à saúde, que passa a ser reassumida pela Secretaria Municipal de Saúde, gerenciando mais de 75% dos equipamentos de saúde.

Assim, a recém-criada FUNDASUS, com personalidade jurídica de direito privado, possui como responsabilidade a administração e gerenciamento da prestação de serviços públicos de saúde em consonância com as diretrizes traçadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pelo Plano Municipal de Saúde, como também pelas diretrizes gerais do SUS, podendo desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, desenvolvimento científico e tecnológico em saúde e a formação de pessoas na área da saúde, revertendo em benefícios da qualidade da assistência que é ofertada à população.

A FUNDASUS representa, portanto, um marco regulatório extremamente importante no processo de gestão do SUS no município de Uberlândia. Ela dá o direcionamento da retomada da gestão da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a gestão pública, qualidade e racionalidade aos gastos públicos em saúde, organização e estruturação da RAS de acordo com a legislação do SUS e para a aproximação do controle social (p.32, 33).

4.3 Participantes da pesquisa

Anteriormente ao início da coleta de dados, foram realizadas reuniões entre pesquisadores e gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, para apresentação da intenção do projeto de pesquisa e discussão dos objetivos a serem alcançados com o estudo. Nesse momento, ficou definido que o sujeito a ser pesquisado seria o coordenador da Equipe de Saúde da Família (sendo o Enfermeiro esse sujeito em todas as equipes do município), administrado pela FUNDASUS, e com pelo menos um ano de atividades na mesma equipe de saúde da família.

Considerando os critérios de inclusão para a pesquisa, a população definida do estudo foi de vinte e cinco enfermeiros coordenadores das Equipes de Saúde da Família.

A amostra foi constituída por onze profissionais, sendo que dois deles entraram no critério de exclusão por não ser possível ter realizado a entrevista após tentativas de agendamento de horário sem sucesso. Os outros quatorze foram excluídos por não preencherem o critério de inclusão.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2014. Nesse período o número total de Equipes de Saúde da Família no município era de 43. Deste total, 18 equipes eram geridas naquele momento por determinada organização social. Após discussões com o presidente da FUNDASUS e com a coordenadora da Atenção Primária em Saúde do município, foi decidido não incluir essas unidades na pesquisa por dois motivos: 1 – A FUNDASUS é o modelo vigente a ser seguido e ampliado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e a organização social em questão possuía prazo determinado para encerrar suas atividades. 2 – A forma como as unidades eram administradas eram diferentes, e esse fator poderia limitar os achados da pesquisa. Por isso, foi decidido que as unidades que não fossem administradas pela FUNDASUS, seriam excluídas do estudo.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas, com o objetivo de identificar a compreensão dos enfermeiros que atuam como coordenadores de suas equipes, acerca do planejamento realizado a partir do seu contexto profissional, ou seja, no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Segundo Minayo (2000) a entrevista fornece informações adequadas para o objeto de pesquisa e conclusão pertinente aos objetivos. O tipo de entrevista semi-estruturada explora mais amplamente a questão. Para tanto, foi utilizado roteiro com tópicos relativos ao problema levantado, mas tendo o entrevistador liberdade para explorar as perguntas, não obedecendo a rigor a uma estrutura formal. O roteiro possuiu perguntas abertas, permitindo ao informante responder livremente, utilizando linguagem própria e podendo emitir opiniões pessoais.

O registro das respostas foi realizado por meio de um gravador após concordância do sujeito da pesquisa, que na ocasião assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da coleta de dados.

4.5 Aspectos Éticos

No contato com os enfermeiros coordenadores foram explicitados os objetivos do estudo na tentativa de obter adesão à participação, como participante da pesquisa. A população em termos de total esperado se deu de acordo com os critérios de inclusão elaborados. Sendo assim a princípio, a população foi composta pelo total de enfermeiros coordenadores das Equipes de Saúde da Família administrados pela Fundação de Saúde do Município de Uberlândia (FUNDASUS), com pelo menos um ano de atuação no local de trabalho, totalizando onze enfermeiros.

Os sujeitos que compunham a população alvo e se enquadraram aos critérios pré-definidos foram automaticamente incluídos, considerando a possibilidade de exclusão para os que não se dispuserem a participar do estudo ou ainda ausentes por algum motivo no período da coleta de dados, nesse caso, totalizando dois profissionais. Sendo assim, foram entrevistados nove enfermeiros coordenadores. Esses foram identificados como: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9, preservando assim o anonimato dos mesmos, obedecendo as diretrizes e preceitos éticos para a preservação do sigilo.

A participação de todos os sujeitos aconteceu de forma voluntária, não remunerada e os registros foram gravados e, posteriormente transcritos pelo próprio pesquisador, que ao final de todas as etapas do trabalho destruirá o material de gravação, o que implica minimizar o risco de exposição pessoal e profissional do entrevistado.

O projeto foi inserido na Plataforma Brasil, que indicou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSCar, para avaliação conforme Resolução n.466/2012, que trata de pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. O projeto de pesquisa foi aprovado em fevereiro de 2014, com o parecer de número 519.532. Os pesquisadores se comprometeram a manter durante toda a pesquisa e após o seu término o rigor ético pautado em tal resolução, mantendo todos os dados pesquisados sob total sigilo.

Antes de iniciar a pesquisa, os nove participantes realizaram a leitura e a concordância do TCLE. Cabe ainda ressaltar que de nenhuma maneira a identidade ou qualquer outra informação pessoal dos participantes da pesquisa será divulgada ou publicada. Os materiais coletados através das entrevistas não poderão em nenhuma hipótese ou por nenhum interesse, serem utilizadas para outros fins a não ser para a análise desta pesquisa. No ato da coleta de dados os participantes também foram informados que além dos contatos pessoais dos pesquisadores, os mesmos poderiam entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa definido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O risco mínimo informado foi o de quebra de sigilo e anonimato dos participantes dessa pesquisa, que foram minimizados ao longo de toda pesquisa, com vistas a oferecer a possibilidade de gerar conhecimento sem afetar o bem-estar dos participantes de pesquisa e seus grupos ou coletividade. Os pesquisadores assumiram a responsabilidade quanto aos dados obtidos, e ao final da pesquisa se comprometeram em realizar devolutiva de todas as etapas da pesquisa à instituição pesquisada e/ou seus parceiros, a fim de que os resultados possam contribuir com o cuidado prestado pela Secretaria Municipal de Saúde à população, bem como para o fortalecimento de ações do Sistema Único de Saúde. Ainda, os pesquisadores se responsabilizam por todos os gastos necessários à realização do trabalho.

4.6 Análise dos Dados

A análise e interpretação do material qualitativo foram realizadas mediante a técnica de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2000), que se constitui de: leitura exaustiva das falas, pré-análise, exploração, tratamento e interpretação de

resultados. Assim, os dados serão apresentados de maneira descritiva que após sua codificação serão organizados em categorias de análise.

O conjunto de técnicas de análise de comunicações constitui análise de conteúdo, que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens indicadores, que permitam a inferência de conhecimentos relativos a condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2000). Desenvolvemos em uma primeira etapa a pré-análise através da leitura flutuante estabelecendo nossas primeiras interpretações. Com o universo demarcado, iniciamos a análise das entrevistas realizadas com os profissionais, e a partir daí, recortes com objetivos de determinar as categorias que seriam analisadas mediante os significados das falas.

... a categorização é um procedimento de separação de elementos componentes de um todo, por diferenciação e reagrupamento mediante os critérios estabelecidos (BARDIN, 2000)

Numa segunda etapa selecionamos as unidades de análise contidas em cada questão, em que a interpretação das mesmas dará origem a categorias de análise estudadas, com base no significado atribuído a elas.

4.7 Resultados Esperados

Se aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (BRASIL, 1990), realizar este estudo no município de Uberlândia, na linha de pesquisa Gestão de Trabalho em Saúde durante o Curso de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica, desenvolvido pela Universidade Federal de São Carlos, é extremamente oportuno para reflexão e melhoria da prática profissional tanto dos sujeitos como da instituição envolvida no estudo, pois certamente este permitirá analisar e explicar aspectos que possam contribuir para o melhor desenvolvimento dos processos de planejamento no SUS.

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados em duas partes: caracterização dos participantes do estudo e categorias de análise das entrevistas realizadas junto aos coordenadores das equipes de saúde da família.

5.1 Caracterização dos Participantes

Dos nove profissionais estudados, em sua maioria (08) possuem especialização em saúde pública ou saúde da família e apenas um possui especialização em outra área. Com relação ao tempo de formação, 03 possuem entre três e quatro anos de formação, 02 possuem entre quatro e seis anos de formação, e 04 mais de seis anos de conclusão do curso superior.

Aqueles que fizeram o curso superior em universidade pública totalizaram 04 participantes, sendo os demais (05) graduados em universidade particular. Quanto ao tempo de atuação na equipe, cinco deles possui entre um e dois anos de atuação na mesma equipe, dois possui entre dois e três anos, e outros dois possui mais de três anos de atuação.

Antes da apresentação das Categorias de Análise é preciso registrar fato interessante ocorrido antes da realização das entrevistas. Chamou a atenção o fato de que grande parte dos coordenadores, antes mesmo do início das entrevistas demonstraram certo desconforto ao falar sobre o assunto. Alguns deixaram transparecer certa apreensão ainda no contato telefônico, ao questionar o que especificamente seria tratado ou se não era recomendado alguma leitura prévia antes da coleta dos dados. Outros, momentos antes da entrevista solicitavam a leitura do APÊNDICE A (Roteiro de apoio à entrevista semi-estruturada) e ao final da entrevista questionavam se tinham conseguido atender as expectativas do pesquisador.

Em todos os casos, antes mesmo das entrevistas começarem, foi explicado que não se tratava de uma prova ou avaliação em que existiam respostas corretas e/ou incorretas, e sim uma discussão sobre o assunto, com o objetivo de identificar potencialidades e desafios do que é feito no cotidiano pelas equipes.

É importante destacar também que, o uso da denominação “Unidade Básica de Saúde da Família -UBSF” e “UBS convencional” constam na referência Uberlândia (2014), sendo essa a referência encontrada mais atualizada e por isso foi respeitada a forma da escrita em suas citações.

Categoria de Análise 1 - Potencialidades e Desafios das Equipes de Saúde da Família na realização do Planejamento em Saúde

Muitas são as potencialidades e desafios que as equipes de saúde da família enfrentam na realização do planejamento. Especificamente nas equipes pesquisadas neste estudo, foram encontrados diversos fatores que potencializam e que desafiam as equipes em seu cotidiano no que tange ao planejamento.

Dentre os diversos desafios mencionados durante a entrevista, destaca-se o fato de que o número de famílias e usuários atendidos pelas equipes está acima do recomendado pelo Ministério da Saúde.

Para E4, essa situação influencia diretamente na realização do planejamento em saúde:

“a nossa população ainda está, mas estava muito acima do preconizado... a gente estava com uma população de 5 mil pessoas... o preconizado é 3 mil, e o tolerado é 3500. Agora no início do ano foi feita uma redivisão de área... foi para 4 mil... mas ainda está acima do preconizado. Então isso é uma dificuldade porque acaba que interfere no nosso planejamento... a gente não consegue ofertar uma quantidade de atendimento suficiente pra gente atender a população... e isso gera um transtorno.” (E4)

Para E9, a principal fragilidade do planejamento em sua equipe está em, por vezes, não conseguir executar as ações planejadas.

“as vezes a equipe até planeja, mas diversos fatores atrapalham a realização dessas ações... por exemplo, a demanda da população por acolhimento e atendimento de livre-demanda... isso lota a unidade todas as manhãs e trava o meu

planejamento... outro fato que se soma é o fato de que a unidade está com a população bem acima do ideal” (E9)

Este fato também esteve presente na fala de E6, quando afirma que

“a nossa área ela só vai crescendo... quando eu comecei aqui, a área tinha 3500 pessoas... hoje está com quase 5.500, isso prejudica muito o planejamento... porque a sua livre demanda vira quase um pronto atendimento... o psf hoje em Uberlândia está tendo um sério problema de estar se tornando um pronto atendimento dentro do bairro [...] Então se eu tiver que fazer pronto atendimento aqui na atenção primária, eu não consigo fazer as ações de psf...” (E6)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, atualmente o número recomendado de usuários para uma Equipe de Saúde da Família é de no máximo quatro mil pessoas, sendo três mil a média recomendada (BRASIL, 2007). De certa forma, a Equipe de Saúde da Família representada por E4 está dentro do limite maior estipulado, o que vai ao encontro com o Plano Municipal de Saúde do município de Uberlândia, que prevê ações no sentido de organizar e estruturar a atenção básica.

Porém, é necessário refletir que considerando a dinâmica e o crescente aumento populacional do município, a tendência é que em um curto espaço de tempo o número de usuários desta equipe aumente, e o desafio persista. Essa situação também foi relatada por outros sujeitos, que destacam por vezes uma pequena redução seguida de aumento considerável da população. Como apontado pelos entrevistados, essa situação implica diretamente no processo de planejamento das equipes, pois se o levantamento de problemas deve ser realizado de acordo com as necessidades de saúde de um determinado território estabelecido, o aumento do número de usuários ou mesmo a flutuação desse número acima do limite maior pouco contribuem no processo do planejamento.

Especialmente sobre o atendimento de livre demanda e de urgências nas Equipes de Saúde da Família, Dourado (2013) afirma haver clareza que a oferta de acesso às ações e serviços da rede de atenção das condições crônicas e para o

atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos a atenção básica deve ser mediada e/ou ofertada pela atenção básica. Porém, mesmo com ampla produção normativa acerca do sistema de atenção às urgências no Brasil e a crescente valorização da atenção básica, não é possível evidenciar a incorporação do atendimento às urgências de baixa complexidade neste nível devido ao fato de causar graves reflexos nos demais pontos de atenção, facilmente identificado com a superlotação das urgências com demandas de baixa gravidade.

A partir de um estudo de caso, Barros (2007) buscou compreender quais motivos faziam com que um serviço de emergência permanecesse sobrecarregado mesmo com a elevada cobertura de equipes de Saúde da Família. Dentre os elementos identificados para a população insistir em acessar a emergência, antes mesmo de terem consultado seu médico de família, podem ser citados:

- 1) a incapacidade da unidade básica de saúde (UBS) acolher em tempo hábil a demanda dos usuário, ou seja, a UBS somente realizava atendimentos agendados e as demandas espontâneas eram orientadas a procurar a unidade em outro dia ou o hospital; 2) dentre os usuários prevalecia a crença de que o médico generalista não conseguiria dar conta de suas demandas; 3) a UBS ainda não havia conseguido dissolver a dicotomia entre atendimentos x promoção da saúde, procedimentos x cuidado; ações individuais x coletivas. (p. 13)

O mesmo autor ainda aponta em seu estudo que o processo de trabalho na UBS observada se dava de forma fragmentada e dispersa entre a equipe multiprofissional, o que se torna dificuldade ao realizar adequado acolhimento, responsabilização e vínculo com os usuários com o objetivo de conquistar a confiança e estimular a busca pela UBS como referência quando necessário. Apesar da pesquisa tratar de UBS, que também integra a atenção básica, seus resultados podem ser diretamente relacionados aos dados aqui discutidos.

Como consequência do aumento da população do território das Equipes de Saúde da Família, aumenta também a demanda por acesso a saúde, como afirmado

por E4 “... Então isso (aumento da população) é uma dificuldade porque acaba que interfere no nosso planejamento... a gente não consegue ofertar uma quantidade de atendimento suficiente pra gente atender a população... e isso gera um transtorno.”.

Esse aumento de demanda tem impacto direto no processo de trabalho das equipes, que precisam se reorganizar diante do novo contexto. Certamente o impacto gerado implica na qualidade do atendimento realizado e principalmente na descaracterização da Estratégia Saúde da Família e dos seus objetivos de prevenção de doenças e promoção de saúde.

A respeito da prática do planejamento pelas equipes, E2 explica que:

“... (com o planejamento) você organiza o trabalho... por exemplo, você tem um número “x” de crianças menores de dois anos... daí o bebê precisa passar em consultas mensais, ou intercaladas com o médico, então você já sabe quantas vagas você vai precisar oferecer, você consegue prever quantas vacinas você vai ter que ter para cobrir aquele público certinho... então acho que a maior contribuição é a organização do trabalho, organizar o atendimento, o fluxo de trabalho... registrar esses dados de maneira adequada, pra poder fazer os grupos e planejar outras ações...”. (E2)

“Planejamento em Saúde seria como eu vou preparar a minha unidade para estar recebendo os meus pacientes... como eu vou distribuir as vagas que eu tenho para oferecer aos meus pacientes... então eu tenho que estar realizando um planejamento para não estar trabalhando com a agenda lotada e superlotando os meus profissionais de pacientes e evitar que sejam atendidos com uma qualidade não esperada”. (E4)

A partir dos trechos anteriores, é importante refletir que a realização do planejamento cujas propostas sugerem a realização de determinado número de consultas e outros procedimentos não pode ser tido apenas como gestão operacional ou organizacional das atividades das equipes. Como discutido pela Escola Nacional de Saúde Pública (LOPES, 2008), é preciso que esteja claro para a

equipe de que forma estas atividades poderão contribuir positivamente no atendimento a população, de que forma as ações propostas poderão modificar a realidade atual e quais impactos terão sobre as necessidades de saúde da população em questão.

Ainda, importante destacar a preocupação de E4 em registrar os dados e de maneira adequada, que são práticas fundamentais para realizar a etapa estratégica do planejamento, proposta por LOPES (2008), através da realização de diagnóstico acerca da situação a ser enfrentada. O registro dos dados de maneira adequada é também fundamental para a avaliação, atualização e modificações a serem realizadas no planejamento.

No mesmo sentido, E4 aponta que:

“Quando isso (o planejamento) é feito a gente vê o retorno, porque como no PSF tudo é a médio e a longo prazo, se começarmos a trabalhar só com o curativo, a gente não consegue fazer os objetivos do PSF... então a partir do momento que você organiza o seu trabalho, você consegue trabalhar como um PSF a longo prazo... e isso é uma das grandes dificuldades que a gente tem na unidade, fazer com que as pessoas entendam e se organizem não no imediato, mas sim a longo prazo... porque o ideal para a população é que as portas estejam abertas, e que exista a demanda espontânea... já com o planejamento das nossas ações, a gente consegue deixar essas vagas para a demanda espontânea, mas consegue também trabalhar o processo de prevenção e promoção da saúde... refletir em cima dos dados e avaliar se as estratégias lançadas estão realmente conseguindo atingir os objetivos”. (E4)

O que E4 parece explicar é a vinculação do trabalho a médio e longo prazo e também da assistência à saúde “não curativa” a realização do planejamento em saúde. De fato o planejamento quando realizado é capaz de alterar a realidade atual dos serviços de saúde para que possa chegar à condição identificada como desejável, como propõe Reis (2007). Porém, a organização do trabalho e o

planejamento deve ser realizado não somente naquelas unidades cujo foco seja a promoção da saúde e prevenção de doenças e sim por todas unidades de saúde, de forma articulada, integrada e solidaria entre as três esferas de gestão do SUS.

Com relação ao interesse das pessoas em participar do planejamento em saúde mencionado pelo entrevistado número quatro, Paim (2009) afirma que ao realizar o planejamento e organização dos serviços, os gestores identificam os problemas e os meios de superá-los, ajudam a mobilizar mudanças e ações e eleva a consciência sanitária das pessoas, o que facilita a mobilização política dos interessados pela causa.

Nesse sentido, E2 também discorre a respeito do interesse dos profissionais da equipe na prática do planejamento ao afirmar que:

“O maior desafio é as pessoas que estão aqui dentro entender que o planejamento é importante, e porque devemos planejar... porque muitas pessoas não entendem, elas planejam mas não conseguem ver que aquilo ali é importante... que daquilo ali a gente pode fazer uma avaliação, que pode gerar dados... é uma coisa trabalhosa, burocrática, tem que registrar tudo... então eu acho que o maior desafio é envolver os atores, as pessoas, principalmente os funcionários... por exemplo, por que é necessário notificar uma doença? Por que simplesmente não posso tratar a doença e mandar a pessoa embora? Gera um trabalho notificar, assim como planejar também gera um trabalho, mas isso gera dados, evidências que vão nortear o nosso processo de trabalho...” (E2)

Um dos elementos necessários para que a equipe possa ser participativa, é que o processo de construção do planejamento esteja claro para todos os membros da equipe. Artmann (1993) discute que sem o domínio do assunto, torna-se impossível o manejo do planejamento estratégico situacional. Além disso, é necessário que o processo de intervenção seja viável, e por isso ao realizar o planejamento é necessário escolher os problemas que a equipe possui autonomia para intervir.

Outra situação apontada como desafio na realização do planejamento em saúde é o fato das equipes estarem desfalcadas, principalmente com relação a falta do agente comunitário de saúde, que possui papel fundamental no levantamento das necessidades de saúde da comunidade.

“Um outro fator que eu acho que interfere é a equipe... a nossa equipe está muito desfalcada... então isso interfere muito, principalmente os agentes de saúde... atualmente eu tenho apenas dois agentes de saúde... e isso interfere em todos os sentidos... a atuação do agente de saúde é muito importante.”
(E4)

Quando as equipes de saúde da família tem como desafio o número reduzido de profissionais que compõem a sua equipe, por vezes descaracterizando até mesmo a equipe mínima estipulada por Brasil (2009), perde-se a capacidade de atuação em equipe, e conseqüentemente a resolubilidade e capacidade de oferecer aos usuários acesso ao sistema de saúde de acordo com os princípios dos SUS e da Política Nacional da Atenção Básica. Segundo Ohara (2010), a ESF é potencializada e diferenciada pelo trabalho em equipe através de ações que contem com diferentes abordagens para os diferentes contextos locorregionais onde a estratégia é adotada. Logo, se a equipe é descaracterizada, o seu processo de trabalho também é, juntamente com o objetivo daquela equipe, que é produzir saúde.

O que vai ao encontro também a resposta de E4, ao discorrer a respeito das potencialidades do planejamento :

“a vontade da equipe... mesmo pequena. A equipe querer continuar fazendo (o planejamento) é algo que facilita. Então por exemplo, vamos pensar nos grupos... as pessoas que estão participando dos grupos são as mesmas... mas elas estão dispostas a isso, então eu acho que a colaboração e o trabalho em equipe, o empenho, mesmo com todas essas dificuldades, isso é um fator importante, e que soma muito, por

que se não tivesse nem vontade de tentar e de fazer o planejamento, aí acho que poderia estar pior.” (E4)

Esse relato nos faz refletir a cerca da responsabilidade e demanda que as equipes assumem e a falta de profissionais na composição das equipes. Afinal, como seria possível planejar os grupos se parece não haver profissionais suficientes para gerir as demandas dos mesmos? Ou se há, os poucos profissionais parecem assumir muito mais por vocação ou interesse particular do que por responsabilidade.

Ao apontar que um dos principais desafios de E2 é a respeito do tempo que o planejamento demanda, LOPES (2008) afirma que para que o processo de intervenção seja viável, é preciso escolher os problemas sobre os quais se tenha autonomia para intervir. Importante destacar que existe uma tendência que o diagnóstico seja visto como uma tarefa muito ampla, em que se busquem informações a cerca de todos os aspectos possivelmente relacionados. Porém, na medida em que algum dado deixa de ser considerado, não é possível, efetivamente, realizar um diagnóstico que informe a decisão. Por isso o processo de diagnóstico deve ser considerado, essencialmente, um processo de avaliação.

Ao refletir sobre a importância do planejamento, E1, E2 e E9 explicam que:

“Quando você consegue entender que o planejamento é importante, você consegue perceber que ele facilita o seu processo de trabalho, e que ele vai te nortear no dia a dia... porque às vezes a gente fica assim, afoito né, com um atendimento, com uma demanda que existe... mas aí através do planejamento você coloca isso no papel, e percebe que essa demanda não é tão grande assim... e que existe uma demanda oculta que ninguém havia percebido... e aí realizando o planejamento você foca no que é importante... talvez eu volto toda a atenção da equipe para a minha população idosa, mas o meu principal grupo de risco é a população adulto jovem, então eu devo focar o atendimento, ações e estratégias para aquela população... as vezes fica uma coisa muito empírica... entra 50 pessoas aqui dentro, e 30 são idosos... daí eu acho que a maioria da minha população são de idosos... mas se eu tenho

o diagnostico real da área, se eu tenho um cadastramento bem feito e ações de planejamento bem realizadas, eu vou saber interpretar o motivo que esses idosos estão vindo em maioria na unidade, mas a população que eu preciso descobrir e cuidar está lá no bairro, tá lá na área... e aí através do planejamento é que eu vou conseguir perceber a quem eu devo dar um olhar maior para aquela determinada população, seja crianças, seja grupo de risco.” (E1)

“ (com o planejamento) a gente consegue conhecer melhor a comunidade, as necessidades da comunidade [...] Saber a quantidade de pacientes que tem Hanseníase, Tuberculose, Diabetes, então assim... o... ponto chave desse planejamento seria para direcionar os cuidados e para quem precisa desses cuidados. A partir do momento que a gente começar a realizar o planejamento, todas as ações serão planejadas, poderemos saber quem são as pessoas que moram em nossa comunidade, e que tipo de cuidado elas precisam, isso facilita o trabalho da equipe, além de ser muito bom para os nosso pacientes, que terão um cuidado cada vez mais qualificado”. (E2)

“É necessário que a equipe tenha o planejamento como base de suas atividades [...] A equipe como um todo precisa entender e compreender o planejamento como principal norteador de tudo que é feito. Depois disso, é preciso sempre discutir com a equipe as ações que serão realizadas, decidir a forma como cada um irá participar, avaliar os resultados, programar as atividades”. (E9)

Essa importância do planejamento apontada por E1, E2 e por E9 vai ao encontro do que Vieira (2009) afirma, quando destaca que quando não há a realização de planejamento, as ações são executadas por inércia e os profissionais e serviços de saúde funcionam de forma desarticulada. O funcionamento do sistema

de saúde se torna subjetivo, fragmenta-se e desordena-se na medida de tantas quantas visões e, conseqüentemente, modos de operação existam. Isso acontece porque se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades à sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros e dificilmente haverá ganho de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente.

Outro fato apontado como potencialidade na construção do planejamento e que foi afirmado por alguns dos entrevistados, é a parceria ensino-serviço realizada e a presença de estagiários e residentes nas unidades. E1 afirma que *“O planejamento está em implantação, está sendo estudado o planejamento, nós estamos inclusive com alguns alunos e residentes que estão ajudando muito a montar o Planejamento Estratégico da Unidade”*.

Ao mesmo tempo que o trabalho em equipe é visto como potencialidade, é visto também como desafio para a realização do planejamento. Para E5, um dos desafios de realizar o planejamento em saúde na equipe em que atua se dá com relação *“a colaboração da equipe... as vezes a equipe consegue trabalhar em conjunto, todos pensam da mesma forma, mas as vezes não... e aí fica complicado”*.

Ainda, E6 aponta como fragilidade ao realizar o planejamento o fato de *“trabalhar em uma instituição em que poucas partes planejam [...] A equipe planeja e depende de planejamento, externos ao nível local... a gente vê que as pessoas estão precisando de determinado atendimento, mas como as outras partes não planejam, todos acabam sofrendo com isso...”*. A fragilidade apontada pelo profissional leva a entender que apesar do nível local ser o responsável direto pelo planejamento em saúde, seu poder de decisão é comprometido quando os demais níveis de planejamento e gestão ou não interagem/conversam entre si ou não conseguem atuar com eficiência.

E3 e E5 apresentam como desafio para realização do planejamento, dificuldades financeiras no sentido de financiar as ações. Para E3 *“para planejar uma boa ação, e preciso ter apoio financeiro também... porque por exemplo, pra você fazer um trabalho... numa tenda por exemplo, pra chamar atenção das pessoas, da comunidade mesmo... pra ser chamativo”*. No mesmo sentido, E5 afirma que *“muitas ações dependem de recursos próprios dos profissionais da equipe... as vezes a comunidade só participa de um grupo ou de determinada atividade se for*

ganhar algo em troca, seja um lanche ou algum presente... dependendo da equipe, a gente consegue fazer, mas tem muitos (profissionais da equipe) que não concordam, aí a atividade fica comprometida”.

Para Vieira (2009), quando não há realização do planejamento, os serviços de saúde funcionam desarticuladamente, as atividades são executadas por inércia, orientados por noções de acordo com a visão de mundo de cada dirigente ou colaborador. O autor considera que embora a dificuldade de articulação do planejamento entre os entes federados exista, é imprescindível à consolidação do SUS a articulação do planejamento entre as instâncias de gestão, uma vez que o sistema consiste de uma rede única, regionalizada e hierarquizada.

Com a descentralização e regionalização da saúde, o nível local passou a ter muito mais poder de decisão, o que incumbe maior gestão e planejamento de suas ações e serviços. Porém, essa autonomia adquirida deve estar associada e em consonância com o trabalho desenvolvido pelos demais níveis do sistema de saúde, com discussão e integração dos planejamentos.

Categoria de Análise 2 - O Planejamento enquanto Prática Adquirida e não como Prática Aprendida

Grande parte dos coordenadores entrevistados relatam não ter tido capacitações sobre planejamento em saúde e apontam a necessidade e interesse de ações nesse sentido. Entretanto, todos eles afirmam que as equipes realizam o planejamento, o que parece indicar que, embora não haja capacitação específica para o desenvolvimento do planejamento, os profissionais o processam na sua prática profissional, possivelmente a partir de conhecimentos previamente adquiridos ou não.

“Conforme a experiência, a gente vai conseguindo prever situações e planejar... É interessante po que, principalmente os Enfermeiros que são RT (responsável técnico) da unidade, seria fundamental passar por um processo de aprendizado para poder conseguir planejar as ações... se você jogar o

Enfermeiro ali, sem nenhuma experiência e sem nenhuma instrução é complicado”. (E6)

“fui aprendendo muito com essa equipe a forma de trabalhar... mas sempre que surge algo novo, mudamos alguma coisa” (E7)

“com a vivência prática é possível aprender muita coisa sem ter alguém ali ensinando a teoria... não sei se da forma correta, acredito eu que não... né.... o ideal seria aprender da forma correta, mas a experiência ajuda a poder lidar com essas situações.” (E4)

O que E4 parece querer explicar é que há uma diferença entre o planejamento enquanto prática adquirida pela vivência e o planejamento aprendido de forma teórico-prático, o que vai ao encontro do que afirma os profissionais anteriores. Esse tipo de visão de que é possível aprender o planejamento durante a prática, durante o cotidiano das equipes, parece ser comum entre os profissionais de saúde pesquisados.

Em alguns relatos, observa-se que o planejamento segue determinadas programações simplesmente pelo fato de ter sido feito sempre da mesma forma, mantendo certo “*status quo*” das ações, muito característico do planejamento normativo. Enquanto no planejamento estratégico situacional e no planejamento participativo, soma-se o pensamento e a reflexão a ação, e considera-se a participação popular como integrante desse processo, que amplia o olhar para o planejamento através do levantamento de problemas, que dificilmente poderão ser tratados sempre da mesma forma para obter os resultados desejados.

Outro fato que chama a atenção é com relação aos diferentes modos de planejar. E6 afirma que “*Se você for em todas as unidades de Uberlândia, irá ver que cada uma das unidades faz um planejamento da sua unidade diferente da outra... não tem um gerenciamento padrão para todas as unidades de saúde...*”.

“seria bem interessante um curso na área do planejamento, até por que existe o PMAQ, que é uma

estratégia de planejamento na atenção primária que visa muito a qualidade da assistência prestada pelas unidades... você ter um serviço de qualidade que é respeitado pela população seria bom, então um curso desse pra mim seria bom para adquirirmos ferramentas necessárias para estar utilizando na nossa unidade e melhorando o atendimento dela”. (E1)

“Eu acho que seria interessante... às vezes os Enfermeiros que já trabalham a muito tempo não sentem essa necessidade, mas principalmente agora que está cheio de Enfermeiros novos, seria muito importante não só para o Planejamento em Saúde, mas até para conhecer como é o fluxo da atenção primária, a rotina da atenção primária. Eu mesma acompanhei Enfermeiros que começaram agora, eles tem experiência por ter atuado na ESF em outros municípios, mas não tem noção do fluxo da cidade, do planejamento necessário para se adaptar a essa realidade.” (E4)

Interessante notar no último trecho que E4 parece ter uma preocupação por capacitações de ordem técnica ao se referir à necessidade de tratar assuntos que irão ser utilizados como base no processo de planejamento, como fluxo e rotina da atenção primária. Certamente, sem esses conhecimentos, não seria possível realizar a prática do planejamento. A preocupação dessa necessidade parece ser ainda mais evidente com os novos Enfermeiros que entram na rede, deixando de considerar aqueles que já estão há mais tempo no serviço, o que nos remete mais uma vez a dedução de que os conceitos do planejamento em saúde parecem ser muito mais adquiridos do que aprendidos.

Outro fato que chama atenção é que o interesse/necessidade de capacitação é expresso em forma de Educação Continuada. Em nenhuma das entrevistas realizadas foi citada a necessidade ou a prática da Educação Permanente como ferramenta de reflexão e apoio ao planejamento em saúde, o que parece ser uma prática desconhecida ou não realizada pelas equipes.

A atualização periódica dos profissionais através de uma formação contínua que considere o aprendizado de habilidades técnicas e o desenvolvimento de suas

potencialidades no mundo do trabalho e no meio social faz-se necessária em virtude da crescente acumulação de conhecimentos (PEREIRA, 2003).

Para Carotta et al. (2009), a Educação Permanente tem como base ferramentas que direcionam para a reflexão crítica sobre as práticas do serviço, possibilitando transformações nas relações e no processo de trabalho, condutas, nas ações, nos trabalhadores e até mesmo na equipe.

Quando perguntado a E2 como se reconhece realizando o planejamento afirma que:

“Minha participação como Enfermeira é fundamental... porque de todos os profissionais que compõem a equipe, eu sou a mais preparada, por que fui preparada na graduação... mesmo que ele (o Enfermeiro) não tenha uma especialização em saúde da família, ele tem essa formação de planejar... ele sabe levantar os problemas, ele sabe pontuar os problemas, traçar metas, traçar objetivos, e avaliar a ação né...”. (E2)

“Nós, coordenadores, somos além de Enfermeiros, Gerentes, Administradores e Planejadores de saúde [...] O curso de Enfermagem até oferece uma base para poder desempenhar esse planejamento local, mas não basta...”. (E6)

“Por ser Enfermeira, essa função (do planejamento) vem quase que obrigatoriamente para mim... os outros profissionais quase não participam de forma ativa, talvez por falta de conhecimento, talvez por falta de interesse... Alguns pensam que é função apenas da Enfermagem planejar o serviço... eu não acho que seja assim, tem que ser coletivamente”. (E8)

“percebo que a graduação em Enfermagem me preparou para estar desempenhando essa função (coordenação de equipe)... porém, é preciso estar sempre aberta pois eu não sei tudo... e o outro profissional pode somar bastante. As vezes a gente

enxerga de um jeito, mas aí vem o outro profissional e enxerga de outro, e aí a gente pode mudar”. (E5)

“O Enfermeiro é que molda a equipe... eu falo que em qualquer equipe de saúde da família do Brasil, quem dá a cara da equipe é o enfermeiro... por mais que a equipe planeje, o enfermeiro é o técnico, é o motorzinho daquele time... então, nós temos um papel fundamental... muitas das vezes nós que impomos o ritmo, nós que precisamos acompanhar as metas e criar os mecanismos para alcança-lás...”. (E6)

Realmente é muito comum que não só os enfermeiros, mas grande parte dos profissionais de saúde identifiquem o enfermeiro como aquele mais preparado para as questões vinculadas à gestão ou a gerência dos serviços de saúde, certamente pelo fato de que a história da profissão aponta desde seus primórdios, a valorização de aspectos de administração na formação de profissionais.

No entanto, muitas vezes o que o enfermeiro não consegue perceber é que o planejamento precisa ir além da organização (gestão) físico-funcional das unidades. Esse conhecimento de gestão e liderança adquirida nos cursos de graduação em enfermagem, que o diferencia dos demais profissionais de saúde, não pode ser confundido durante a realização do planejamento, nos moldes como defendemos (estratégico e participativo). Planejar saúde vai muito além de ser gestor ou ser líder. Por isso essas competências devem ser muito bem utilizadas pelo coordenador no sentido de poder contribuir coletivamente na construção do planejamento em saúde da sua equipe. Do contrário, a prática poderá levar o coordenador a ter a falsa ideia de controle da situação a ser planejada, característico do planejamento normativo.

Ao analisar a formação do profissional enfermeiro (tipo bacharelado), verifica-se que o mesmo é preparado para a prática assistencial em determinadas áreas da saúde, seja em nível hospitalar ou de saúde coletiva. Entretanto, observa-se pouco destaque no preparo do profissional para a área administrativa e gerencial (Ferreira Junior, 2008).

Já para Brito (2008), os enfermeiros têm sido selecionados para funções gerenciais devido ao elevado nível de conhecimento na operacionalização da prestação do cuidado e pela capacitação na área administrativa. Ao realizar a

organização e o controle do processo de trabalho, o enfermeiro utiliza instrumentos referentes ao conhecimento técnico-administrativo que possui, principalmente, da sua formação acadêmica (MONTEZELI e PERES, 2009).

A coordenação exercida pelo enfermeiro também foi justificada pela capacidade de vínculo a ser realizada com a população. Nos dizeres de E1 “(a coordenação da equipe) *está muito relacionada à confiança que a comunidade adquiri no enfermeiro... na equipe toda que trabalha na unidade, mas especialmente com o enfermeiro*”.

Categoria de Análise 3 - O Controle Social e o Planejamento das Equipes de Saúde da Família

Ao considerar que os levantamentos dos problemas e das necessidades de saúde precisam estar o mais próximo possível daquilo que a as pessoas e/ou a comunidade em questão necessita, e que as ações do planejamento precisam ter relevância na vida dessas pessoas, a participação da comunidade na construção do planejamento deve ser considerada como fundamental.

A esse respeito, E4 afirma que:

“A população deveria participar... porém, não existe essa participação. Eu acho uma falha à falta de participação popular... nos conselhos de saúde por exemplo, elas não participam. Embora a gente convide, a adesão da população ainda é muito pequena. Então por que seria importante essa participação popular? Justamente para a população levar as necessidades pra gente organizar a programação de acordo com a solicitação da população. Mas infelizmente a gente hoje não tem um conselho local de saúde, a gente tem só o distrital. Mas a população do nosso bairro especificamente não participa efetivamente dessas reuniões, então por enquanto a gente não tá no modelo ideal para poder contar com a participação dessas pessoas.” (E4)

Nenhum dos nove coordenadores entrevistados mencionara a participação da comunidade na construção e/ou elaboração do planejamento. Apenas em uma unidade houve referência ao Conselho de Saúde, porém, pouco participativo por se tratar de um conselho distrital e não local, o que diminui a participação das pessoas devido a distância. É preciso refletir sobre os reais motivos que levam a população a não participar dos conselhos de saúde e do planejamento em saúde das equipes. O controle social não pode ser visto somente como um grupo de pessoas que vão apresentar suas demandas e a equipe irá administrar os dados fornecidos. É preciso ir além disso, que comunidade e equipe de saúde sejam únicos, todos analisam e refletem sobre as necessidades e realizam juntos o planejamento das atividades.

Esse pouco estímulo a participação popular já havia sido identificado na análise de situação de atenção à saúde realizada no ano de 2012 e apresentada no Plano Municipal de Saúde (2014-2017). Segundo Matuoka (2010), os conselhos gestores locais de saúde são espaços descentralizados de participação social, garantidos constitucionalmente, sendo um dos componentes estratégicos da gestão participativa. Os conselhos significam a participação direta da sociedade na administração local, pois tem o objetivo de acompanhar o funcionamento das unidades de saúde e pelo atendimento das necessidades da comunidade de sua região, além de articular com demais equipamentos sociais.

Outro fator importante que deve ser destacado é que cabe às equipes de saúde da família oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde. Do contrário, dificilmente haverá participação popular, e os usuários continuaram vendo as equipes de saúde da família como aquelas que faziam o atendimento básico de saúde, baseado na queixa e conduta, sem o conceito ampliado do processo saúde doença e os determinantes sociais de saúde.

Essa situação fica ainda mais evidente quando E2 afirma que não há participação da comunidade no processo de planejamento da equipe que coordena. Afirma que foram realizados contatos com as lideranças do bairro, mas ainda não há um conselho local de saúde montado. Para E2 essa falta de participação da comunidade é um dificultador, pois afirma que *“a gente não consegue mostrar para a população o nosso trabalho, fazer com que essas pessoas participem do planejamento junto com a gente, que pactue junto com a gente algumas coisas”*.

Assim como em todas as outras unidades pesquisadas, na unidade de E6 também não há Conselho Local de Saúde instituído e/ou ativo. Porém, diferentemente do relatado nas outras unidades, na unidade de E6 mesmo sem o conselho de saúde local, há uma discreta participação de profissionais da unidade no Conselho de Saúde Distrital. Tal fato foi evidenciado quando E6 afirma que:

“Aqui a gente até peca por que aqui na unidade a gente não tem o conselho local de saúde... a gente participa do conselho distrital... então quando eu participo desse conselho, ele é realizado em outro bairro... então até temos a participação popular, mas não efetivamente da minha área... esse conselho distrital é longe, e por isso as pessoas não vão... aqui nós estamos tentando implantar o conselho local de saúde, mas até hoje não conseguimos... o que é uma pena, pois acredito que com a implantação do conselho local, eu consigo agregar as informações da comunidade no meu planejamento... hoje a comunidade quase não participa de fato...” (E6)

Interessante destacar dois pontos a respeito da fala de E6. O primeiro deles é a iniciativa do profissional de, mesmo sem o conselho local de saúde instituído em sua unidade, participar do controle social mesmo que de forma distrital. O outro ponto que merece destaque é que de todos os entrevistados, E6 é o que possui maior tempo de atividades na mesma equipe e relata a mesma dificuldade (desenvolver o controle social) daqueles que possuem menos tempo de atividades em suas equipes. Essa dificuldade foi relatada por todos os profissionais de saúde, de forma direta ou indireta, durante as entrevistas.

Nesse sentido, Ayres (2006) sugere um processo de diálogo e responsabilização entre profissionais e usuários, que os comprometa tecnicamente e moralmente na tarefa do cuidado e que será cada vez mais facilitado quanto maior for a confiança no outro.

Quando perguntado sobre a participação de outros atores sociais na construção do planejamento, E4 responde que a equipe possui uma boa parceria com o Programa de Saúde do Escolar e com os agentes escolares:

“a gente senta com os agente escolares, observa a demanda deles, as necessidades daquele ano, e faz as atividades voltadas para a escola. No ano passado a gente fez algumas ações específicas, esse ano já estamos abordando outros assuntos... então vai de acordo com a necessidade percebida.”
(E4)

A integralidade do cuidado deve ser vista como potencialidade na construção do planejamento em saúde. Com a criação do SUS e a partir do momento que os serviços de saúde foram descentralizados e os municípios passaram a gerir a saúde, estar em uma rede articulada, com fluxos bem definidos, se tornou fundamental para a prática do planejamento em saúde das equipes de saúde da família, pois, apesar de dever ser extremamente resolutiva, as equipes de saúde da família necessitam estar articuladas para garantir, quando necessário, a continuidade do cuidado em outros pontos da rede e a vigilância e promoção de saúde em seu território.

A participação popular e a gestão participativa são essenciais para a construção do planejamento que possa resultar em ações e serviços que se aproximem ao máximo da realidade e necessidades de saúde da população. Entretanto, a satisfação obtida também precisa ser alcançada pelos profissionais. De acordo com Serapioni (1999), a qualidade dos serviços de saúde está implícita na satisfação do usuário, entretanto, não se limita apenas a este aspecto, devendo levar em consideração também a satisfação dos profissionais e dos seus coordenadores.

Categoria de Análise 4 - A compreensão de planejamento pelos Coordenadores das ESF's

A compreensão dos coordenadores a respeito do planejamento foi a primeira questão abordada durante as entrevistas realizadas. Apesar da ansiedade já comentada, todos os profissionais responderam de forma tranquila, procurando

relatar aquilo que consideravam conceituar o termo, tomando como referência tanto conceitos teóricos quanto experiências práticas.

O planejamento surge com o propósito de articular a realidade de saúde atual com estratégias e ações e de saúde a médio e longo prazo, através da capacidade de realizar um cálculo situacional e sistemático, como discute Nescon (2008). Essa ação de planejar não significa apenas a produção de planos, programas ou projetos, sendo essa apenas uma fase, ou etapa, do processo de planejamento (PAIM, 2009).

Como aponta Dalcin (2010), o planejamento deve ser considerado uma ferramenta que possibilita o diagnóstico da situação de saúde da comunidade sob responsabilidade da equipe, a identificação e identificação dos principais problemas vinculados à saúde, a definição de ações para enfrentá-los, a execução e avaliação dos resultados alcançados, direcionando o trabalho dos profissionais com a participação da comunidade. Dessa forma, a importância do planejamento é evidente para nortear as ações e serviços realizados pelas equipes da ESF para os objetivos que justificam a sua existência.

Todos os profissionais afirmaram que o espaço para construção do planejamento se dá durante as reuniões de equipe, que acontecem semanalmente às quintas-feiras. Todos afirmaram também que o espaço é aberto para todos os profissionais da equipe participarem. No entender de E2, *“Planejamento em Saúde é planejar ações em seu local de trabalho, para que facilite o andamento e o fluxo do atendimento que você está prestando... aí no caso seria o Planejamento Local em Saúde no Programa Saúde da Família. Eu entendo que seria isso... planejar, realizar o planejamento das atividades”*.

Já no entender de E7, *“Na nossa equipe o planejamento serve como um norteador, uma bússola que indica os caminhos que devemos percorrer... procuramos sempre planejar as nossas ações... se não o trabalho fica sem sentido, sem foco”*. Também no mesmo sentido, E8 afirma que *“É o planejamento de saúde feito pela equipe... ao meu ver é a programação de ações de saúde da equipe, é a preparação da equipe para atender a população”*.

Quando perguntando a respeito do seu entendimento sobre Planejamento, E9 afirma que

“é a forma como a equipe se organiza para realizar o cuidado em saúde... é a forma como organiza, como executa, como

realiza, como avalia... isso tudo para mim é planejamento local em saúde”.

No mesmo sentido, E6 afirmou que

“É o planejamento que nós gerentes, coordenadores de unidade, fazemos pra gerenciar a saúde da nossa comunidade. Eu tenho uma área de abrangência, então tenho que ter um planejamento de forma que eu tente atender a gestante, a criança, o idoso, saúde da mulher, do adulto... planejar as ações dentro da semana de trabalho... são 40h semanais de trabalho, então eu tenho que planejar o trabalho [...] é lógico que tem um planejamento municipal, mas nós, individualmente, se você for em cada psf, você vai perceber que tem uma forma de gerenciar...”. (E9)

No mesmo sentido, E5 refere-se ao planejamento em saúde como *“tentar atender as demandas da população... tentar diminuir os problemas de saúde da população e tentar diminuir a distância da população com a unidade de saúde, procurando pensar em todas as ações... sejam as programadas ou a demanda que chega todos os dias”*. Já para E7, o planejamento *“são ações realizadas individualmente ou pela equipe, com o objetivo de organizar e sistematizar o serviço”*.

“é um conjunto de ações que a gente precisa fazer pra organizar todo o serviço, desde o atendimento a população, as consultas agendadas, a demanda espontânea, até mesmo na organização interna da equipe, que é o planejamento dos grupos operativos e das demais atividades [...] O planejamento deve ser feito de preferência pela equipe como um todo. A princípio a gente tem que fazer o levantamento da população da nossa área de abrangência, fazer o levantamento de todos os nossos equipamentos sociais, das parcerias, tudo o que a gente tem disponível pra gente poder realizar o planejamento

durante o ano [...] É realizado um planejamento anual, que é feito geralmente no final do ano e que a equipe toda participa da atividade.”. (E4)

Assim como todos os outros entrevistados, E4 afirma que utiliza o dia de reunião de equipe, que acontece toda quinta-feira à tarde, semanalmente, para realizar o planejamento das atividades da unidade. No caso específico dessa equipe, utilizam uma das últimas reuniões do ano para realizarem de forma conjunta um levantamento das atividades do ano anterior, avaliam pontos positivos e pontos negativos para readequar as ações para o próximo ano e E4 afirma que durante o ano são feitos ajustes de acordo com a demanda pois o planejamento tem que ser bem flexível e não pode ser fixo, o que torna o processo um pouco mais próximo da prática do planejamento.

O fato da reunião de equipe ser o principal espaço para a realização do planejamento pelas equipes aparece como potencialidade, visto que o diálogo e a discussão em equipe tende a soma de saberes multiprofissionais. Para Schraiber (1999), diante das múltiplas dimensões que as necessidades de saúde expressam (biológica, cultural, social e psicológica), e do intenso processo de especialização do conhecimento e das intervenções acerca desse objeto complexo, nenhum agente isolado tem a capacidade de realizar a totalidade das ações demandadas e necessárias. Por isso, mais do que de relações de trabalho, a equipe representa relações de poderes, relações de saberes, relações interpessoais e relações do trabalho.

Já E2, quando perguntado sobre metodologias ou ferramentas utilizadas na construção do planejamento, afirma que:

“Estamos seguindo tudo aquilo que o município nos oferece, tudo que tem dentro do Ministério da Saúde, relacionado a programa saúde da família, e os protocolos que o município oferece. E também a gente tá tentando a partir daí se voltar para o PMAQ, então a gente tá tentando realizar essa melhoria em cima do PMAQ... por que o ano que vem vai ter avaliação, então a gente tá tentando estruturar a unidade para chegar na avaliação dentro dos parâmetros.” (E2)

Apesar de citar algumas referências para a prática, E2 demonstra a necessidade de construir o planejamento voltado para a avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Embora o PMAQ estimule essa prática, é preciso que o planejamento seja incorporado no cotidiano dos processos de trabalho das equipes, e não somente durante as fases de avaliação do PMAQ ou de qualquer outro programa de avaliação.

Quando perguntado sobre como se reconhece realizando o planejamento e em que momentos você se reconhece realizando essa ação, E4 afirma que

“Eu me vejo ativa nessa parte do planejamento, mas eu queria fazer melhor... melhor no sentido assim.. é... as vezes o meu tempo é ocupado em grande parte por uma demanda que não deveria existir no psf... e aí esse planejamento fica um pouco a desejar [...] Eu não consigo exercer no PSF o que eu estudei e o que eu imaginei ser para o PSF. Nessa equipe eu estou há pouco mais de um ano, já melhorou muito de quando eu comecei, mas eu acho que dá para melhorar muito mais. Eu acho que eu posso atuar ainda mais de perto no planejamento.” (E4)

“Como sou coordenadora da unidade, tento exercer um papel de liderança que possa estimular e trazer os profissionais para discutir as ações de saúde da unidade... me vejo assim, como alguém que lidera o processo mas que também pensa junto com eles”. (E9)

“Como coordenadora da unidade, além do papel como Enfermeira que preciso desempenhar, preciso também exercer a liderança na elaboração, construção, execução e avaliação do planejamento... enfim, em todas as etapas. Tenho a

consciência de que não sou responsável por todo o planejamento da unidade, ele precisa ser construído por todos... mas é preciso alguém para liderar, para comandar, para motivar as pessoas... aqui nessa equipe, essa pessoa sou eu". (E7)

Com a alta demanda e o processo de trabalho com ausência do planejamento em saúde bem estabelecido, essa frustração do profissional não conseguir colocar em prática o planejamento da forma que deseja, demonstra que o mesmo possui uma falsa ideia de controle da situação, como proposto por Lanzonni (2009), ao discorrer sobre o planejamento normativo. A queixa de que o profissional dedica a maior parte do seu tempo para demanda espontânea e trabalho burocrático, e pouco consegue trabalhar com ações de prevenção de doenças e promoção de saúde fez parte da fala de grande parte dos entrevistados.

De fato o enfermeiro assume diversas atividades nas Equipes de Saúde da Família. Quando somado a função de coordenador, há um aumento considerável de atividades, que se não organizadas, podem implicar na qualidade da assistência realizada não só por ele, mas pela equipe como um todo. Por isso a importância de realizar de fato o planejamento estratégico e participativo, pois através da reflexão das ações e levantamento de problemas no coletivo, e do compartilhamento de poder e o controle social juntos na tomada de decisão, certamente definirá e orientará as ações da equipe, facilitará a tomada de decisões e ampliará a margem de eficiência e eficácia no desempenho das ações.

Ainda, segundo Maximiano (2000), administrar organizações de saúde exige dos profissionais determinadas competências diretamente relacionadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes, considerando que esses determinam a capacidade de analisar uma situação, apresentar soluções e resolver problemas, propiciando inovação e competitividade das instituições.

Quando questionado sobre como seria o planejamento na prática, E2 afirma que:

"Tem que ter o diagnóstico do local de trabalho, pra você poder levantar os problemas de saúde que você localizou ali, e poder planejar em cima desses problemas, o que você vai fazer, o

que você vai traçar, por exemplo, você detectou que sua população é mais velha do que jovem... você vai ter que planejar ações em cima disso. Então planejamento local em saúde é conhecer o diagnóstico do local onde você trabalha, identificar as doenças que tem ali, fazer um levantamento epidemiológico dessa área, para a partir daí você poder planejar ações em saúde.”

Porém, ao realizar tal afirmação, E2 descreve um relato voltado muito mais ao campo teórico, pois logo em seguida quando perguntado se na unidade onde E2 atua, o planejamento está em construção, o mesmo responde que *“Sim, nós estamos com a intenção de fazer o diagnóstico da área, de realizar o levantamento epidemiológico, e poder planejar em cima disso, estamos voltados para isso.”* Ou seja, trata-se nesse momento de algo que irá acontecer, mas que não está formalmente constituído. Por isso, a ideia que se tem é que é o planejamento não faz parte do cotidiano do trabalho dessa equipe, pois apesar da conceituação do coordenador ser próximo ao que de fato espera-se ao realizar o planejamento, ainda há a intenção da equipe em fazer o planejamento.

Categoria de Análise 5 - O apoio da Gestão Municipal no Planejamento das Equipes

Apesar do foco da pesquisa ser as equipes de saúde da família, ou seja, o nível local do sistema de saúde é extremamente necessário e coerente considerar o apoio da gestão municipal no planejamento dessas equipes. É o município que, através da descentralização do SUS e a municipalização da saúde, possui a maior responsabilidade em planejar, executar e avaliar as ações e serviços de saúde.

A descentralização do SUS é entendida como uma redistribuição das responsabilidades (poderes) quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis do governo (Federal, Estadual e Municipal), a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto (FONSECA, 2007). Dessa forma, com a municipalização da saúde, cabe aos municípios a maior

responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (BRASIL, 1990).

Quando perguntado se há incentivo dos gestores na realização do Planejamento, E4 responde que:

“Em partes... incentivo e cobrança sempre há... apoio não muito... os gestores querem que sejam feito, pedem para que seja feito, mas eu acho que o apoio poderia ser maior. Os gestores cobram... por exemplo, quando eu cheguei eu nunca tinha trabalhado em PSF. Eu tive um treinamento in loco, bem rápido e pronto. Eu não tive um treinamento como eu achei que eu iria ter... eu fui aprendendo no dia a dia. Assim como o planejamento, é cobrado, é exigido, mas eu acho que poderia ter um apoio maior, um incentivo maior”. (E4)

Porém, ao ser questionado sobre a mesma questão, E2 afirma que:

“A gestão incentiva... Por exemplo, antes de inaugurar a unidade, lembro que todos os profissionais passaram por capacitação... foi entregue todos os protocolos, os POP's de Enfermagem, todos os fluxos que o município tem, pra gente tentar montar o serviço aqui. E... eles incentivam também essa questão de ter um coordenador geral, que vem aqui, que procura ver se a unidade está estruturada da maneira que o PMAQ solicita.”. (E2)

E1 também confirma a ausência de capacitações para o planejamento, ao afirmar que *“Incentivo há (da gestão municipal), eles sempre querem que a gente faça da melhor forma... mas falta o suporte... capacitações, cursos sobre o assunto.”* Assim como E1, todos os profissionais entrevistados relataram que não receberam nenhuma capacitação específica sobre planejamento em saúde. Por isso, mesmo que a gestão municipal ofereça alguns instrumentos como foi citado por E2, é necessário acompanhar de perto a construção do planejamento pelas equipes, como

estratégia de ação da Secretaria Municipal de Saúde na busca de alcançar ou de pelo menos aproximar daquilo que propõe em seu atual plano municipal de saúde.

Segundo Campos (2010), é necessário um método de planejamento que oportunize o entendimento e o compartilhamento de uma mesma “linguagem” (conceitos básicos, terminologia, instrumentos utilizados, etc.); que possa contribuir para o diálogo e para efetiva participação de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano. Para o autor, quando não há um método, o planejamento torna-se praticamente inviável.

Foi de grande importância também observar que o apoio da gestão municipal no planejamento local em saúde foi associado à apresentação de relatórios e indicadores de saúde.

“Tudo que a gente produz de atendimento, isso gera relatórios através do prontuário eletrônico... quantas consultas eu fiz, quantos pré-natais, então eu posso ver se o número de atendimentos foi maior ou menor do que a meta estabelecida... se tiver menor, é levado para discussão em reunião de equipe... a prefeitura também nos passa essa quantitativo por e-mail... e nas reuniões mensais que nós temos, onde os coordenadores de todas as equipes do setor se reúnem para discutir os dados, as metas... se uma determinada equipe não estiver conseguindo alcançar as metas, isso é passado na reunião... e aí quando eu recebo essas informações, eu sempre tento repassar para a equipe também... ”. (E6)

Quanto ao apoio da gestão municipal na realização do planejamento, E7 relata que *“Na verdade há muito mais cobrança do que apoio... eles (os gestores) querem que a equipe cumpra os prazos e as metas, eles cobram muito isso... mas na minha opinião falta um pouco mais de apoio, de parceria”*. Na opinião de E8 *“a gestão cobra muito prazos e metas da equipe... mas para que se tenha bons resultados, é preciso planejamento das atividades.. e para que se tenha um bom planejamento são necessário recursos... os fins justificam os meios não é mesmo?”*.

Para E9, gestão e equipes de saúde da família estão distantes, conforme sua afirmação *“a gestão municipal é atuante e também aberta... porém, esse apoio*

parece estar muito distante... temos pouco contato, somente em reuniões ou capacitações”.

Especificamente sobre as reuniões, E6 afirma também que

“Até que os agentes de saúde, os técnicos de enfermagem, possuem bastante empenho (na construção do planejamento em saúde)... eles acham até ruim quando não são chamados... hoje eles reclamam por que não são chamados pela administração para participar, dar opiniões para construir a saúde do município...”.

“Anualmente tem algumas oficinas que são apresentados os dados que a gente monitora conjuntamente... então eu vejo se estou falhando em determinado item... eu posso tentar corrigir [...] Essas oficinas são muito mais para repassar dados e cobrar metas do que para discutir ou ensinar o planejamento mesmo em si das ações.”.

Essa associação entre apoio da gestão municipal no planejamento e a apresentação de relatórios de metas e indicadores de saúde deve ser visto com cautela. Da mesma forma que em nível local, é preciso que as equipes passem a incorporar o controle social em suas atividades e ações de cuidados e planejamento, também se faz necessário que a gestão municipal desenvolva o apoio ao planejamento local das equipes para além das avaliações de metas e indicadores, compreendendo os resultados como consequência do planejamento, e esse como um processo, que necessita da incorporação de ferramentas de apoio como a educação permanente e a gestão participativa na tentativa de que o processo de trabalho e o seus aspectos qualitativos sejam ainda mais aprimorados.

Considerações Finais

6 Considerações Finais

A análise das nove entrevistas realizadas no estudo apontam resultados que relacionam tanto com os objetivos propostos como com outros achados de extrema importância para o contexto de saúde do município.

A prática do planejamento realizado pelas Equipes de Saúde da Família de Uberlândia-MG, segundo a percepção dos Enfermeiros que as coordenam, revelou a necessidade de aprofundamento na fundamentação teórico-conceitual, que possam conduzir a ação de produzir saúde aos resultados esperados pela gestão municipal através do Plano Municipal de Saúde. As equipes consideram realizar em seu cotidiano o planejamento, apesar das dificuldades que enfrentam como desfalque de membros da equipe, população acima do estipulado, bem como o apoio ainda em construção por parte da gestão municipal.

A compreensão do planejamento pelos coordenadores das equipes se aproxima em grande parte dos relatos do que é proposto no planejamento estratégico e participativo, No entanto, quando relatam a prática do planejamento, identifica-se certo distanciamento entre o que é teórico e o que é prático, ou entre o que é planejamento adquirido e planejamento aprendido, o que sugere lacunas que podem ser consideradas pelos profissionais de saúde e pela gestão municipal, sendo que a proposta de Educação Permanente pode possibilitar a reflexão da prática profissional à luz de referenciais teóricos.

Especificamente sobre a participação popular no planejamento das equipes, entende-se que é importante que os profissionais possam refletir sobre a necessidade de que o controle social esteja cada vez mais presente na construção e execução do planejamento das ESF's, visto a possibilidade de que as equipes tenham a participação da comunidade no planejamento das ações e serviços.

O aumento da população do território das equipes deve ser tratado com bastante atenção pela gestão devido ao risco no desvio das ações e planejamento desenvolvidos pelas equipes e, a conseqüente descaracterização das equipes de saúde da família, tanto para a população, que perde a noção de referência de nível de assistência em saúde, como para os profissionais, que tem o seu processo de trabalho alterado em sua finalidade, e por vezes acompanhado de frustração por não conseguir alcançar a promoção de saúde.

Outro fator que pode fragilizar a instituição, formulação e execução do planejamento pelas equipes de saúde da família é a compreensão do planejamento enquanto ação pontual, específica, por determinado período em determinado local, e não como ação rotineira, habitual, que faça parte do cotidiano das equipes, já que este fato pode reafirmar o distanciamento das equipes com a prática cotidiana do planejamento.

O enfermeiro com a função de coordenar as equipes identifica que desempenha este papel pelo reconhecimento que em sua formação está previsto o desenvolvimento de competências e habilidades em administração e gerenciamento. Ressalte-se que embora reconheça isto, o grupo de participantes aponta para a necessidade de que à construção do planejamento ocorra de forma coletiva e multiprofissional.

O apoio da gestão municipal no planejamento das equipes foi caracterizado através do monitoramento de metas e indicadores. No que compete ao planejamento, foi identificado maior articulação entre a gestão municipal e os coordenadores das equipes, enquanto os demais membros ficam restritos à participação das reuniões de equipe semanais, o que remete ao desafio de uma construção participativa e compartilhada por toda a equipe de trabalho..

Em alguns achados já é possível identificar as recentes mudanças propostas pelo Plano Municipal de Saúde, como a redivisão da área de uma das Equipes de Saúde da Família pesquisada e a adequação da população referenciada, a partir do início da atuação da (Fundação Saúde do Município de Uberlândia) FUNDASUS, o que reforça a proposta da Secretaria Municipal de Saúde sobre a importância da mudança no modelo de gestão.

Apesar dos poucos achados que indicam a mudança desejada, é preciso considerar que, para que a gestão municipal consiga alcançar os objetivos propostos, há ainda desafios que passam pela construção do planejamento estratégico e participativo pelas Equipes de Saúde da Família, de forma que possa ampliar a efetividade de suas ações e contribuir significativamente com a melhoria do nível de saúde da população, objetivando alcançar a realização do cuidado integral e ampliado.

Do mesmo modo que a atenção básica é tida como organizadora do cuidado e porta preferencial de acesso ao SUS, o planejamento deve ser considerado como instrumento de fundamental importância na busca da integralidade, resolutividade,

equidade e longitudinalidade do cuidado. Para tanto, apontamos três caminhos que podem fortalecer o planejamento das equipes de saúde da família do município: a expansão do apoio da gestão municipal no planejamento das equipes para além dos relatórios e indicadores de saúde; estabelecimento de métodos que possam apoiar os coordenadores e suas equipes na construção e execução do planejamento; estímulo à participação popular/controle social na elaboração do planejamento participativo.

Entende-se como limitação do presente estudo, a compreensão e prática do planejamento, segundo a visão dos enfermeiros, que representam a coordenação das equipes, sendo importante ofertar oportunidade para que todos os profissionais possam explicitar sua própria compreensão e prática.

Neste sentido, entende-se que outros estudos nesta área, podem apontar novos caminhos que fortaleçam o planejamento para a qualificação das ações e propostas dos serviços em parceria com a população e gestão municipal, contribuindo com maior resolutividade para a melhoria do acesso e da qualidade de vida das comunidades sob sua responsabilidade.

Referências

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma proposta para o nível local de saúde.** Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1993.

ARTMANN, E. **Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multisectorial.** Cadernos da Oficina Social nº3, Rio de Janeiro, 2000.

AYRES, J.R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. v.1. p.49-83.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **ABC do SUS, doutrinas e princípios.** Brasília, 1990.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28/06/2011.** Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, 2011.

BRITO, Maria José Menezes et al. **Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, 2008.

Campos, Francisco Carlos Cardoso de. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**/Francisco Carlos Cardoso de Campos, Horácio Pereira de Faria, Max André dos Santos. - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. **Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos**. Saude soc., São Paulo , v. 18, supl. 1, Mar. 2009 .

CHORNY, A. H. **El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos**. *Revista Educación Médica y Salud*, v. 24, n. 1, p. 27-51, ene./mar. 1990.

CUNHA, I. S. **Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí**. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

DALCIN, Margarida. **Planejamento local no cotidiano das equipes de saúde da família em Joinville – SC**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Jan/Mar; 9(1):114-122. 2010.

DOURADO, Eliana Maria Ribeiro. **Análise da política de atenção às urgências: uma proposta**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1.527-1.534, 2003.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

GONZALES, Martin Maximino León. **Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta para a gestão descentralizada**. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Oct 2009.

LANZONI GMM, Lino MM, Luzardo AR. Planejamento em Enfermagem e Saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009.

LOPES, Clayre Maria Bomfim. Barbosa, PR. **Planejamento e Organização da atenção da saúde**. / Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância; Escola Nacional de Saúde Pública. – Rio de Janeiro : EAD/ENSP, 2008.

MATUOKA, I.R. OGATA, M.N. **Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação**. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, out./dez. 2010

MATUS,C.**Política, Planejamento & Governo**. Tomo II. 2. ed. – Brasília: IPEA, 1996.

MATUS,C.O. **Método PES: entrevista com Matus** / Franco Huertas; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap,1996, 2ª ed. 2007

MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru. **Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada**. São Paulo: Atlas, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 3 ed., 1994.

MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aínda Maris. **Competência gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos brasileiros**. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 553-558, 2009.

NESCON. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde** / Horácio Pereira Faria... [et al.] – Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2 ed._____ São Paulo: Martinari, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Tratado de Saúde Coletiva / Gastão Wagner de Souza Campos ... [et al.]. **Planejamento em Saúde para Não Especialistas** – São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

PASSOS, Joanir Pereira; CIOSAK, Suely Itsuko. A concepção dos enfermeiros no processo

gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, Dec. 2006 .

PEDROSA, J.I.S. **Ação dos Atores Institucionais na Organização da Saúde Pública no Piauí - espaço e movimento**. UNICAMP: Campinas, 1997.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1.527- 1.534, 2003.

REIS, Marcos Aurélio Seixas dos et al . **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 11, n. 23, Dec. 2007 .

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, 1999 .

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Guia de legislações do SUS e controle social**. São Paulo: Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/aceso-rapido/cartilhas-aos-conselheiros/cartilha_principais_legislacoes.pdf>. Acesso em 23 Dez 2014.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SERAPIONI, M. **Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da Sociologia da Saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde**. *Saúde em Debate*, v.53, n. 23, p. 81-92, jan./jun. 1999.

SOUZA, M.C.M.R. **Enfermagem em Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

UBERLANDIA. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Conselho Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento em Saúde – Secretaria de Saúde de Uberlândia, 2014.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, Oct. 2009 .

Portaria Nº 399 / GM de 22 de Janeiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde e dá outras providências.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf

Apêndices

ÂPENDICE A - ROTEIRO DE APOIO À ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 01 – O que você entende por Planejamento Local em Saúde?
- 02 – Na unidade em que você atua este Planejamento é realizado?
- 03 – Se sim, quem participa da construção do Planejamento?
- 04 – Em que momento você se reconhece realizando o Planejamento? Em quais espaços? Há incentivo dos gestores?
- 05 – Em sua opinião, quais são os principais aspectos que facilitam a realização do Planejamento Local em Saúde?
- 06 – E quais são os principais desafios?
- 07 – Em sua opinião, como você entende que o Planejamento Local em Saúde pode contribuir com as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família que atua? Se for possível, dê exemplos de situações em que isso ocorreu.
- 08 – Desde que entrou na equipe onde atua, você recebeu capacitação específica para Planejamento Local em Saúde? Se não, gostaria de receber?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro(a) Profissional,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: **PLANEJAMENTO LOCAL EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que será realizada nas Unidades de Saúde da Família, sob a responsabilidade do pesquisador Conrado Augusto Ferreira de Oliveira e da Prof^a. Dr^a. Sueli Fatima Sampaio enquanto orientadora da pesquisa.

Nesta pesquisa, estamos buscando analisar de que forma ocorre o Planejamento Local em Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família, através da pesquisa com Enfermeiros que atuam como Gerentes das unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Para participar da pesquisa, você deverá confirmar ter lido e ter conhecimento deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A participação do sujeito deverá ser voluntária, não remunerada e os registros serão gravados e, posteriormente, transcritos pelo próprio pesquisador, que ao final do trabalho destruirá o material de gravação, o que implica minimizar o risco de exposição pessoal e profissional do entrevistado. Não serão realizadas filmagens da imagem dos profissionais participantes.

Em nenhum momento da pesquisa você será identificado. Não serão solicitados dados pessoais que possam identifica-lo(a) como participante da pesquisa. Todos os resultados obtidos serão publicados, mas sua identidade será totalmente preservada e mantida sob total sigilo.

Você não terá gastos ou ganho financeiro pela sua participação, apenas a contribuição voluntária no estudo. Você não será exposto a situações que a constrem ou exponha sua imagem enquanto profissional de saúde e nem a qualquer tipo de substâncias químicas ou dispositivos que possam trazer algum dano à sua saúde.

A pesquisa fornecerá benefícios de forma coletiva, tanto para a Secretaria Municipal de Saúde, seus profissionais e a população atendida, bem como para o SUS e a sociedade de maneira geral, pois contribuirá para o desenvolvimento e fortalecimento de programas, projetos e discussões que visem o desenvolvimento de práticas e ações de gestão e planejamento em saúde na Atenção Primária, especificamente na Estratégia Saúde da Família.

Além disso, você é livre para desistir a qualquer momento da pesquisa, sem haver prejuízo ou coação. No ato da Entrevista, você deverá ficar com uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou solicitar nova cópia a qualquer momento. Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Enf^o Conrado Augusto Ferreira de Oliveira e Prof^a Sueli Fatima Sampaio no seguinte endereço e telefone:

Endereço: Universidade Federal de São Carlos. Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235, Caixa Postal nº 676, CEP 13565-905 – São Carlos-SP. Fone: (16) 3351 - 9612.

Conrado Augusto Ferreira de Oliveira
Pesquisador Principal

Sueli Fatima Sampaio
Prof. Orientadora

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos no seguinte endereço: Endereço: Rod. Washington Luiz, km 235 Caixa Postal 676 CEP 13.565-905 São Carlos – SP. Telefone: (16) 3351-8028. (A ser definido pela Plataforma Brasil)

Consentimento:

Ao preencher o formulário de pesquisa online e confirmar o envio dos dados, confirmo ter sido devidamente esclarecido e aceitado em participar da pesquisa citada voluntariamente.

São Carlos, 12 de Maio de 2014.

APÊNDICE C - **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

São Carlos, 02 de Dezembro de 2013.

EXMO. SR. Wellington Muniz Ribeiro

Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde – Prefeitura Municipal De Uberlândia

Prezado Senhor,

Aproveito a oportunidade para cumprimentá-lo cordialmente e solicitar vossa autorização para proceder à coleta de dados junto aos Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família desta instituição. Como discente do Curso de Mestrado em Gestão da Clínica Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“PLANEJAMENTO LOCAL EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** que objetiva analisar como ocorre o planejamento local em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família através da pesquisa com Enfermeiro que atuem como Gerentes das unidades de saúde da família a partir da realização de entrevistas previamente agendadas individualmente.

Para vossa análise encaminho o projeto de pesquisa e os instrumentos que nortearão esta coleta. Coloco-me ainda à disposição para maiores esclarecimentos, bem como para agendamento da aplicação do formulário, caso V.S.a a autorize.

Na certeza de vossa aquiescência, antecipadamente agradeço.

Conrado Augusto Ferreira de Oliveira
Enfermeiro – COREN-SP 304.718
Mestrando em Gestão da Clínica – UFSCar
Residente em Saúde da Família e Comunidade – UFSCar

Telefones: (034) 9146-5143 - (016) 98245-2168

Emails: conradoaugusto@yahoo.com.br

Eu, _____, estou de acordo e autorizo a pesquisa acima ser realizada conforme projeto de pesquisa apresentado.

Assinatura:

Uberlândia, _____ de Janeiro de 2014.

Anexo

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador: Conrado Augusto Ferreira de Oliveira

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO LOCAL EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Versão: 1 **CAAE:** 25957714.0.0000.5504 **Área Temática:**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 519.532 **Data da Relatoria:** 11/02/2014

DADOS DO PARECER**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem apresentado, relacionando bem o estado da arte aos objetivos propostos. Metodologia adequada e termos adequados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o Planejamento Local em Unidades de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil de competência na área de gestão dos Enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família do município, campo do estudo. Identificar como ocorre o Planejamento Local de Saúde nas unidades. Analisar a luz do referencial teórico potencialidades e desafios do Planejamento Local de Saúde realizado.

Avaliação dos riscos e benefícios:

Segundo o pesquisador:

Riscos:

O risco mínimo é de quebra de sigilo e anonimato dos participantes dessa pesquisa, que deverão ser minimizados ao longo de toda pesquisa, com vistas a oferecer a possibilidade de gerar conhecimento sem afetar o bem-estar dos participantes de pesquisa e seus grupos ou coletividade. Os pesquisadores assumem a responsabilidade quanto aos dados obtidos, e ao final da pesquisa se comprometem a realizar devolutiva de todas as etapas da pesquisa à instituição pesquisada e/ou seus parceiros, a fim de que os resultados possam contribuir com o cuidado prestado pela Secretaria Municipal de Saúde à população, bem como para o fortalecimento de ações do Sistema Único de Saúde.

Benefícios:

A população poderá ser beneficiada pelo retorno dos principais resultados diretamente a ela ou, de acordo com o caso, aos responsáveis pelo campo (território) onde houve a coleta de dados, o que será realizado por meio de uma carta contendo aspectos para reflexão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa visa entender e Analisar o Planejamento Local em Unidades de Saúde da Família a partir de entrevistas com os enfermeiros que atuam como gerentes da a Estratégia da Saúde da Família da

Fundação de Saúde do Município de Uberlândia (FUNDASUS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar

Situação do Parecer 519.532:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 03 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

**Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)**