



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**SUELI VIEIRA DOS SANTOS**

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO NORDESTE BRASILEIRO**

**JEQUIÉ-BA  
2015**

**SUELI VIEIRA DOS SANTOS**

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ-BA  
2015**

S238 Santos, Sueli Vieira dos.  
Planejamento em saúde na estratégia de saúde da família em município de pequeno porte no Nordeste brasileiro/Sueli Vieira dos Santos.- Jequié, UESB, 2015.  
78 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015.  
Orientador: Profº. Drº. Cezar Augusto Casotti.

1. Saúde da família – Práticas de planejamento I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.2

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

SANTOS, Sueli Vieira dos. Planejamento em Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro. 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

### **Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB  
Orientador e Presidente da Banca

---

Prof. Dr. Cristina Setenta Andrade  
Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC

---

Prof. Dr. Edite Lago da Silva Sena  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Jequié-BA, 23 de fevereiro de 2015.**

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Eu te agradeço Deus por se lembrar de mim  
E pelo seu favor é o que me faz crescer  
Eu vivo pela fé e não vacilo!  
Eu não paro, eu não desisto  
Eu sou de Deus, eu sou de Cristo!

Você mudou a minha história  
E fez o que ninguém podia imaginar.  
Você acreditou e isso é tudo  
Só vivo pra você, não sou do mundo não!

A honra, a glória, a força, o louvor a Deus  
E o levantar das minhas mãos  
É pra dizer, que te pertence Deus...

Eu te agradeço Deus que no deserto não me deixou morrer  
E nem desanimar e como aquela mãe que não desiste  
Você não me esqueceu você insiste!!

Você mudou a minha história  
E fez o que ninguém podia imaginar  
Você acreditou e isso é tudo, só vivo pra você  
Não sou do mundo não!

A honra, a glória, a força, o louvor a Deus  
E o levantar das minhas mãos  
É pra dizer, que te pertence Deus...

**Composição:** Kleber Lucas

## AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus**, quando tudo dizia que não a sua voz me encorajava a prosseguir, renovava minhas forças e sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida, minha eterna gratidão porque sem te Senhor nada posso fazer. Senhor de todas as coisas a ele toda honra e toda glória.

A minha mãe, **Rita** pelas orações e pelo incentivo que sempre foi dado para que eu pudesse alcançar meus objetivos e realizar meus sonhos.

Ao meu esposo, **Júnior** pela paciência, compreensão, carinho e amor dispensado em todos os momentos, você é um presente de Deus em minha vida.

Aos meus irmãos em especial minha irmã **Mirian** pela disposição que sempre teve em mim ajudar e pelo grande apoio durante toda a minha vida.

Ao meu irmão e pastor **Manoel Medrado**, sempre foi mais que um irmão, um pai que não tive, sou imensamente grata por tudo o que você fez e ainda faz por mim, cuida de minha vida espiritual, com sabedoria inspirada por Deus sempre dando valiosos conselhos, você é um grande homem de DEUS, um exemplo de fé.

Ao meu orientador professor Dr. **Cézar Augusto Casotti**, pelo comprometimento, carinho, dedicação e principalmente, cuidado. Sua simplicidade e generosidade faz com que você seja uma pessoa admirável por todos que o conhece. À você, minha profunda gratidão pela gentileza de compartilhar comigo o seu saber e experiência nos caminhos da pesquisa.

A minha querida amiga **Sheylla Nayara Sales Vieira**, por me fazer acreditar que era possível transformar sonho em realidade, sua amizade é um exemplo do provérbio bíblico: há um amigo mais chegado do que um irmão. Você é uma raridade!

A minha companheira de coleta de dados **Mayra Gomes dos Santos**, obrigada colega por ter tornado essa etapa menos árdua e por compartilhar comigo seus conhecimentos e por sua boa vontade de servi.

À **Andressa Teixeira**, pelas palavras de incentivo e por sempre está disposta a ajudar.

À banca de qualificação e defesa Prof. Dr. **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**, Prof. Dr. **Cristina Setenta Andrade** e Prof. Dr. **Edite Lago da Silva Sena** pelas valiosas contribuições para a composição desse estudo.

Aos **docentes do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde** (PPGES-UESB), pela dedicação e conhecimentos compartilhados.

Aos **colegas do Mestrado** que caminharam comigo por esta estrada rumo ao conhecimento e por todo apoio e incentivo.

A todos as pessoas que colaboraram para a realização deste trabalho, em especial aos **informantes deste estudo**, muito obrigada.

À **Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia** (FAPESB), pela concessão de bolsa de pesquisa.

## RESUMO

Este estudo objetivou conhecer o processo de planejamento em saúde na Estratégia de Saúde da Família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro; descrever o processo de planejamento em saúde nas Estratégias de Saúde da Família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro e; identificar as dificuldades e facilidades que equipes da Estratégia de Saúde da Família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro encontram no processo de planejamento em saúde. Trata-se de estudo de caso, descritivo, qualitativo, realizado entre os meses de março e maio de 2014. O campo da pesquisa foi constituído por um município de pequeno porte, tendo como cenário às Unidades de Saúde da Família. Os sujeitos da pesquisa foram Enfermeiros, Médicos e Agentes Comunitários de Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada e observação sistemática, para a análise dos dados utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, com o auxílio do *soft Quantiqualisoft*. Portanto, da análise dos dados emergiram treze ideias centrais que geraram respectivos discursos do sujeito coletivo. Com base nos discursos, foi possível concluir que no município analisado, o planejamento em saúde é pontual, programático, ocorre no dia da entrega do relatório de produtividade, sendo em algumas equipes realizado de forma centralizada sem a participação dos demais trabalhadores que compõem as equipes. As necessidades de saúde da população adscrita são identificadas durante a visita domiciliar e pelos agentes comunitários de saúde. Entre as ESF há divergências quanto à utilização de indicadores em saúde como instrumento no planejamento. Além disso, os profissionais de saúde que atuam nas ESF encontram dificuldades no processo de planejamento das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes e ao mesmo tempo a equipe relata facilidades.

**Palavras-chave:** Planejamento; Planejamento em Saúde; Práticas de Planejamento; Estratégia Saúde da Família.



## ABSTRACT

This study investigated the planning process in health in the Family Health Strategy in small northeastern Brazilian city; describe the health planning process in the Family Health Strategies small city in northeastern Brazil and; identify difficulties and facilities teams of the Family Health Strategy in small northeastern Brazilian city are in the health planning process. This is a case study, descriptive, qualitative, conducted between March and May 2014. The field of research was made up of a small city, against the backdrop of the Family Health Units. The research subjects were nurses, doctors and community health agents. Data collection was performed using semi-structured interviews and systematic observation, to analyze the data we used the technique of collective subject discourse, with the help of soft Quantiqualisoft. Therefore, the analysis of data emerged thirteen central ideas that generated their speeches collective subject. Based on the speeches, it was concluded that the municipality analyzed, health planning is timely, programmatic, be the day of delivery of the productivity report, and in some teams performed centrally without the participation of other workers who make up teams . The health needs of the enrolled population are identified during home visits and by community health workers. Among the ESF there are differences in the use of health indicators as a tool in planning. In addition, health professionals working in the FHS are difficulties in the planning process of the health measures adopted by the teams while the team reports facilities.

Keywords: planning; Health Planning; Planning practices; Family Health Strategy.

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CENDES	Centro Nacional de Desenvolvimento
DCS	Discurso do Sujeito Coletivo
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAB	Habitante
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KM <sup>2</sup>	quilômetro quadrado
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPLS	Planejamento e Programação Local em Saúde
PPSUS	Projeto de Pesquisa Prioritário para o SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

Manuscrito 02: <b>Tabela 01:</b> Sínteses das ideias centrais e percentuais obtidas para cada uma delas.....	56
Manuscrito 02: <b>Tabela 02:</b> Sínteses das ideias centrais e percentuais obtidas para cada uma delas .....	61

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.2 Objetivos.....	17
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
2.1 Contexto Histórico do Planejamento em Saúde .....	19
2.2 Histórico do Planejamento no Sistema Único de Saúde .....	21
2.3 Planejamento em Saúde na Estratégia de Saúde da Família: teoria versus prática .....	24
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	28
3.1 Tipo de Estudo.....	29
3.2 Local de Estudo .....	29
3.3 Características do município estudado .....	30
3.4 Participantes do estudo .....	30
3.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	30
3.6 Procedimentos de Coleta de Dados .....	31
3.7 Método de Análise dos Dados .....	32
3.8 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	33
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	34
4.1 Manuscrito – 01: Planejamento em Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro.....	36
4.2 Manuscrito 2: Dificuldades e facilidades no processo de planejamento em saúde na estratégia de saúde da família em município de pequeno porte .....	51
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	69
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	71
<b>ANEXOS</b> .....	80
ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	79
ANEXO II – Protocolo do CEP/UESB .....	80
ANEXO III – Roteiro de Entrevista para Trabalhadores da Atenção Básica de Nível Superior.....	81
ANEXO IV – Roteiro de Entrevista para Trabalhadores da Atenção Básica de Nível Médio	84
ANEXO V – Roteiro da Observação Sistemática .....	85

## **1 INTRODUÇÃO**

---

(...) planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem e devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro, trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, esta se referindo a um processo social, no qual realiza um ato de reflexão, que deve ser coletivo, ou seja, planeja quem deve atuar como indutor do projeto.

Carlos Matus

O planejamento é visto pelos estudiosos da administração como a principal das funções administrativas, pois serve de princípios para o desenvolvimento das demais. Como parte do ciclo administrativo, é um conceito que vem sendo utilizado desde o tempo de Frederick Winslow Taylor, fundador da Administração Científica (1856-1917). A função de planejar foi introduzida na prática administrativa, quando foram determinados os princípios de que os administradores devem desenvolver um método científico para cada elemento do trabalho de um homem, de forma que o mesmo seja realizado de maneira eficaz e eficiente, com o objetivo de melhorar a produtividade (CHIAVENATO, 2011).

Desde então, o papel e a importância da função de planejar não sofreram alterações, contudo, a maneira de como planejar modificou-se pela necessidade de acompanhar a época da transformação tecnológica e a valorização do ser humano (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2010).

Por planejamento “entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas” (TEIXEIRA, 2010, p. 18).

Assim, para planejar é imprescindível o conhecimento da realidade, a fim de tornar possível o alcance do objetivo proposto, pois envolve um conjunto de planos que variam desde o detalhamento das atividades cotidianas até as estratégias políticas (KURCGANT, 2010).

No Brasil, até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas do setor saúde estavam unificadas no âmbito Federal, sendo o planejamento das ações em saúde realizado de forma centralizada (GOES; MOYSÉS, 2012). A sua implantação, permitiu a inserção de conceitos relacionados ao Planejamento em Saúde no setor público, em consequência da complexidade do processo de trabalho nesta área e por causa da necessidade de enfrentar as mudanças nas condições de vida e saúde da população (TEIXEIRA, 2010).

O planejamento em saúde faz parte do arcabouço legal do SUS, indicando processos e métodos de formulação e é requisito para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria, sendo suas atividades identificadas como responsabilidades das instituições componentes do SUS por esfera de governo (BRASIL, 2009a). A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 prevê que o processo de planejamento e orçamento do SUS

será ascendente, do nível local ao federal, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados e da União (BRASIL, 1990a).

Com a descentralização do setor saúde, os municípios passaram a atuar como protagonistas na execução das políticas determinado nos foros intergestores de negociação (VILLASBOAS; PAIM, 2008). Eles passaram a ter o controle dos sistemas locais de prestação de serviços em seu território ficando sob sua responsabilidade o planejamento dos serviços e das ações de promoção da saúde, com o objetivo de dar respostas às reais necessidades de sua população (GOES; MOYSÉS, 2012).

Nesta perspectiva, ao assumir a gestão do SUS no nível local, coube aos municípios estruturar a rede de serviços de saúde no nível da Atenção Básica (AB) com vistas a garantir o primeiro atendimento aos indivíduos, à família e a comunidade (SANTINI; et al., 2013).

Para garantir a assistência à saúde, se fez necessário a partir deste momento um planejamento municipal efetivo e, para tanto, várias ferramentas foram criados para operacionalizar essa nova maneira de gerir a saúde, dentre estas destaca-se a Estratégia de Saúde da Família(ESF).

A ESF é o modelo assistencial da AB, que se alicerça no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito, as ações de saúde são desenvolvidas a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população (BRASIL, 2011).Criada com a finalidade inicial de reordenar os serviços de saúde a partir da atenção básica, tornando-se imprescindível para os municípios a necessidade do planejamento no setor de saúde.

Entretanto, verifica-se a incipiência da incorporação das práticas de planejamento de forma que o conceda devida prioridade como instrumento indispensável de gestão. Esta questão pode ser adicionada a um real momento em que as administrações acontecem por um período curto de tempo, não completando o processo ideal de formulação, execução, acompanhamento e avaliação das situações, o que se segue de uma prática descontínua, aonde medidas antes prioritárias de uma administração, acabam não sendo realizadas, simplesmente pela substituição de novos administradores (BRASIL, 2009b).

Percebe-se que a complexidade institucional do SUS trouxe restrições que podem explicar a limitada incorporação do planejamento neste âmbito (VILLASBOAS; PAIM 2008). A imaturidade de muitos municípios no que diz respeito à cultura de

planejamento dentro das organizações públicas principalmente nos municípios de médio e pequeno porte, tem dificultado o seu papel no exercício eficiente e efetivo na conformação do SUS neste nível (BRASIL, 2009a; VIEIRA, 2009).

Desse modo, percebe-se a existência de uma certa fragilidade na prática do planejamento nos serviços de saúde e, por conseguinte o desenvolvimento de seu processo de trabalho acontecem de forma desarticulado (VIEIRA, 2009). Diante disso, muitas dificuldades têm sido encontradas pelos municípios frente ao processo de planejamento das ações em saúde, principalmente nos de pequeno porte populacional (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, entende-se que o planejamento em saúde é uma das ferramentas que poderá contribuir para a mudança do modelo de gestão e do modelo assistencial em saúde (SILVA; NASCIMENTO, 2011), pois o seu processo sistemático contribuirá, favoravelmente para a resolutividade e a qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população. Infere-se que o processo contínuo do planejamento é condição essencial para a inversão do modelo de atenção, fazendo com que o sistema seja mais proativo e resolutivo.

Sendo assim, a questão do planejamento das ações em saúde vem a ser um importante tema, por estar relacionado ao enfrentamento das dificuldades para a consolidação do SUS dentre as quais se destaca a busca da efetividade na atenção à saúde.

Considerando o percentual de municípios de pequeno porte (população igual ou menor que 20.000 habitantes) que representa 73% dos municípios brasileiro (MEURER; VIEIRA, 2010), torna-se de grande interesse investigativo conhecer como ocorre o processo de planejamento em saúde nestas localidades e, a partir de uma busca realizada nas principais bases de dados científicos (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde-LILACS e Scientific Electronic Library Online- SciELO) identificou-se carência de estudos relacionados a essa temática, além disso os encontrados não objetivam a identificação dessa particularidade. Wanderley (2001) relata que os municípios de pequeno porte não recebem a devida importância por parte dos pesquisadores, sendo assim, o estudo poderá contribuir para preencher possíveis lacunas existentes.

Desta forma, emergiram as seguintes questões norteadoras: Como é realizado o planejamento em saúde na Estratégia de Saúde da Família em municípios de pequeno porte do nordeste brasileiro? E quais as facilidades e/ou dificuldades que equipes das



Estratégias de Saúde da Família em municípios de pequeno porte do nordeste brasileiro encontram no processo de planejamento em saúde?

Considerando o exposto, com vistas a encontrar respostas às questões norteadoras, foram traçados os seguintes objetivos.

## **1. 2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Conhecer o processo de planejamento em saúde na Estratégia de Saúde da Família em municípios de pequeno porte do nordeste brasileiro.

### **Objetivos Específicos**

- Descrever o processo de planejamento em saúde nas Estratégias de Saúde da Família em municípios de pequeno porte do nordeste brasileiro.
- Identificar as dificuldades e /ou facilidades que equipes das Estratégias de Saúde da Família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro encontram no processo de planejamento em saúde.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

---

(...) o essencial do governo é a ação e o essencial do planejamento é o cálculo que a precede e preside, então planeja quem governa, porque o governante faz o cálculo de última instância, e governa quem planeja, porque governar é conduzir com uma direcionalidade que supera o imediatismo de mera conjuntura.

Carlos Matus

## 2.1 Contexto Histórico do Planejamento em Saúde

A história do planejamento em saúde teve sua origem na América Latina na década de 1960. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) articulou-se com os serviços do Centro Nacional de Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, para definir uma proposta de planejamento. Dessa articulação entre CENDES e OPAS foi elaborado o documento *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*, que configura o método CENDES/OPAS (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Trata-se de um método normativo marcado fundamentalmente pelo viés economicista, em que a norma tem como fundamento a relação custo-benefício. Baseia-se na ideia da eficiência na utilização do uso da combinação ótima dos recursos disponíveis por cada governo, através de um processo de definição de prioridades, sendo que, as prioridades são tratadas de acordo com a análise custo-benefício, numa perspectiva economicista de lucro, próprio da lógica do setor privado (RIVERA, 1992).

O método CENDES/OPAS, na prática, apesar de apoiar-se em cálculos de inspiração econômica e ser um exemplo de racionalidade normativa de planejamento, foi o primeiro instrumento de planejamento e programação sistemático aplicado pelos sistemas nacionais de saúde no continente americano (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2010).

Apesar das críticas apontadas ao método CENDES/OPAS, reduzindo-se ao campo econômico e ignorando a existência de múltiplos atores sociais, além de não considerar o planejamento cotidiano, ao utilizar-se de rigidez temporal e desconsiderar toda e qualquer relação de poder, marcado pela omissão dos aspectos políticos inerentes ao processo de planejamento, entre outras (RIVERA, 1992). Teixeira (2010, p.20) afirma que alguns de seus “pressupostos e métodos continuam válidos até hoje, ainda mais quando se trata de desenvolver um processo de programação de ações e de serviços que tenha o objetivo central a racionalizar recursos escassos”.

Nesse contexto, o caráter normativo do método, associado à ausência da abordagem dos aspectos políticos passou a exigir outro enfoque para o planejamento em saúde. Diante disso, em 1975, o Centro Pan-Americano de Planificação em Saúde (CPPS) elabora o documento "Formulação de políticas de saúde" e, a partir daí começa a se manifestar o caráter político do planejamento. Observa-se a necessidade de uma

estratégia política, e as elaborações teóricas começaram a se debruçar sobre os problemas do planejamento para além da questão técnica. A partir das críticas sistemáticas e dos questionamentos ao Planejamento Normativo, fez com que se desenvolvesse na arena de discussão o “denominado enfoque estratégico” (RIVERA, 1992).

O enfoque estratégico “pressupõe que o planejador é um ator social, ou seja, é parte de um jogo onde existem outros atores, com interesses e força distintos” (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008, p.7).

Nesta perspectiva surgem algumas vertentes na elaboração do planejamento entre elas: o Pensamento Estratégico em Saúde de Mario Testa e o Planejamento Estratégico Situacional-PES de Carlos Matus (TEIXEIRA, 2010).

O Pensamento Estratégico em Saúde, de Mario Testa tem como ponto central das discussões à questão de poder. Para ele, “o poder constitui uma categoria explicativa da realidade e o objetivo de seu pensamento estratégico é interferir nas relações de poder, uma vez que o percebe como uma capacidade que alguém ou algum grupo possui” (GOES; MOYSÉS, p.38, 2012). Desse modo, refere em toda a sua proposta à luta pelo poder, como produzir deslocamentos de poder em favor das classes/grupos subordinados/dominados (TESTA, 1995).

Essa vertente é dividida em duas partes: o diagnóstico em saúde e as propostas programático-estratégicas. No diagnóstico é realizada a análise da realidade de saúde da população e são ainda observados três aspectos: o administrativo, que procede a enumeração e a quantificação da população, das doenças, das mortes e dos recursos disponíveis; o estratégico, que consiste na análise das relações de poder no setor, das desigualdades na situação de saúde entre grupos sociais e da distribuição de poder nos serviços de saúde; e o ideológico, que faz análise da ideologia dos grupos sociais. Por meio dos três diagnósticos é realizada a síntese diagnóstica, a partir daí há elaboração de propostas programático-estratégicas, cujo objetivo é a realização ações de saúde para a mudança (TESTA, 1995).

O Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus, propõe um método de planejamento situacional no qual o ator que planifica está dentro da realidade e coexiste com outros atores que, também, planificam, resultando em um jogo de atores em interação, onde as jogadas seriam os fatos, produzidos pelos jogadores (atores) (MATUS, 1993).

Para Matus o planejamento é “cálculo que precede e preside a ação”. Ele prevê quatro momentos básicos para o desenvolvimento de seu enfoque metodológico: o momento explicativo (seleção, descrição e explicação de problemas); normativo (desenho de um plano por operações para enfrentar os problemas); estratégico (análise de viabilidade política do plano e desenho de uma trajetória estratégica) e momentos táticos operacionais, da gestão e da implementação do plano (MATUS, 1993).

O planejamento em saúde ao ser vislumbrado como uma área de conhecimento um tanto complexa, em que as diferentes abordagens se complementam, requer a ampliação das práticas de planejamento e de sua consolidação dentro das instituições, de modo a fortalecer os sistemas e serviços de saúde (LUZ; PEREIRA; SILVA, 2013).

Dessa forma o planejamento pode ser visto como uma ferramenta que oportuniza o alcance da resolubilidade das medidas estabelecidas e implementadas, e ainda, viabiliza as melhorias da qualidade da gestão.

## **2.2 Histórico do Planejamento no Sistema Único de Saúde**

A Constituição Federal de 1988 tornou obrigatória a adoção sistemática do planejamento público pelos entes federados. Antes dela, não existia uma norma geral sobre o assunto, logo, cada dirigentes, das esferas de governo legislava sobre o próprio planejamento (GIACOMONI, 2007). Estabeleceu também os instrumentos legais de planejamento da gestão, aos quais todos os órgãos da administração pública deveriam se submeter, a fim de programar os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor. Diante disto, surge então, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (VIEIRA, 2009).

No setor saúde, a Constituição Federal de 1988 criou o SUS, que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080/90 estabeleceu que o setor saúde deveria realizar um planejamento ascendente do nível local até o federal, ouvindo os respectivos Conselhos de Saúde para elaboração de Planos de Saúde em todas as esferas de governo; e, a partir destes, seriam construídas as Programações Anuais de Saúde que, por sua vez, deveriam estar contempladas nas propostas orçamentárias. Desde então, o planejamento passou a ser reconhecido como fundamental nas ações e serviços de saúde e a configura-se como responsabilidade dos entes públicos (BRASIL, 1990a, BRASIL, 2009a).

A Lei 8.142/90 instituiu os requisitos para recebimento de recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde. Esta Lei determina que os municípios, estados e Distrito Federal devem ter Conselho de Saúde, com a participação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço; Planos de Saúde e Relatórios de Gestão que permitam o controle dos investimentos previstos nas programações (BRASIL, 1990b).

Pensando em uma forma de orientação do planejamento, o MS elaborou em 1992, o processo de planejamento em nível nacional e propôs a criação do Sistema Nacional de Planejamento para rearticulação e coordenação das atividades de planejamento. Por meio desta proposta, MS, estados, Distrito Federal e municípios se uniriam visando a superação dos entraves na orçamentação e financiamento da saúde; e estruturação de práticas de avaliação, de controle e de acompanhamento (BRASIL, 1992).

Nessa perspectiva, e com o processo de descentralização, gerou-se a necessidade de pactuação entre as três esferas de governo, e os gestores municipais passam a ter papel fundamental na consolidação do SUS, através do fortalecimento do planejamento como um relevante mecanismo de gestão (BRASIL, 2009c).

Em 1996, o MS publica a Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01/96), a qual estabeleceu um novo instrumento de planejamento, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), ampliando a possibilidade da assistência nos níveis de maior complexidade. A PPI traduz as responsabilidades de cada gestor do sistema, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, seja pela oferta no próprio município ou pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual (CONASS, 2011).

Nesse sentido, a PPI representou um avanço para organização do SUS no que diz respeito ao planejamento e à pactuação de ofertas de serviços entre os municípios e os seus estados. No entanto, ainda permaneciam problemas relacionados ao acesso e fazia-se necessário a discussão sobre a regionalização da assistência à saúde. Diante disso, em 2001, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) que ampliou as responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica e estabeleceu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal. A partir do PDR foram elaboradas as PPI anuais (VIEIRA, 2009).

Em 2006, o MS, visando consolidar ainda mais o SUS publicou o Pacto pela Saúde que é composto pelo Pacto da Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão

e regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos da Vida e da Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos compreendem o planejamento: a descentralização, a regionalização, o financiamento, PPI, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação em saúde (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, apesar dos avanços alcançados decorrentes das iniciativas para ordenar e integrar o planejamento do SUS, até então, não tinha um processo integrado de planejamento que pudesse guiar os gestores na direção do SUS. A partir da constatação da dificuldade institucional e da incipiência da incorporação de práticas de planejamento em todas as esferas de gestão do SUS, o MS, por meio da Portaria n. 399/2006 instituiu o Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), (SILVA; SANTOS; MENDES, 2012). Cujos objetivos são criar condições para a articulação dos processos de planejamento nas três esferas de governo (TEIXEIRA, 2010).

Após o advento do Pacto pela Saúde, o MS propôs uma reformulação no PLANEJASUS. Então, são definidos três instrumentos principais para operacionalização do planejamento do SUS: o Plano de Saúde (PS), que deve abordar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos; a Programação Anual de Saúde (PAS), que deve operacionalizar as intenções expressas no PS, apontando o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à gestão do SUS; e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que deve registrar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar eventuais mudanças que se fizerem necessárias. Os referidos instrumentos compõem, assim, o elenco básico dos produtos a serem promovidos, de início, pelo PLANEJASUS (BRASIL, 2009d).

Tais instrumentos são vertentes essenciais do processo de planejamento. Desse modo, faz-se necessário que profissionais da gestão, percebam mais que pontualidades nas entregas, visto que o processo do planejamento no SUS é imprescindível e iminente, para viabilizar a alocação de recursos, proporcionando melhores resultados. Ainda, percebe-se que a prática do planejamento é base para a mudança no modelo de atenção, tornando o sistema mais proativo e com proporcionais resolutividades. Contudo, ainda é nítido gestores e técnicos atuarem com vistas somente a rotina de praxe, se direcionando ao planejamento como mera habitualidade formal (MINAS GERAIS, 2013).

### **2.3 Planejamento em Saúde na Estratégia de Saúde da Família: teoria versus prática**

O Programa Saúde da Família criada em 1994, pelo MS, foi formulada para reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de incitar reflexões e mudanças nas instituições, nos paradigmas do pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Trata-se de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades, favorece o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais, garantindo a equidade das ações em saúde e a humanização do atendimento (CONILL, 2008).

O MS por meio da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, define que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como princípio geral a (re) organização da Atenção Básica (AB) no país, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. A ESF deve ainda ter caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional, nos territórios, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado do indivíduo e das famílias no decorrer do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população.

Sendo assim, no interior da ESF faz se necessário trabalhar as questões saúde por meio de um planejamento e uma programação local, “em um enfoque estratégico-situacional” (TEIXEIRA, 2001), tendo como foco a família e a comunidade.

Desse modo, na ESF, o planejamento tem como ponto inicial as reais necessidades da família e da comunidade, e deve ser direcionado à resolução dos problemas identificados no território de sua responsabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Fazendo uso de ferramentas que auxiliem na identificação dessas necessidades e possíveis situações de risco que a comunidade adscrita possa estar exposta, através de suas atividades cotidianas como, por exemplo, as visitas domiciliares (AZEREDO et al., 2007; TEIXEIRA, 2009; ABRAHÃO ; LAGRANGE, 2007; DRULLA et al., 2009) que segundo os referidos autores esse tipo de atuação extramuros é uma ferramenta potente para identificação das necessidades de saúde da família e comunidade.



Nesse sentido, o planejamento também deve ser realizado por informações colhidas através dos ACS, por ser o responsável pelo cadastramento das famílias e pelo levantamento do perfil sócio-econômico e epidemiológico e por ser o membro da equipe que está constantemente no território (FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Dessa forma são detentores de conhecimentos que não chegam à unidade (NASCIMENTO; CORREA, 2008; SAKATA; MISHIMA, 2012; STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009), sendo da competência da equipe realizar o planejamento conforme suas necessidades de saúde (SOUZA; ALMEIDA; BARBOSA, 2009).

Contudo, deve-se trabalhar com diagnósticos, construídos por meio de indicadores de saúde. A informação gerada pelo serviço, quando pautada nos “indicadores produzidos pela equipe, proporciona o desenho real de uma realidade apresentada pela população, viabilizando, assim, ações condizentes com as necessidades locais” (BARBOSA; FORSTER, 2010, p.427), buscando a identificação de cada problema, indicando as possíveis causas, procurando identificar a raiz de cada problema (VILASBÔAS, 2004).

Vale ainda destacar que o planejamento deve ser realizado pelos atores envolvidos na ação com a participação dos membros da equipe e comunidade em geral (CERVINSKI, et al., 2012) e deve ser um “processo contínuo e organizado que possa responder às demandas das ESF, (SILVA; NASCIMENTO, 2011, p.142), por meio da interação, compartilhando diferentes saberes no planejamento das ações (CUTOLO; MADEIRA, 2010).

Nesta perspectiva, a ESF é um espaço favorável para a efetiva participação da comunidade no processo do planejamento. Devendo propiciar e estimular sua participação na identificação, explicação e compreensão de seus problemas e necessidades de saúde, de forma a contribuir para as práticas políticas, sociais e culturais que tenham como propósito superar esses problemas de modo a atender suas necessidades (VILASBÔAS, 2004). Essa participação é garantida pela Constituição Federal de 1988 e complementada com a Lei Orgânica da Saúde 8142/90.

Sendo assim, a participação da comunidade nesse processo favorece o estabelecimento de vínculos, que são essenciais para a estruturação de um serviço baseado nos objetivos da ESF (SILVA; SANTOS; MENDES, 2012). A ideia de vínculo na ESF é a de conhecer as pessoas e seus problemas de saúde (SCHIMITH; LIMA, 2004), e acredita-se que com a participação da comunidade aumenta-se a possibilidade de consolidação da prática do planejamento (SILVA; SANTOS; MENDES, 2012).

Nos aspectos referentes à prática do planejamento, existem diferentes métodos que podem ser desenvolvidas nos espaços da ESF, a saber: o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o Planejamento e Programação Local de Saúde (PPLS) e o Planejamento pela Ação Comunicativa (PAC) entre outros (SILVA; NASCIMENTO, 2011).

Nesse sentido, destacaremos aqui o Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) visto que foi o método aplicado no processo de implantação das equipes de saúde da família, especialmente no Estado da Bahia (AQUINO, 2001) e por permitir a participação dos diversos atores sociais em seus momentos e negociação entre eles, possibilitando um planejamento voltado para a transformação das práticas de saúde em nível local.

O PPLS “É uma forma de organizar os resultados do diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida e sistematizar as ações necessárias para resolver os problemas e as necessidades em saúde, revelados junto à população e no território em que elas vivem.” (VILASBÔAS, 2004, p. 2).

O PPLS elaborado por Teixeira (1993) foi desenvolvido a partir do enfoque estratégico-situacional de Matus (1993). Vilasbôas e Teixeira (2001) trazem a proposta do PPLS a ser desenvolvido durante a realização de oficinas de trabalho das ESF, por meio da análise da situação de saúde (identificação e formulação de problemas, priorização de problemas, explicação de problemas); definição de objetivos; definições de ações, análise de viabilidade e desenho de estratégias; elaboração da programação operativa e definição de indicadores; acompanhamento e avaliação da programação operativa.

Esta proposta “pode ser aplicada em diversos recortes territoriais de um município: área de abrangência de uma unidade de saúde, conjunto de áreas de abrangência das unidades de saúde ou em todo o município” (VILASBÔAS, 2004, p. 9).

Entretanto, apesar das diversas possibilidades de métodos de planejamento que podem ser desenvolvidas na ESF, o que se percebe é a prática de um planejamento incipiente, sem valorizar o planejamento como instrumento indispensável de gestão. Segundo Paim (2003), o planejamento em saúde que existe no Brasil tem caráter verticalizado, ritualístico, uma fantasia, uma espécie de “pra-não-dizer-que-não-falei-de-flores”, descompromissado com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população.

Sabe-se da importância do planejamento enquanto prática cotidiana, contudo no momento de colocá-lo em prática detectam-se algumas limitações no que diz respeito à realização de um planejamento coletivo e participativo (SILVA; NASCIMENTO, 2011). A ausência de um planejamento coletivo das ações favorece a fragmentação da assistência por parte do profissional, não considerando as diversas dimensões das necessidades de saúde dos usuários, se distanciado do ideário da ESF (MARQUI et al.,2010).

Estudos identificam que em muitos espaços coletivos são raros os momentos que toda equipe se reúne para realizar o planejamento das ações e quando esse momento ocorre é realizado de forma centralizada e não trabalhando com diagnóstico construindo a partir da análise situacional (KELL; SHIMIZU, 2010; SANTANA, 2011; KAWATA et al.,2009). Ohira, Junior e Nunes (2014), relata que o planejamento não é realizado conforme sua particularidade, por regional de saúde.

Soma-se a isso o “conjunto de normas e regulamentações da ESF formulado pelo MS tem sido criticado por ser excessivo e por homogeneizar as atividades das ESF em todo o território nacional sem considerar as necessidades e especificidades locais” (CUNHA; SÁ, 2013, p.68).

Outra questão importante que vem sendo apontada por autores (OLIVEIRA et al.,2010; SILVA; NASCIMENTO, 2011; SERAPIONI; SILVA, 2011) refere-se à barreira geográfica para acesso às comunidades adscritas como sendo aspecto dificultador no processo de planejamento. Destaca-se ainda que os problemas enfrentados pelos municípios diferem ainda de acordo o porte populacional, visto que estes não são da mesma dimensão, contudo os municípios de pequeno porte precisam de diretrizes e instrumentos para orientar seu desenvolvimento (MATIELLO; VILLELA, 2010).

Sendo assim, para que o planejamento em saúde na ESF possa avançar, devem-se identificar as demandas importantes, conforme as singularidades de cada município e, por conseguinte de cada área, para que se possam resolver os problemas e as necessidades apontadas. O planejamento precisa ser vislumbrado como um exercício de política e cidadania, isso porque, o ato de planejar implica na participação de todos os atores importantes nesse processo: gestores, trabalhadores de saúde e usuários, não sendo apenas objeto para o cumprimento de questões formais e burocráticas e com pouca repercussão sobre as práticas de gestão.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

---

O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade.

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

### **3.1 Tipo de Estudo**

Para viabilizar o alcance dos objetivos propostos para o estudo optamos por um estudo de caso. Segundo Yin (2005, p.19) o estudo de caso é um estratégia muito utilizada quando se colocam “questões do tipo “como” e o” por quê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneo inseridos em algum contexto da vida real”.

O estudo é de caráter descritivo, pois permite conhecer e observar fenômenos, como são constituídos, suas características e os processos que fazem parte deles, possibilitando ao pesquisador descrever as circunstâncias nas quais os fenômenos aconteceram (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Quanto à natureza, trata-se de um estudo qualitativo, cuja abordagem envolve a compreensão profunda e abrangente de um universo de significados, crenças e valores que não podem ser quantificados através da operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

### **3.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado em um município de pequeno porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia. A escolha do município foi intencional, visto que o estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “A Organização do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Dires-BA”, vinculado ao Projeto de Pesquisa Prioritário para o SUS (PPSUS), financiado pelo Ministério da Saúde. Dos 25 municípios que compõem esta Diretoria de Saúde 10 foram selecionados por apresentarem população inferior a 15.000 habitantes e os gestores do setor saúde destes municípios concordarem com a realização da pesquisa.

Como critério de inclusão considerou: pertencer ao PPSUS, proximidade geográfica com o município sede da microrregião e nível de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família superior a 90%.

O estudo teve como cenário as Unidades de Saúde da Família do município escolhido, compondo um universo de 05 unidades, as quais para fazerem parte do estudo deveriam está funcionando há, no mínimo, um ano, com profissionais atuando a pelo menos seis meses.

### **3.3 Características do município estudado**

Segundo o IBGE (2014), município estudado possui área territorial de 2.231,625Km<sup>2</sup>, população estimada em 2014 de 14.618 habitantes, Densidade Demográfica de 6,45hab/Km<sup>2</sup>, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,566, Incidência de Pobreza de 62,13%, Incidência de pobreza subjetiva de 72,34%, Índice Gini 0,36. O município possui sete (07) estabelecimentos de saúde, sendo seis (06) públicos e um (01) privado, destes, cinco (05) são destinados a assistência primária e um (01) destinado ao atendimento hospitalar. Possui cinco (05) unidades de saúde da família, duas localizadas em zona urbana e três na rural. No ano de 2010 havia um total de 3.874 famílias, sendo que destes 7.359 pessoas residem em área urbana e 7.028 em zona rural, do total de moradores 51% são do gênero masculino (7.338) e 49% do sexo feminino (7.049). São 9.699 pessoas alfabetizadas e 5.113 frequentando escolas ou creches.

### **3.4 Participantes do Estudo**

Os participantes do estudo foram Enfermeiro, Médico e Agentes Comunitários de Saúde. Não trabalhamos com a Equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), pois na observação sistemática verificou-se que o técnico de enfermagem não participava das reuniões de planejamento, tornando a nosso ver desnecessária sua participação no estudo.

Foram entrevistados 05 enfermeiros, 04 médicos e 21 Agentes Comunitários de Saúde. Quanto ao perfil dos profissionais, 83% são do sexo feminino, 73,3% são efetivos, a idade variou de 24 a 58 anos, sendo a média 37,9 anos. Com relação à escolaridade, (11) possuem nível superior, (01) superior incompleto, (17) 2<sup>o</sup> grau completo e (01) 1<sup>o</sup> grau incompleto. A média de tempo de trabalho foi de 02 anos para o enfermeiro, 08 meses para o médico e 07 anos para os Agentes Comunitários de Saúde.

### **3.5 Instrumento de Coleta de Dados**

Para obter os dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, além da realização de uma observação sistemática. Para à entrevista semiestruturada, utilizou-se os instrumentos de coleta de dados elaborados para o projeto PPSUS (ANEXO III e IV),

sendo que destes foram exploradas as questões relacionadas ao planejamento em saúde, o que permitiu detalhar o tema de interesse.

A entrevista semiestruturada é uma fonte de expressão das ideias e dos valores dos participantes da pesquisa, sendo através da comunicação orientada que o pesquisador poderá captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais profundas do objeto a ser investigado. Ao mesmo tempo, concede voz ativa aos participantes para se expressarem sobre a temática em questão, oferecendo dessa maneira um significado particular à sua atividade, e, por conseguinte, produzindo um novo conhecimento de mundo. Além de combinar perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010).

A segunda técnica utilizada, enquanto fonte primária foi à observação sistemática, a qual foi realizada com base em um roteiro pré-estabelecido (ANEXO VI).

Segundo Gil, (2008, p. 104), a observação sistemática:

É frequentemente utilizada em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses. Nas pesquisas deste tipo, o pesquisador sabe quais os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. Por essa razão, elabora previamente um plano de observação.

De acordo Minayo (2010, p.100), toda observação deve ser registrada no diário de campo, considerado instrumento que constam “todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais”.

### **3.6 Procedimentos de Coleta de Dados**

Após contato telefônico, foi agendada uma data com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde, que previamente ao envio do projeto, havia consentido com a realização da Pesquisa Prioritária do SUS (PPSUS), para que se procedesse ao início da coleta dos dados.

A coleta de dados ocorreu no período de março e maio de 2014. As entrevistas foram registradas em gravador digital, e realizadas em local determinado pelo coordenador da equipe, em horários que não interferiam na rotina do trabalho. Foram excluídos do estudo os profissionais não encontrados em seu local de trabalho após três tentativas agendadas, em dias e horários diferentes.

A observação sistemática foi realizada nas ESF durante um período de 8 horas, nos turnos matutinos e vespertinos, no mês de março de 2014, utilizou-se o diário de campo, no qual foram registradas as impressões no decorrer das observações, para que desta forma, não houvesse perda das informações.

### **3.7 Método de Análise dos Dados**

Para análise dos dados utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste na organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O DSC utiliza quatro figuras metodológicas ou operadores do DSC chamadas Expressões-Chave (ECHs), Ideias Centrais (ICs) e/ou Ancoragem (AC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Neste trabalho, utilizamos, ECHs, ICs e o DSC. As ECHs apresentam-se como trechos literais do discurso, que desvendam a essência dos depoimentos, o que existe de maior relevância ou importância nas entrevistas. As ICs descrevem, de maneira concisa, o sentido ou sentidos presente em cada depoimento (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

DSC é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, o que indica uma “pessoa coletiva” discorrendo como se fosse um sujeito individual do discurso, é composto pelo conjunto das ECHs de respostas que tem ICs semelhantes (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Dessa forma, Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 20) identificam que a construção do DSC, é um conjunto ou “[...] soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, [...] de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo e o todo constituído por essas partes”.

Através desta técnica é possível reconstruir “com partes de discursos individuais, como um quebra-cabeça, tantos discursos síntese quantos se julgue necessário para expressar uma determinada ‘figura’ ou tema” que representa a coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, p.19).

As entrevistas foram analisadas seguindo as etapas proposta pelo DCS, conforme descrito a seguir:

Na tela Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1) copiamos integralmente o conteúdo da resposta de cada sujeito na coluna ECHs. Vale ressaltar que no processo de



seleção das ECHs, foram retirados trechos que não eram relevantes para a pesquisa. Foram Identificadas e descritas as ICs com base em cada ECHs, colocando-as nas colunas correspondentes. Em seguida, as ICs de sentidos semelhantes, sentido equivalente ou complementar foram agrupadas em categorias as quais foram “rotuladas” com as letras (A, B, C, etc), após essa etapa cada uma destas categorias foram denominadas de acordo com a IC síntese. Essa denominação deve representar da melhor maneira possível as ICs agrupadas sob a categoria. Na tela Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2), foi escolhida uma categoria (A, B, C, etc.) na qual a IC se enquadra. Após escolha da categoria apareceu as ECHs de todas as respostas enquadradas nessa categoria. Em seguida copiamos ECHs para o espaço logo abaixo, o do DSC. Dentro do espaço do DSC trabalhamos sobre as ECHs copiadas, para que pudéssemos construir o DCS. Após concluirmos a primeira categoria, repetimos o processo para as demais.

Ressalte-se que para a construção dos DSCs foram utilizados conectivos entre os parágrafos, eliminadas as ideias repetidas, os erros mais grosseiros de ortografia, os vícios de linguagem. Buscou-se assim coesão, clareza e coerência na construção dos discursos.

### **3.8 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), tendo sido aprovado sob o número de protocolo 080/2009, conforme Ofício CEP/UESB 265/2009, em 04 de setembro de 2009. O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Previamente à coleta de dados os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, anonimato e sigilo das informações deste projeto, facultando-lhes a decisão de participar ou não do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE.

Para preservar o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados conforme a abreviação de cada categoria profissional, a saber: Médicos (MED), Enfermeiros (ENF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

No planejamento não podemos recusar a ideia que existem conflitos, que se contrapõem ao nosso desejo de mudança, esta oposição é realizada por outros indivíduos com diferentes visões e opiniões, que podem aceitar a nossa proposta de futuro no todo ou em parte, ou simplesmente recusar esta possibilidade.

Carlos Matus

Os resultados desse estudo foram apresentados no formato de dois manuscritos, elaborados de acordo com as normas de submissão para autores da revista selecionada. A seleção dos temas abordados nos manuscritos visa contemplar os objetivos propostos no estudo. Dessa maneira, com vistas a responder o primeiro objetivo específico, descrever o processo de planejamento em saúde nas estratégias de saúde da família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro, foi elaborado o primeiro manuscrito, intitulado “Planejamento em Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro”.

Para atender o segundo objetivo, identificar as dificuldades e facilidades que equipes da Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro, encontram no processo de planejamento em saúde, foi elaborado o manuscrito “Dificuldades e facilidades no processo de planejamento em saúde na estratégia de saúde da família em município de pequeno porte”.

O alcance do objetivo geral, conhecer o processo de planejamento em saúde na estratégia de saúde da família em municípios de pequeno porte do nordeste brasileiro, foi contemplado nos dois manuscritos apresentados com os resultados da pesquisa.

#### 4.1 Manuscrito 1: Planejamento em Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro

Manuscrito será submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública, elaborado conforme as instruções para autores, disponíveis no link: <http://www.scielo.br/revistas/csp/pinstruc.htm>, acesso em dezembro de 2014.

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO NORDESTE BRASILEIRO**

**PLANNING FOR HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN  
SMALL CITY OF NORTHEASTERN BRAZIL PORTE**

**PLANIFICACIÓN DE LA SALUD EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA  
FAMILIA EN LA PEQUEÑA CIUDAD DEL NORESTE DE BRASIL PORTE**

Sueli Vieira dos Santos<sup>1</sup>  
Cezar Augusto Casotti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Ba, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-graduação e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-Jequié-BA Brasil.

**Correspondência**

S.V.Santos

Urbis III Caminho 22, n<sup>o</sup>17

Jequiezinho, Jequié-Ba. 45.206510

**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo descrever o processo de planejamento em saúde nas Estratégias de Saúde da Família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro. Trata-se de estudo de caso, descritivo, qualitativo. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e observação sistemática. Nesta pesquisa utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio do *soft Quantiqualisoft*, e da análise dos dados emergiram: Seis ideias centrais que deram origem a seis discursos do sujeito coletivo. No município analisado, o processo de planejamento em saúde é pontual, programático e ocorre no dia da entrega do relatório de produtividade, sendo em algumas equipes realizado de forma centralizada. As necessidades de saúde da população são identificadas durante visita domiciliar e pelos agentes comunitários de saúde. Entre as ESF há divergências quanto ao uso de indicadores de saúde no planejamento.

**Palavras-chave:** Planejamento; Planejamento em Saúde; Práticas de Planejamento; Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT**

This study aimed to describe the health planning process in the Family Health Strategies in small northeastern Brazilian city. This is a case study, descriptive, qualitative. Data were collected through semi-structured interviews and systematic observation. In this research we used the technique of the Collective Subject Discourse, through the *soft Quantiqualisoft*, and analysis emerged: Six core ideas that led to six speeches collective

subject. Over this municipality, the health planning process is timely, programmatic and be the day of delivery of the productivity report, and in some teams performed centrally. The health needs of the population are identified during home visits and by community health workers. Among the ESF there are differences in the use of health indicators in planning.

**Keywords:** Planning; Health Planning; Planning practices; Family Health Strategy.

## INTRODUÇÃO

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990 e, por conseguinte, o processo de descentralização político-administrativo e a universalização do acesso aos serviços de saúde, surgiram inúmeros desafios à gerência desses serviços. A partir de então, a gestão municipal e os gerentes de unidades de saúde assumiram um papel fundamental no planejamento e na execução dos serviços. O planejamento faz parte do arcabouço legal do SUS, seja indicando processos e métodos de formulação, seja como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria, devendo ser realizado de forma ascendente do âmbito local até o federal<sup>1, 2</sup>.

Diante da promulgação das leis orgânicas da Saúde, tornou-se oportuno o desenvolvimento do planejamento em saúde<sup>3</sup>. Por meio do processo de descentralização, os municípios passaram a atuar como protagonistas na execução das políticas<sup>4</sup>, cabendo a estes a autonomia que o sistema precisava para proporcionar o atendimento à saúde<sup>5</sup>.

Sendo assim, para assegurar a assistência à saúde, fez-se necessário um efetivo planejamento municipal, e, para tanto, várias estratégias foram criadas para operacionalizar essa nova maneira de gerir a saúde; dentre elas, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo Conill<sup>6</sup>, trata-se de uma estratégia que envolve a comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois aproxima as equipes multiprofissionais dos domicílios, das famílias e das comunidades. E também favorece o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais, garantindo a equidade das ações em saúde e a humanização do atendimento.

Além disso, na ESF as atividades são desenvolvidas conforme o planejamento e a programação realizada, com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade<sup>7</sup>. Assim, para planejar, é imprescindível o conhecimento da realidade, a fim de tornar possível o alcance do objetivo proposto, visto que envolve um

conjunto de planos que variam desde o detalhamento das atividades cotidianas até as estratégias políticas<sup>8</sup>.

Nessa perspectiva, entende-se que o planejamento em saúde seja uma das ferramentas que podem contribuir para a mudança dos modelos de gestão e assistencial em saúde, pois o seu processo sistemático contribuirá favoravelmente para a resolutividade e a qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população. Vale destacar que o processo contínuo do planejamento é condição essencial para a inversão do modelo de atenção, tornando o sistema mais proativo e resolutivo.

No Brasil, segundo Meurer e Vieira<sup>9</sup>, 73% dos municípios são classificados como de pequeno porte (até 20.000 habitantes), o que desperta o interesse investigativo a fim de conhecer o modo como ocorre o processo de planejamento em saúde nessas localidades, visto que nas principais bases de dados científicos que veiculam a produção do conhecimento (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Scientific Electronic Library Online – *SciELO*) identifica-se carência de estudos relacionados a essa temática. Wanderley<sup>10</sup> relata que os municípios de pequeno porte não recebem a devida importância por parte dos pesquisadores. Diante disso, este estudo objetiva descrever o processo de planejamento em saúde nas Estratégias de Saúde da Família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro.

## MÉTODOS

Esta pesquisa consiste em um estudo de caso, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizado em município de pequeno porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia (13ª Dires-BA).

A escolha do município ocorreu de modo intencional, visto que o estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior, intitulado “A Organização do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Dires-BA”, vinculado ao Projeto de Pesquisa Prioritário para o SUS (PPSUS), financiado pelo Ministério da Saúde. Dos 25 municípios que compõem essa Diretoria de Saúde, 10 foram selecionados por apresentarem população inferior a 15.000 habitantes e cobertura populacional da ESF superior a 90%.

Para este estudo, foi selecionado um município que possui área territorial de 2.231,625 Km<sup>2</sup>; população estimada, em 2014, de 14.618 habitantes; Densidade Demográfica de 6,45 hab/ km<sup>2</sup>; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de

0,566; Incidência de Pobreza de 62,13%; Incidência de pobreza subjetiva de 72,34%; e Índice Gini 0,36<sup>11</sup>.

Incluíram-se no estudo as ESF implantadas há no mínimo um ano, com profissionais atuando na equipe há pelo menos seis meses. Excluíram-se os profissionais não encontrados no local de trabalho após três tentativas. Foram considerados trabalhadores da ESF o Enfermeiro, o Médico e os Agentes Comunitários de Saúde. O trabalho não foi realizado com a Equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), pois verificou-se que o técnico de enfermagem não participava das reuniões de planejamento, tornando, portanto, desnecessária sua participação no estudo.

Para a obtenção dos dados, foram utilizadas duas técnicas, a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. Para a entrevista, foi elaborado um questionário semiestruturado, e para a observação sistemática, um roteiro foi pré-estabelecido. Os dados foram obtidos entre os meses de março e maio de 2014. As entrevistas foram registradas em gravador digital e depois transcritas na íntegra. A observação sistemática foi realizada durante 8 horas em cada uma das ESF, sendo registradas em diário de campo.

Para análise dos dados, foi feita a opção pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com o auxílio do *soft Quantiqualisoft*. Essa técnica desenvolve um trabalho com quatro figuras metodológicas: Expressões-Chave (ECHs), Ideias Centrais (ICs) e/ou ancoragem (A) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo utilizadas, neste trabalho, as seguintes figuras: ECHs, ICs e o DSC. Os dados obtidos resultam em um discurso individual do coletivo, ou seja, é a representação da coletividade na primeira pessoa do singular<sup>12</sup>.

Vale ressaltar que para manter a fidedignidade dos DSCs 2 e 4 não foi possível evitar o particularismo, pois se houvesse a omissão de sua categoria profissional haveria comprometimento dos DSCs.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) mediante o parecer nº 080/2009.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No município analisado, 05 ESF estão implantadas, sendo todas incluídas no estudo por atender aos critérios de seleção. Das 05 ESF, 02 localizavam-se na zona



urbana e 03 na rural. Foram entrevistados 05 enfermeiros, 04 médicos e 21 Agentes Comunitários de Saúde.

Quanto ao perfil dos profissionais, 83% são do sexo feminino, 73,3% são efetivos. A idade variou entre 24 e 58 anos, sendo a média 37,9 anos. Com relação à escolaridade, 11 possuem nível superior, 01 possui nível superior incompleto, 17 concluíram o 2º grau e 01 possui o 1º grau incompleto. A média de tempo de trabalho foi de dois anos para o enfermeiro, oito meses para o médico e sete anos para os Agentes Comunitários de Saúde.

Com base na análise dos dados, foram apreendidas seis ideias centrais e os respectivos discursos que as representam, que emergiram por meio das Expressões-Chave.

Diante do questionamento dos membros da equipe de saúde sobre como é realizado o planejamento em saúde na ESF, obtiveram-se duas ICs que geraram respectivos DSCs.

### **IC1 - Planejamento pontual no dia da entrega do relatório de produtividade**

DSC – O planejamento é feito mensalmente, sempre nas reuniões de produtividade a gente já aproveita para poder lançar algum dado, alguma coisa que a gente precisa fazer. Planeja, vê as datas e quem fica com o quê, a gente se reúne para falar sobre a necessidade de cada um, de cada área e de quê se está precisando, cada qual conta o seu problema e passa as informações, por exemplo, os problemas que mais afetam a população acabam sendo planejados ou monta-se alguma estratégia com base nas informações que a gente passa para a equipe. Planeja sobre a sala de espera, visita domiciliar, os atendimentos de hiperdia, planejamento familiar, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, a gente fica sabendo das datas, de acordo com o fluxograma do mês inteiro, os dias de atendimento, cada um tem o seu dia o seu horário para poder ser atendido. No caso da terça-feira, ficou reservada para atender os hipertensos, para medir a pressão. Eles podem vir a qualquer dia da semana, mas o dia de passar pelo atendimento do Hiperdia já ficou especificado para ser na terça-feira.

Percebeu-se, portanto, que o coletivo confunde o fechamento da produtividade com a reunião da equipe. Nessa atividade, há o repasse de informações, questões operacionais, e é estabelecida a programação da equipe e entrega do relatório de produtividade ao coordenador na unidade. Nesse momento, são repassadas informações sobre situação de saúde da população, mas o foco não é direcionado para os problemas de saúde da população adscrita, para discussões de casos e/ou para projetos terapêuticos comuns. As discussões acerca do planejamento das atividades ocorrem na reunião de entrega do relatório das atividades realizadas.

Um estudo desenvolvido no município de Santo Antônio do Descoberto (GO) corrobora nossos achados, no qual o “planejamento” mensal também acontece no dia da entrega do relatório de produtividade e, segundo os trabalhadores, este é o momento que eles realmente têm para planejar<sup>13</sup>.

Neste estudo, durante a observação sistemática da reunião das equipes, percebeu-se que para planejar eles consideram programas pré-estabelecidos (Hiperdia, Crescimento e Desenvolvimento, Planejamento Familiar e Pré-Natal). Dados semelhantes foram identificados em outros estudos<sup>13, 14</sup>, nos quais as equipes dão ênfase à execução dessas ações.

Essas ações seguem orientação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), visto que essas são áreas prioritárias da atenção básica<sup>15</sup>. Vale ressaltar que as ações programáticas são ferramentas importantes no processo de trabalho em saúde, mas a ESF não deve ficar centrada apenas em programas pré-estabelecidos. Segundo Rosa e Labate<sup>16</sup>, ao adotar essas ações, a ESF perde a qualidade, no sentido de que não se trabalha de fato com as reais necessidades de saúde da população atendida pelo serviço, sem produzir, assim, o impacto esperado na modificação da qualidade de vida dos usuários.

Nessa perspectiva, uma das propostas é o Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS)<sup>17</sup>, inspirada no enfoque estratégico situacional do planejamento em saúde de Matus<sup>18</sup>, que é composto por cinco momentos, a saber: análise da situação de saúde; definição de objetivos; definição de ações, análise de viabilidade e desenho de estratégias; elaboração da programação operativa; e acompanhamento e avaliação da programação operativa<sup>17</sup>.

Entretanto, neste estudo, notou-se que, na prática, nas ESF analisadas, a existência de planejamento é incipiente, está mais voltado para as normas técnicas comuns a todos os serviços, geralmente diretrizes do MS. Segundo Vilasbôas e Paim<sup>4</sup>, o planejamento das ações em saúde tem se conformado em uma prática pontual. Nesse sentido, não é fundamentado em prioridades que correspondam à análise sistemática da realidade local, o que garantiria critérios mais específicos voltados às particularidades de cada unidade<sup>19</sup>.

## **IC2 - Planejamento normativo, centralizado**

DSC – O planejamento é feito pela coordenadora. Ela faz o cronograma e passa para a gente realizar durante o mês todo. Normalmente como você viu ali, a sala de espera, sempre é com a coordenadora, só ela. Em reuniões,

pequenas reuniões, fechadas, só que não abrange toda a população. O planejamento é deles mesmos. Ela planeja, faz tudo, ela ainda não se sentou com a gente em momento algum, porque também ela é nova no trabalho, eu acho que deveria sentar um período do mês ou da semana para planejar.

O planejamento, em alguns espaços coletivos, continua sendo realizado de maneira normativa, centralizada, indicando que, apesar da equipe estar presente, a tomada de decisão é realizada sem participação efetiva de todos os trabalhadores. O DCS revela características marcantes do Planejamento Normativo, visto que supervaloriza a presença de apenas um sujeito social (o que planeja) em detrimento do outro (quem realiza a ação). Isso demonstra que a equipe não tem a oportunidade de planejar conjuntamente as ações que visam a integrá-los. Esse aspecto aponta para uma prática de planejamento pouco participativa, sem a presença da dimensão comunicativa.

Em uma das equipes pesquisadas, em certos momentos, a comunicação com a enfermeira efetivava-se mediante a transmissão de informação e distribuição de tarefas a serem realizadas no decorrer do mês.

Outros estudos<sup>20, 13, 14</sup> permitiram a constatação de que o planejamento é realizado de forma centralizada, em que, segundo relato dos sujeitos do estudo, “Normalmente quem faz o planejamento é a enfermeira, a coordenadora. Aqui eu nunca participei. Eu não tenho ideia de como isso é feito. O planejamento é passado para a gente e a gente executa”.

Nesse sentido, nota-se que as equipes de saúde dificilmente planejam suas ações em conjunto com a comunidade e outros membros da unidade. As ações de planejamento são geralmente desenvolvidas de modo centralizado e pouco participativo, distanciando-se do ideário da ESF enunciado pelos documentos oficiais do MS<sup>21</sup>.

Diante do exposto, emerge a necessidade de um planejamento integrado e horizontalizado, caso contrário a proposta será de um Planejamento Estratégico, mas, na prática, será desenvolvido um Planejamento Normativo. Dessa forma, faz-se necessária uma prática de planejamento que envolva a participação de todos os membros da equipe e da comunidade, reconhecendo que todos os sujeitos têm a mesma importância, pois contribuem igualmente para alcançar os resultados, colaborando, assim, com a melhoria dos serviços prestados.

Quando os profissionais foram questionados sobre quais estratégias são utilizadas pelas equipes de saúde para identificar as necessidades da população de sua área de abrangência, foram geradas duas ICs e respectivos DSCs.

## IC1 - Durante a visita domiciliar

DSC – Através da visita domiciliar, você pode olhar não só paciente doente, mas seu modo de vida, o que influi sobre a saúde desse paciente. Através das visitas em todo momento a gente observa e procura atender às necessidades desses pacientes (MED1, ENF5, MED3, ENF2).

A ESF, tendo em vista as novas formas de produção de cuidado, propõe a Visita Domiciliar como ferramenta de destaque no processo de trabalho das equipes<sup>22</sup>. A Visita Domiciliar é uma atribuição comum a todos os integrantes da ESF, preconizando que o ACS realize, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na sua área de abrangência, entretanto esse número pode sofrer alteração conforme necessidade da família. Quanto aos demais membros da equipe, suas visitas são planejadas quando indicado ou caso seja necessária<sup>7</sup>. Entre os membros da equipe, os ACS são os maiores responsáveis pelas visitas domiciliares às famílias cadastradas na ESF<sup>23</sup>.

Assim, a Visita Domiciliar configura-se como um elemento que facilita a identificação das necessidades e situações de risco das comunidades adscritas<sup>23</sup>. É por meio dela que o profissional de saúde tem a oportunidade de conhecer a realidade da comunidade adscrita como, por exemplo, condições socioambientais e habitacionais, relações familiares, situações de adoecimento<sup>24</sup>, contribuindo, assim, para a identificação de áreas de risco, situações que não seriam visíveis no espaço da ESF<sup>25</sup>. Essas informações possibilitam o planejamento e o direcionamento das ações com base nas reais necessidades da comunidade. A Visita Domiciliar proporciona vantagem, pois possibilita a aproximação entre a equipe de saúde e o contexto de vida e dinâmica das famílias, sendo facilitadora no planejamento das ações de saúde<sup>26</sup>.

Neste estudo, o DSC revelou que as necessidades de saúde da população da área da ESF são identificadas durante a visita domiciliar. Há um estudo realizado num município da região metropolitana de Curitiba (PR) que corrobora nossos resultados<sup>27</sup>.

Portanto, a Visita Domiciliar constitui importante instrumento para a ESF, por permitir à equipe conhecer o contexto de vida do indivíduo, da família e da comunidade assistidos e, assim, identificar suas reais necessidades, permitindo o planejamento de ações, baseando-se no conhecimento da realidade vivida pela população, promovendo mudança para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida das pessoas, tendo em vista a promoção da saúde da coletividade.

## IC2 - Por meio dos agentes comunitários de saúde

DSC – É identificado através das queixas dos ACS, através das dificuldades que ele observa. Quando a gente vê uma necessidade a gente aciona mais os ACS, nas visitas identificam alguma situação, e a gente faz alguma coisa em cima daquilo que o agente comunitário passa para mim. O ACS está sempre recorrendo à gente, trazendo informação. Ele fala qual é o principal problema e assim o planejamento é realizado para tentar resolver aquele problema. O elo que a gente tem com a comunidade e o PSF são os agentes comunitários e como eles moram na área e estão constantemente ali, eles veem quais são os problemas da localidade e passam para a gente, temos que ir nos adaptando de acordo com essa realidade. O ACS tem papel fundamental porque ele vai com maior frequência a esse paciente.

O discurso coletivo reconhece que o ACS é quem melhor identifica a área, bem como a necessidade das pessoas que ali vivem, por morar na área de abrangência da ESF e visitar com maior frequência esses indivíduos. Considerando a observação sistemática e a entrevista, percebe-se que os ACS detém um vasto conhecimento sobre a população adscrita. Esse conhecimento advém do vínculo que foi construído ao longo do tempo.

Em virtude do fato de residirem no local onde atuam e conviverem com sua realidade, o ACS possui conhecimento mais aprofundado em relação à comunidade<sup>28</sup>. Essa convivência lhe permite uma visão diferenciada quanto aos demais membros da equipe sobre os problemas e necessidades da população<sup>26</sup> que, a princípio, não poderiam ser reconhecidos no contexto da ESF<sup>29</sup>. Sendo assim, são responsáveis pela identificação da demanda da comunidade e comunicação dela à unidade de saúde, sendo fundamental para o estabelecimento do vínculo entre a população e ESF, tendo, portanto, uma função mediadora<sup>30</sup>.

Dessa forma, o ACS desempenha o papel essencial de interlocutor entre a comunidade e demais membros da ESF onde atua. Portanto, torna-se um ator facilitador para a equipe identificar a realidade da área adscrita. Sua presença constante junto às famílias permite que se aproprie de informações que os demais profissionais desconhecem, sendo assim, seu papel é fundamental para identificar as necessidades da comunidade.

Do questionamento sobre a utilização de indicadores de saúde como instrumento no planejamento, obtiveram-se duas ICs que geraram respectivos DSCs. Contudo, evidenciou-se divergência, conforme observado abaixo.

## **IC1 - Uso de indicadores de saúde como instrumento no planejamento**

DSC – Através das notificações e dos nossos documentos que são registrados. A gente recebe todo mês o relatório do SIAB pela secretária e, às vezes, a gente se encontra em reuniões na secretária para passar alguns indicadores que estão altos ou baixos, para poderem ser trabalhados. Em campanha mesmo de vacina para a gente atingir as metas a população-alvo deve ser coberta, como a campanha do idoso, e agora teve a campanha do HPV que trabalham com a população de adolescentes.

## **IC2 - Não utilização de indicadores de saúde como instrumento no planejamento**

DSC – É muito difícil, geralmente é assim: os agentes de saúde fazem a visita e passam as informações aqui, mas os indicadores, você vê a meta de quanto que está, é mais difícil. Esses indicadores existem, mas eu não sei como normalmente isso é feito, como esses indicadores são utilizados, sempre tem registros de tudo, mas não sei te informar diretamente como é que é. Eu acredito que deve ser usado, mas só que até hoje eu nunca vi, apesar de que a gente preenche aquela folha do SIAB e a partir dali que agente vê, as necessidades, mas até hoje, eu particularmente, de tudo que eu já fiz lá nunca tive um resultado, uma troca, um feedback.

Os indicadores de saúde são relevantes para conhecer a comunidade assistida, uma vez que revelam a situação da saúde, subsidiando o planejamento das ações da equipe, com base em suas necessidades e prioridades. Entretanto, percebeu-se que, na prática, as informações da área de abrangência da ESF e do Sistema de Informação em Saúde (SIS) nem sempre são usadas no planejamento das ações.

A observação sistemática corrobora o segundo DCS, pois não foi identificada a utilização de indicadores nas reuniões das equipes e nem mesmo foi levantada uma discussão acerca dos dados gerados no território adstrito. Sabe-se que esses dados podem produzir informações importantes para o planejamento das ações de saúde. Vale destacar, também, que não basta gerar informações sobre a área de abrangência da unidade, mas faz-se necessário que a equipe as incorpore em sua prática diária. Nesse sentido, verificou-se que em nenhum momento o coletivo, quando questionado, relatou o uso dos indicadores pactuados com o MS.

Ohira, Junior e Nunes<sup>14</sup> afirmam que o uso do SIS serve mais para atender às demandas da equipe para com o gestor municipal do que para o planejamento e avaliação dos serviços prestados pela ESF. Estudos realizados nos municípios de Pindamonhangaba<sup>19</sup> e Ribeirão Preto<sup>31</sup> confirmam tais resultados, visto que foi possível identificar que os membros das equipes de saúde da família entendem a finalidade e importância do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entretanto seu uso

limita-se apenas ao registro dos dados, sem utilizá-los, desvalorizando as informações produzidas, essas que são ferramentas básicas de gerenciamento para o planejamento e avaliação das ações.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, é atribuída a todos os profissionais da equipe a utilização, em reuniões, dos dados disponíveis e discussão em conjunto do planejamento e avaliação das ações da equipe<sup>7</sup>. Segundo Franco<sup>32</sup>, é por meio dos indicadores de saúde que se torna possível conhecer áreas de risco e identificar tendências dos agravos que acometem a comunidade, sendo, portanto, um instrumento a ser utilizado na identificação, monitoramento e avaliação das ações. Desse modo, o seu uso facilita e qualifica as ações de planejamento em saúde da população assistida, subsidiando as práticas de trabalho da equipe, em conformidade com a realidade local.

É importante destacar que, durante a coleta de dados, as equipes de saúde do município analisado estavam em fase de implantação do novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), cuja estratégia de operacionalização é o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Acredita-se que em decorrência de ainda estarem utilizando o SIAB, no discurso não houve menção à estratégia e-SUS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base no discurso do sujeito coletivo, conclui-se que no município analisado o planejamento em saúde acontece de forma pontual, programática, no dia da entrega do relatório de produtividade, e não há um dia específico para o planejamento das ações em saúde, baseadas no diagnóstico situacional. Em algumas equipes, o planejamento é realizado de forma centralizada e sem a participação dos demais trabalhadores que compõem as equipes.

Observou-se que as necessidades de saúde da população adscrita são identificadas durante a visita domiciliar e pelos agentes comunitários de saúde. Quanto à utilização de indicadores em saúde, como instrumento no planejamento, há evidências de divergências nos discursos, o que não permite confirmar o seu uso no planejamento e tomada de decisão em todas as ESF. Durante a observação sistemática não foi possível identificar se a equipe fazia ou não uso desse instrumento.

Diante disto, sugere-se que as ESF realizem o planejamento em equipe, participativo, com um enfoque estratégico-situacional, para dar maior resolutividade aos

problemas e necessidades de saúde da população adscrita. Vale ressaltar que a responsabilidade coletiva dos membros da equipe é fundamental para o planejamento e efetivação das ações de saúde. Dessa forma, faz-se necessário que os trabalhadores das ESF compreendam as potencialidades do planejamento em saúde para a efetivação desse novo modelo de atenção.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de planificación de la salud en las Estrategias de Salud de la Familia en la pequeña ciudad del nordeste brasileño. Se trata de un estudio de caso, descriptivo y cualitativo. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y observación sistemática. En esta investigación se utilizó la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo, a través de la suave Quantiqualisoft y análisis emergieron: Seis ideas centrales que llevaron a seis discursos sujeto colectivo. Durante este municipio, el proceso de planificación de la salud es oportuna, programático y será el día de la entrega del informe de la productividad, y en algunos equipos realiza de forma centralizada. Las necesidades de salud de la población se identifican durante las visitas a domicilio y los trabajadores de salud comunitarios. Entre el FSE existen diferencias en el uso de los indicadores de salud en la planificación.

Palabras clave: Planificación; Planificación de la Salud; Las prácticas de planificación; Estrategia de Salud Familiar

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.
2. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União.
3. Teixeira C. Organizador. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.
4. Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(6): 1239-1250.
5. Lacerda JT, Calvo MCM, Berretta IQ, Ortiga AMB. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. Ciênc. saúde coletiva, 2012; 17(4): 851-859.
6. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(Suppl. 1) :7-27.
7. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o





25. Teixeira CP. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate*, 2009; 15(1): 165-178.
26. Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini, MVGC, Corbo ADA. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz; 2007. p. 151-72.
27. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. Visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm*, 2009;14(4) 667-74.
28. Nascimento EPL, Correa CRS. Agentes Comunitário de Saúde: Formação, inserção e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 2008: 24(6) 1304-1313.
29. Sakata KN, Mishima, SM. Articulação das Ações e Interação dos Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm*, 2012; 46(3): 665-672.
30. Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev. APS*, 2009; 12(4), 487-497.
31. Barbosa DCM, Forster AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. *Cad. Saúde Colet*, 2010; 18(3): 424-33.
32. Franco JLF. Sistema de Informação. Especialização em Saúde da Família. Coleção: Objetos de Aprendizagem. Versão: Versão 2. UNA-SUS|UNIFESP, 2012. [Acesso em: 31/10/2014]. Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/177>.

#### 4.2 Manuscrito 2: Dificuldades e facilidades no processo de planejamento em saúde na estratégia de saúde da família em município de pequeno porte

Manuscrito será submetido à Revista Saúde e Sociedade, elaborado conforme as instruções para autores, disponíveis no link: <http://www.scielo.br/revistas/sausoc/pinstruc.htm>, acesso em dezembro de 2014.

## **DIFICULDADES E FACILIDADES NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

### **DIFFICULTIES AND FACILITIES IN THE PLANNING PROCESS FOR HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN SMALL CITY PORTE**

Sueli Vieira dos Santos<sup>I</sup>

Cezar Augusto Casotti<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Endereço: Urbis III Caminho 22, nº 17.CEP .45.206-510, Jequiezinho, Jequié-BA, Brasil. E-mail. [Suelivieira10@gmail.com](mailto:Suelivieira10@gmail.com).

<sup>II</sup> Cirurgião-dentista. Professor Adjunto do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde. Endereço: Av. Jose Moreira Sobrinho S/N. CEP. 45.206-000, Jequiezinho, Jequié-BA, Brasil. E-mail. [cacasotti@uesb.edu.br](mailto:cacasotti@uesb.edu.br)

#### **RESUMO**

A pesquisa objetivou identificar as dificuldades e facilidades que as equipes da Estratégia de Saúde da Família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro encontram no processo de planejamento em saúde. Trata-se de um estudo de caso, descritivo, e abordagem qualitativa, realizado entre os meses de março e maio de 2014 com 30 profissionais que atuam nas ESF do município, por meio da entrevista semiestruturada e observação sistemática. Para análise dos dados, optou-se pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, com o auxílio do *soft Quantiqualisoft*. Esta técnica trabalha com quatro figuras metodológicas: Expressões-Chave, Ideias Centrais e/ou Ancoragem e o Discurso do Sujeito Coletivo. Portanto, da análise dos dados emergiram sete ideias centrais que geraram respectivos discursos do sujeito coletivo. Com base nos discursos, foi possível concluir que no município analisado os profissionais de saúde que atuam nas ESF encontram dificuldades no processo de planejamento das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes e ao mesmo tempo a equipe relata facilidades.

Palavras-chave: Planejamento; Planejamento em Saúde; Práticas de Planejamento; Estratégia Saúde da Família.

#### **ABSTRACT**

The research aimed to identify the difficulties and facilities teams of the Family Health Strategy in small northeastern Brazilian municipality located in the health planning process. This is a case study, descriptive and qualitative approach, conducted between March and May 2014 with 30 professionals working in the city ESFs, through semi-structured interviews and systematic observation. For data analysis, we opted for the technique of the Collective Subject Discourse, with the help of *soft Quantiqualisoft*. This method works with four methodological approaches: Expressions Key, Central Ideas and / or anchorage and the Collective Subject Discourse. Therefore, the analysis of data emerged seven central ideas that generated their speeches collective subject. Based on the speeches, it was concluded that the municipality analyzed health

professionals working in the FHS are difficulties in the planning process of the health measures adopted by the teams while the team reports facilities.

Keywords: Planning; Health Planning; Planning practices; Family Health Strategy.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, até o momento da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas desse setor estavam unificadas no âmbito Federal, sendo o planejamento das ações em saúde realizado de forma centralizada (Góes e Moysés, 2012). A sua implantação permitiu a inserção de conceitos relacionados ao Planejamento em Saúde no setor público (Teixeira, 2010).

O planejamento em saúde faz parte do arcabouço legal do SUS, indicando processos e métodos de formulação e é requisito para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria, assim suas atividades são identificadas como responsabilidade das instituições componentes do SUS na esfera do governo (Brasil, 2009a).

A Lei Orgânica 8.080/90 da saúde estabeleceu que o setor saúde deveria realizar um planejamento ascendente do nível local até o federal, ouvindo os respectivos Conselhos de Saúde, para elaboração de Planos de Saúde em todas as esferas de governo (Brasil, 1990a).

Com a descentralização do setor saúde, os municípios passaram a atuar como protagonistas na execução das políticas (Vilasbôas e Paim, 2008) e assumiram o controle dos sistemas locais de prestação de serviços em seu território, ficando sob sua responsabilidade o planejamento dos serviços e das ações de promoção da saúde, com o objetivo de dar respostas às reais necessidades de sua população (Góes e Moysés, 2012).

Ao assumirem a gestão do SUS no âmbito local, coube aos municípios a estruturação da rede de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica com vistas à garantia do primeiro atendimento aos indivíduos, à família e à comunidade (Santini e col., 2013).

Assim, para garantir a assistência à saúde, fez-se necessário um planejamento municipal efetivo e, para tanto, várias estratégias foram criadas para operacionalizar essa nova maneira de gerir a saúde. Dentre essas, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que se trata de um modelo assistencial da Atenção Básica (AB), que se alicerça no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito, onde

as ações de saúde devem ser desenvolvidas a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população (Brasil, 2011).

Sendo assim, tornou-se imprescindível conhecer os desafios que as equipes da ESF encontram para planejar ações e serviços de saúde, visto que o planejamento contribui para a identificação das dificuldades e facilidades nas práticas na ESF. Diante disso, será possível auxiliar na construção de intervenção favorável nesse acompanhamento, possibilitando a melhoria do cuidado e da gestão (Rocha, 2006).

Considerando o percentual de municípios de pequeno porte (população igual ou menor que 20.000 habitantes), ou seja, 73% dos municípios brasileiros (Meurer e Vieira, 2010), torna-se de grande interesse investigativo conhecer tais realidades. Após uma busca nas principais bases de dados científicos (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Scientific Electronic Library Online – SciELO), foi identificada uma carência de estudos sobre essa temática, além disso os dados encontrados não objetivam a identificação dessa particularidade, portanto o estudo poderá contribuir para o preenchimento de possíveis lacunas existentes.

Diante disto, o estudo objetivou identificar as dificuldades e facilidades que as equipes da Estratégia de Saúde da Família em município de pequeno porte do nordeste brasileiro encontram no processo de planejamento em saúde.

## **MÉTODO**

A pesquisa realizada se baseia em um estudo de caso de caráter descritivo e possui uma abordagem qualitativa. Foi realizado em um município de pequeno porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia.

A escolha do município foi intencional, pois este estudo é subprojeto da pesquisa intitulada “A Organização do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª DIRES-BA”, vinculado ao Projeto de Pesquisa Prioritário para o SUS (PPSUS) e financiado pelo Ministério da Saúde. Dos 25 municípios que compõem essa Diretoria de Saúde, 10 foram selecionados por apresentarem população inferior a 15.000 habitantes e cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família superior a 90%. Os gestores do setor saúde desses municípios concordaram com a realização da pesquisa.

Para este estudo, foi selecionado um município que possui área territorial de 2.231,625 Km<sup>2</sup>; população estimada, em 2014, de 14.618 habitantes; Densidade Demográfica de 6,45hab/Km<sup>2</sup>; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de

0,566; Incidência de Pobreza de 62,13%; Incidência de pobreza subjetiva de 72,34%; e Índice Gini 0,36 (IBGE, 2014).

No município, as ESF implantadas há, no mínimo, um ano, com profissionais que atuam há pelo menos seis meses, foram incluídas no estudo. Foram excluídos os profissionais não encontrados em seus locais de trabalho após três tentativas de encontro, que foram agendados em dias e horários diferentes. Considerou-se como trabalhador da ESF o Enfermeiro, o Médico e Agentes Comunitários de Saúde. A pesquisa não foi realizada com a Equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), pois na observação sistemática verificou-se que o técnico de enfermagem não participava das reuniões de planejamento, tornando desnecessária sua participação no estudo.

Para obter os dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, além da realização de uma observação sistemática. Para a entrevista, foi elaborado um questionário semiestruturado e para a observação sistemática um roteiro foi pré-estabelecido. Os dados foram obtidos entre os meses de março e maio de 2014.

As entrevistas foram registradas por meio de um gravador digital e realizadas em local determinado pelo coordenador da equipe em horários que não interferiam na rotina do trabalho. As entrevistas foram transcritas na íntegra. A observação sistemática foi realizada nas ESF durante um período de 8 horas, nos turnos matutino e vespertino, no mês de março de 2014.

Quanto à análise dos dados, utilizou-se a técnica Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com o auxílio do *soft Quantiqualisoft*. Essa técnica trabalha com quatro figuras metodológicas, ou operadores do DSC, chamadas Expressões-Chave (ECHs), Ideias Centrais (ICs) e/ou Ancoragem (AC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Assim, foram adotados os seguintes procedimentos: leitura e análise das entrevistas; destaque das expressões-chave; identificação das ideias centrais a partir das expressões-chave; identificação e agrupamento das ideias centrais de mesmo sentido e de sentido equivalente ou ainda de sentido complementar; construção da síntese das ideias centrais de mesmo sentido; e, finalmente, elaboração do DSC (Lefèvre e Lefèvre, 2005).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) mediante o parecer CEP-UESB nº 080/2009.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município analisado, as 05 ESF implantadas foram incluídas no estudo por atenderem aos critérios de seleção. Das ESF existentes, 02 localizavam-se na zona urbana e 03 na rural. No total, foram entrevistados 05 enfermeiros, 04 médicos e 21 Agentes Comunitários de Saúde.

Quanto ao perfil dos profissionais, 83% são do sexo feminino, 73,3% são efetivos, a idade variou de 24 a 58 anos, sendo a média 37,9 anos. Com relação à escolaridade, 11 entrevistados possuem nível superior, 01 possui nível superior incompleto, 17 concluíram 2º grau e 01 possui o 1º grau incompleto. A média de tempo de serviço foi de dois anos para o enfermeiro, oito meses para o médico e sete anos para os Agentes Comunitários de Saúde.

Apresentamos, a seguir, as ideias centrais (IC) extraídas das respostas dos participantes, com base nas duas questões selecionadas, e os respectivos discursos que as representam, construídos com base nos depoimentos.

Tabela 1: Sínteses das ideias centrais e percentuais obtidos para cada uma delas, relacionado à pergunta 1: Quais as dificuldades encontradas pela ESF no processo de planejamento em saúde?

<b>IC1</b>	Não participação de sujeitos estrategicamente importantes no planejamento em equipe	<b>38,10%</b>
<b>IC2</b>	Dificuldade para executar o planejamento em virtude do difícil acesso ao transporte	<b>38,10%</b>
<b>IC3</b>	Demandas que dificultam a execução do planejamento	<b>14,29%</b>
<b>IC4</b>	Conflito de interesses	<b>9,51%</b>

Fonte: dados da pesquisa.

A seguir, encontram-se os discursos formulados e as discussões fundamentadas em teóricos que versam sobre a temática:

### **IC1: Não participação de sujeitos estrategicamente importantes no planejamento em equipe.**

DSC – No planejamento eu acho que deveria ter outros participantes, o médico, ele nunca faz parte das reuniões, pelo menos no tempo que eu tenho de serviço, eu nunca presenciei um médico nessas reuniões, talvez seja um dos que nunca participam, se ele tivesse um vínculo com a equipe, porque o médico sempre é mais distante da equipe, ele nunca interage com a equipe. Em inúmeros debates que acontecem em nosso dia a dia, há pessoas que não querem vir passar por esse médico de jeito nenhum e quando chegam aqui fazem questionamentos, mas o médico não está ali para escutar, nunca está, aí fala assim: a gente vai marcar uma reunião para ele estar e você expor o que a população está pensando dele, o que a população está necessitando, ele nunca vem, eu acho que o médico seria uma pessoa fundamental nesse



processo. A comunidade seria importante também na reunião, acho que ela deveria estar interagindo nas reuniões com a gente, a família tem que estar para falar para todos não só para a gente, porque, às vezes, a comunidade pensa que é fácil uma coisa, mas ela não está sabendo como é um problema difícil, porque eles iriam dar a opinião deles, porque, às vezes, eles têm uma opinião diferente da gente, então se tivesse uma pessoa da comunidade iria facilitar para poder estar resolvendo essas situações. Agora, se, no caso, a reunião fosse também com as meninas da recepção, todo mundo... às vezes tem assunto que precisa passar e todos os profissionais da unidade nem sempre estão. O secretário de saúde deveria estar junto também para ouvir da gente qual a necessidade da população.

O DSC evidencia a necessidade de toda a equipe participar do planejamento, assim como outros atores sociais direta ou indiretamente envolvidos.

Desse modo, o propósito previsto para a ESF está norteado no trabalho em equipe, no qual, de forma cooperativa, todos estejam envolvidos efetivamente nas ações, sejam os membros da equipe ou a comunidade em geral, a fim de que o trabalho seja direcionado por diferentes olhares, colaborando, portanto, para a melhoria dos serviços prestados (Cervinski e col., 2012).

Para o funcionamento adequado do processo de desenvolvimento do trabalho na ESF, com vistas a dar resposta às reais necessidades de saúde da população, é necessária a efetiva participação e posicionamento dos diversos atores sociais nos distintos momentos do planejamento, articulando-se de forma que possa contribuir para resolução dos problemas de saúde e melhoria do nível de saúde da população.

Vale destacar que o fato das pessoas apenas trabalharem juntas não significa que componham uma equipe. A equipe precisa ser construída no decorrer do tempo. Mas, para que essa construção aconteça, os trabalhadores devem estar dispostos a aprender a executar o trabalho em equipe. Faz-se necessário atuar de modo integrado e, em conjunto, analisar e discutir todas as situações identificadas, visto que as atividades de planejamento são comuns a todos os trabalhadores e quando realizadas em conjunto, trazem benefícios tanto aos trabalhadores quanto ao trabalho da equipe como um todo e, conseqüentemente, aos beneficiados por esse trabalho (Brasil, 2009b).

O DSC confirmou a observação sistemática durante reuniões da equipe de saúde da família. Em 04 reuniões das ESF, observou-se que estavam presentes o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde. Porém, causou estranhamento a não participação de outros trabalhadores e usuários que também exercem “autogoverno”. Somente em uma ESF participaram todos os trabalhadores envolvidos. Dessa forma, esses resultados vão de encontro com o estudo de Silva e Nascimento (2011), isto é, que aponta, no processo

de planejamento, a ausência da participação de alguns membros da equipe, sendo de destaque a do médico.

Diante do exposto, percebemos que alguns trabalhadores das ESF ainda desconhecem o quanto é importante o trabalho em equipe e com a participação da comunidade, na perspectiva de construção coletiva comunicativa de planejamento em saúde.

## **IC2: Dificuldade para executar o planejamento em virtude do difícil acesso ao transporte**

DSC – A dificuldade é mais para executar, porque em município de pequeno porte as verbas são poucas, então tudo é mais difícil, transporte para se locomover é mais difícil, eu mesmo tenho área mista, eu trabalho zona urbana e zona rural, então muitas coisas não faço na zona rural por dificuldade de transporte. A gente depende muito de transporte, é o que falta. Esse problema vem desde muito tempo, a gente planeja as visitas, mas, às vezes, naquele dia não tem transporte aí acaba não indo. É difícil a gente fazer uma ação, porque é uma área extensa e as micro áreas são muito distantes, eu tenho uma área aqui em que a viagem é de 3 a 4 horas, então às vezes dificulta o planejamento para essas áreas mais distantes. É muito longe, é distante, sem transporte não dá.

O discurso coletivo revelou a dificuldade encontrada pela ESF para operacionalizar as ações do planejamento em saúde. Emergiram, no discurso, problemas relacionados a barreiras geográficas para o acesso às comunidades adscritas, como distância e falta de transporte, sendo, muitas vezes, as execuções das atividades planejadas estão condicionadas ao transporte.

Uma das exigências fundamentais para a implantação das ESF é a definição da área de abrangência, tendo em vista proporcionar um melhor desenvolvimento das atividades que serão executadas pela unidade; entre elas, o planejamento em saúde, que se inicia a partir da delimitação do território área de cobertura da ESF (Silva e Nascimento, 2011). Nesse sentido, um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, de acordo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), é ter território adstrito no intuito de consentir com o planejamento, com a programação descentralizada e com o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais (Brasil, 2011).

A concepção de território auxilia na caracterização da população e de seus problemas de saúde, possibilitando planejamento e avaliação mais adequados à realidade (Mato Grosso do Sul, 2013). Vale ressaltar que os critérios de homogeneidade, contiguidade e compatibilidade com outras divisões do espaço geográfico não têm sido observados ou são deixados num segundo plano em relação ao

desenho dos seus territórios, sendo, então, a quantidade populacional a única referência para a definição de recortes territoriais, limitando, desse modo, a eficácia das ações (CPqAM, 1999).

O estudo conduzido por Silva e Nascimento (2011) propõe que a distância entre a unidade e a comunidade adscrita apresenta-se como um fator que vem dificultando o desenvolvimento das práticas de planejamento em saúde. Outros estudos, como os de Marqui e col. (2010), Oliveira e col. (2010), Serapioni e Silva (2011), também afirmam que o difícil acesso e/ou a falta de transporte é um fator dificultador para o bom desenvolvimento do trabalho das equipes; além disso, esse entrave chega a prejudicar as ações planejadas.

Nesse sentido, os dados obtidos por este estudo confirmam que barreiras geográficas para acesso às comunidades adscritas, como distância e falta de transporte, comprometem o planejamento e a execução das propostas da ESF, esses mesmos dados também revelam que não se trata apenas de problema isolado, mas, sim, de um aspecto geral importante no cenário da Saúde Pública e que precisa de resolução e deve ser alvo de estratégias de maior amplitude. Matiello e Villela (2010) mencionam, ainda, que os municípios de pequeno porte há muito tempo têm ficado às margens de políticas públicas específicas voltadas para suas particularidades.

### **IC3: Demandas que dificultam a execução do planejamento**

DSC – Encontro dificuldade, porque às vezes eu planejo, eu saio daqui com o planejamento e quando chego à área, acabo fugindo daquele planejamento que eu fiz para realizar naquele dia, porque eu encontro outro problema. Então é difícil eu cumprir o que está no meu cronograma de planejamento. Porque quando a gente está fazendo um trabalho, a secretária nos chama para fazer outro, sempre novidade, sempre fichas novas, sempre procuras novas, fez um planejamento esse mês, aí, de repente, vacina, bolsa família, na verdade a dificuldade não é fazer o planejamento é cumprir o que eu planejei.

Percebe-se, diante do depoimento acima, que solicitações da coordenação municipal ou problemas que surgem durante o desenvolvimento das ações geram dificuldade para a ESF realizar as ações programadas, limitando, dessa forma, diversas atividades/ações que foram planejadas e que poderiam ser desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde da ESF. Resultados semelhantes foram encontrados por Oliveira e col. (2010) e também por Silva e Trad (2005), em que os sujeitos do estudo relatam que quase sempre é deixada de lado a programação anterior para responder em tempo hábil a outras demandas.

Assim, para atender às demandas da Secretaria de Saúde, muitas vezes, os trabalhadores da ESF acabam impossibilitados de colocar em prática as ações programadas, comprometendo o desenvolvimento de suas atividades (Silva e Trad, 2005). Torna-se necessário, portanto, resolver essa problemática para que, em situações favoráveis, seja possível desenvolver práticas de planejamento em saúde que contemplem ações programadas pela equipe.

Sendo assim, para que não haja centralização do trabalho em um só indivíduo, é preciso que a equipe da ESF realize um compartilhamento de tarefas, havendo uma complementaridade das tarefas, definindo a responsabilização de cada membro da equipe, para construir em conjunto um plano de trabalho que permita alcançar os objetivos propostos (Francischini e col., 2008).

Nessa perspectiva, para o adequado desenvolvimento das atividades, é pertinente que a equipe de saúde elabore um plano. Essa ferramenta funciona como guia para orientar as ações que serão executadas e em virtude de sua flexibilidade possibilita ao profissional redirecionar sua execução, adaptando e ajustando suas ações conforme as dificuldades encontradas na prática. Santana (2011) aponta que os planos podem ter maiores possibilidades de sucesso em sua realização se as equipes reservarem um momento para repensarem sua forma de trabalho e os critérios estabelecidos para o mesmo.

#### **IC4: Conflito de interesses**

DSC – A dificuldade é que, às vezes, nem todo mundo concorda, um concorda com uma coisa e outro não e fica aquela dificuldade para chegar a um ponto final, mas depois acaba resolvendo. Às vezes, um não fica satisfeito, sai mais chateado, mas compreende, porque onde tem muita gente sempre vai ter alguém que não vai concordar com o outro, mas sempre chega a um consenso.

No trabalho em equipe, há momentos nada harmoniosos, e esses momentos conflitantes não são negativos, ruins ou uma situação a ser evitada, eles surgem porque há uma variedade de opiniões e posturas, fazendo parte das relações humanas, e são oportunidades de crescimento, caso sejam trabalhadas pelos sujeitos para seu benefício e crescimento (Fortuna e col., 2005). Segundo Francischini e col. (2008), a comunicação é uma ferramenta essencial para que os conflitos sejam transformados em crescimento para a equipe e para que promova um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que resulte na integralidade do cuidado ao usuário.

No planejamento em saúde existem conflitos e jogos de interesses, logo não podemos negar esse pensamento (Matus, 1993). A existência de alguns conflitos é natural, o que é esperado quando existem indivíduos compartilhando um mesmo espaço. Contudo, a busca por consenso deve ocorrer no cotidiano da equipe, pois é no trabalho do dia a dia que emergem as situações-problema identificadas, as quais, em seguida, devem ser debatidas, sendo também da responsabilidade de toda a equipe. É compartilhando ações e responsabilidades que a equipe poderá traçar estratégias tendo em vista a integralidade, articulando os vários saberes na busca de resolução como equipe (Cutolo e Madeira, 2010).

O DSC demonstrou que não existe dificuldade em reconhecer a presença do conflito, porém em nenhum momento sinalizaram quais são os fatores ou causas para a ocorrência dessas oposições e divergências. Vale ressaltar que o primeiro passo para solucionar um conflito foi dado, ou seja, o reconhecimento de sua existência, podendo ser considerado um aspecto positivo. Torna-se, de fato, necessário identificar os fatores que levam à ocorrência desses conflitos e buscar estratégias para sua resolução no intuito de identificar soluções passíveis de serem aplicadas no cotidiano do trabalho.

Os saberes, lógicas e interesses que direcionam a maneira de atuação dos trabalhadores da equipe nem sempre são concordantes e muitas vezes não são norteados na perspectiva das necessidades de saúde dos usuários. Desse modo, faz-se necessário que os diversos membros da equipe busquem resoluções para os conflitos e que sejam negociados no intuito de construir consensos entre os profissionais no cotidiano de trabalho e que esses consensos reflitam a opinião da maioria para obter melhores resultados, tanto para equipe quanto para a comunidade assistida.

Tabela 2: Sínteses das ideias centrais e percentuais obtidos para cada uma delas relacionado à pergunta 2: Quais as facilidades identificadas pela ESF no processo de planejamento em saúde?

<b>IC1</b>	Planejar em equipe possibilita troca de conhecimento, facilita as decisões e proporciona melhores resultados	<b>53,33%</b>
<b>IC2</b>	Tempo de exercício profissional e vínculo	<b>26,67%</b>
<b>IC3</b>	Os sujeitos envolvidos no processo de planejamento são comprometidos com o serviço	<b>20,00%</b>

Fonte: dados da pesquisa.

A seguir, apresentamos os discursos formulados e respectivas discussões.

### **IC1: Planejar em equipe possibilita troca de conhecimento, facilita as decisões e proporciona melhores resultados**

DSC – Várias pessoas, várias cabeças pensando, dessa forma o processo de planejamento com a equipe toda se torna mais fácil, bem mais produtivo, então planejar com a equipe toda se torna bem melhor, um vai tirando a falha do outro e quando a gente, às vezes, está fazendo aquilo sozinho a gente tem dificuldade. Na reunião com a equipe eu consigo planejar e executar bem, cada um colaborando vê qual a data que dá, qual a prioridade daquela pessoa, vai montando o planejamento e dá tudo certo. Porque no planejamento com a equipe a gente tem mais conhecimento, quando se está em equipe todo mundo, o grupo, tira as dúvidas em coletividade. A realidade é basicamente a mesma para todo mundo, então os problemas são bem parecidos, fica mais fácil você com a ideia de um colega, tanto da supervisão quanto até dos próprios colegas interagindo, naquele momento a gente acaba aprendendo uma estratégia que pode estar resolvendo um problema na área da gente. Porque é uma equipe toda que planeja, a equipe da sustentabilidade, um ajuda o outro, o que tem para ser discutido a gente discute e chega a um consenso.

Segundo Reis (2009), a equipe é entendida como agregado de pessoas com finalidade de produzir sinergia que proporcione melhores resultados do que os obtidos por meio da soma ou união de resultados individuais. Nesse sentido, o coletivo compreende a importância de se planejar em equipe. O planejamento de um serviço de saúde deve ser utilizado como ferramenta para o trabalho em coletividade, por meio de discussões e opiniões que sirvam de caminho para a construção e compreensão da realidade, pois uma das propostas da ESF é a união de diversos saberes para atender às reais necessidades da população (Cervinski e col., 2012).

Assim, a participação conjunta da equipe e o compartilhamento de experiência e saberes possibilitam uma melhor qualidade do trabalho, e a existência de um espaço grupal, em muitas situações, torna possível a resolução de um problema individual quando o mesmo é pensado coletivamente, gerando posturas mais reflexivas por parte dos sujeitos, que se apoiam, pensam e constroem juntos projetos de saúde para seus territórios (Neumann e col., 2009). Desse modo, o planejamento em equipe implica a geração de esforço coletivo para que os objetivos da equipe sejam concretizados, sendo proveitoso, pois possibilita a união das competências e forças para melhoria do serviço.

É importante salientar que os espaços de troca e compartilhamento de saberes e conhecimentos entre os diversos profissionais podem dar origem a novos modelos de compreender e fazer saúde, mas para que existam esses novos modelos, faz-se necessário que os sujeitos envolvidos nesse processo sintam-se corresponsáveis pelo trabalho, porque cada sujeito possui sua singularidade e importância, não podendo ser

substituído por outro, porém, com o outro, ele amplia o vínculo com sua cidadania (Ronzani e Silva, 2008).

Kell e Shimizu (2010) corroboram os achados deste estudo ao mencionarem que os sujeitos por eles entrevistados relataram que quando o trabalho é realizado em equipe, “você tem mais força, mais vontade, tem apoio do colega, você pensa melhor, age melhor, duas cabeças pensam melhor que uma”. Sendo assim, para que ocorra essa interação entre os membros da equipe, todos devem participar do planejamento das ações (Cutolo e Madeira, 2010) e, assim, proporem soluções conjuntamente a fim de intervir de maneira apropriada em cada situação, estando sempre conscientes de que todos os sujeitos têm a mesma importância, pois contribuem igualmente para alcançar os resultados.

## **IC2: Tempo de exercício profissional e vínculo**

DSC – A facilidade é o tempo que eu tenho de trabalho, eu já peguei até a prática. É fácil planejar por ser meu trabalho no dia a dia. Eu conheço as pessoas, conheço cada morador, eu nasci aqui, sei qual é o problema que ele tem, às vezes nem passa para mim, mas eu já identifico qual é o problema, a facilidade é essa porque conheço bem as pessoas. Quanto mais a gente vai trabalhando vai facilitando.

Por meio do DSC, percebe-se que o tempo de exercício profissional e o vínculo facilitam o desenvolvimento do planejamento. No decorrer do tempo, a equipe e os usuários passam a se conhecer melhor, fortalecendo a relação de vínculo, que depende tanto dos usuários como da equipe. O compromisso do profissional é fundamental para o estabelecimento dessa ligação, pois, para o usuário, o vínculo só passará a existir a partir do momento que ele entende que a equipe contribuirá para sua qualidade de vida e melhoria de sua saúde (Brasil, 2009).

A partir da confiança que o usuário deposita no profissional da saúde, produz-se o vínculo entre profissional e usuário. Esse laço favorece a definição e o planejamento de ações que serão prestadas, relacionadas com as necessidades de saúde de sua localidade, buscando estratégias que possam fortalecer a qualidade de vida daquela comunidade, bem como para proporcionar melhorias para a saúde no município. Vale destacar que o vínculo deve se estender a todos os membros da equipe de saúde, pois apenas dessa forma é possível de fato atender às demandas e necessidades do sujeito (Schimith e Lima, 2004).

Nessa concepção, a Visita Domiciliar pode se constituir como um dispositivo potente para a criação de vínculos (Cunha e Sá, 2013). Trata-se de uma ferramenta de intervenção fundamental da ESF e possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida das famílias e suas reais condições, seja de habitação, saneamento, além de crenças, costumes etc., assim como suas relações familiares. A visita também facilita o planejamento das ações em saúde por permitir o conhecimento do contexto de cada família, cabendo aos profissionais de saúde planejar suas ações com o objetivo de atender às demandas identificadas (Souza e col., 2009).

Sendo assim, o estabelecimento de vínculo entre comunidade e equipe indica uma compreensão ampliada de território (Pereira e Barcellos, 2006), visto que essa ligação possibilita também a continuidade do processo de trabalho, viabilizando o cumprimento das ações planejadas.

### **IC3: Os sujeitos envolvidos no processo de planejamento são compromissados com o serviço**

DSC – Eu estou sempre disposto a participar e ajudar no planejamento, tenho o compromisso de tentar cumprir o que foi planejado ou ajudar cada um. Mandou chamar, eu venho. Na reunião todo mundo participa e ajuda. A gente conta com uma equipe boa de trabalho, todo mundo é compromissado com o serviço e tem boa vontade para fazer as coisas.

O DSC permitiu demonstrar a compreensão que os sujeitos da pesquisa têm a respeito do planejamento, ou seja, que exige um trabalho integrado e com responsabilidades compartilhadas; em outras palavras, comprometimento com o trabalho coletivo entre a equipe.

O profissional comprometido sente-se satisfeito com o que faz e sente que realmente faz parte da equipe. Indivíduos comprometidos buscam engajar-se em determinadas atividades e, desse modo, criam vínculos com seu grupo. O envolvimento com a equipe possibilita que cada indivíduo torne-se responsável pelo trabalho que executa (Filippim e Tureck, 2008). Sendo assim, o comprometimento é uma postura não apenas desejável, mas, sim, indispensável em um profissional. É o compromisso que lhe permite considerar o local de trabalho como seu e, por conseguinte, trabalha com engajamento para o sucesso do mesmo.

No estudo desenvolvido por Serapioni e Silva (2011), o compromisso profissional foi mencionado como um dos pontos fundamentais para o estabelecimento da qualidade na execução e prestação de serviço no âmbito da ESF. Os participantes



salientaram a importância e a necessidade de poderem contar com profissionais dedicados e comprometidos com os problemas da unidade de saúde e da comunidade, visto que isso tornaria mais fácil o desenvolvimento de ações mais efetivas e adequadas à resolução dos problemas de saúde da população.

Diante disso, o impacto positivo que o comprometimento profissional tem sobre as equipes é essencial para o cumprimento e desenvolvimento de seu trabalho em suas diversas dimensões, pois os laços de compromisso, criados mediante a corresponsabilização dos profissionais, são elementos fundamentais para o alcance dos objetivos da ESF.

Destaca-se que durante a observação sistemática das reuniões das equipes foi possível perceber que não existe uma participação efetiva por parte de alguns membros das equipes, mas, apesar da ausência destes, aqueles que se faziam presentes atuavam como uma equipe e trabalhavam de forma unida, cooperativa e comprometida. Na pesquisa conduzida por Cervinski e col., (2012), esses atributos foram destaque, também, como o ponto forte de uma das cinco equipes participantes do estudo.

## **CONCLUSÕES**

Finalmente, com base nos discursos, foi possível concluir que no município analisado os profissionais de saúde que atuam nas ESF encontram dificuldades no processo de planejamento das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes. Verificou-se que as principais queixas relatadas pelas equipes foram: não participação de sujeitos estrategicamente importantes no planejamento em equipe; dificuldade para executar o planejamento em virtude do difícil acesso ao transporte; demandas que dificultam a execução do planejamento e; conflito de interesses. Ao mesmo tempo, a equipe relatou facilidades, entre elas: o planejamento em equipe possibilita troca de conhecimento, facilita a tomada de decisões e proporciona melhores resultados; o tempo de exercício profissional e vínculo facilitam o desenvolvimento do trabalho durante a preparação do planejamento; e a existência de comprometimento dos sujeitos envolvidos no processo de planejamento.

Diante disso, no município analisado, supõe-se que para que haja melhoria do trabalho em equipe seja necessário ampliar a mudança de atitude pessoal e profissional, com o desenvolvimento de maior comprometimento e corresponsabilidade de todos, privilegiando relações amistosas, no intuito de articular ações permeadas pela prática da comunicação em equipe.

No processo de planejamento em saúde na Estratégia de Saúde da Família, os profissionais da equipe devem trabalhar de forma colaborativa, reconhecendo a necessidade de conhecimentos complementares, e o planejamento deve ser realizado por todos aqueles que exercem o autogoverno (trabalhadores, usuários, gestores, sociedade civil organizada etc.).

Dessa forma, é de extrema importância que o processo de planejamento na ESF seja colocado em prática como uma ferramenta que contribua para a mudança e melhoria dos serviços prestados, pontuando questões que possam influenciar a dinâmica do serviço e possibilitar intervenções nas situações de dificuldades e facilidades encontradas. Quanto ao município estudado, diante do que foi observado, recomenda-se ao gestor uma revisão do atual desenho da territorialização com vistas a uma melhor organização da assistência.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Organização e Funcionamento. 3ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a, v.1

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <  
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 10 set. 2013.

CPqAM, **Proposta de implantação de um Sistema de Informações Geográficas para apoio ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde** / Programa de Saúde da Família. Recife. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 1999.  
<http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/relatorios.htm>.

CERVINSKI, L.F. et al. O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Rev. Perspectiva**, Erechim, v.36, n.136, p.111-122, dez.2012.

CUNHA. M.S.; SÁ. M.C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface**, Botucatu, vol.17, n.44, pp. 61-73, 2013.

CUTOLO, L.R. A; MADEIRA, K.H. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: uma análise documental. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 39, n 3, 2010.

FILIPPIM, E.S.; TURECK, V.C. O Trabalho em Equipe na Administração Pública Municipal. **Revista Gestão.Org** – Volume 6 – Número 3 – p. 343-360,2008.

FORTUNA, C. Magali; MISHIMA, S.M. MATUMOTO, S.;PEREIRA.M.J.B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2,p.262-268,mar./abr.2005.

FRANCISCHINI, A.C. MOURA, S.D.R.P. CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**, Franca, v.8,n.1-3,p.25-32,Jan./Dez.2008.

GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Censo de 2014**. Brasília.

Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292040&search=||inforgr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas> > Acesso em: 01 ago. 2014.

KELL, M.CG.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p. 1533-1541,2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

MARQUI, A.B.T.et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm, USP**,v. 44, n.4, p. 956-61, 2010.

MATIELLO, A.M.; VILLELA, A.L. V. **Mitos e Desafios no Planejamento Democrático de Pequenos Municípios**. In: PPLA 2010: SEMINÁRIO POLÍTICA E PLANEJAMENTO, 2, 2010. Curitiba. Anais. Curitiba: Ambiens, 2010. [CD].

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Geral de Gestão Estratégica. Coordenadoria Estadual de Teles Saúde. Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família: Livro –Texto/ Mato Grosso do Sul/ Secretaria de Estado da Saúde/ Diretoria Geral de Gestão Estratégica/ Coordenadoria Estadual de Telessaúde. – Campo Grande: Mato Grosso do Sul., 2013. 168p.: il.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo I e II.

NEUMANN, A.P.; CARDOSO, C.; OLIVEIRA, S. Projeto Bolsa de extensão: A equipe de saúde na comunidade. Resumo simples. In: **Anais do XV Seminário Institucional de Iniciação Científica, VII Seminário de Extensão e XIII Seminário de Integração de Pesquisa e Pós-Graduação**, 2009, Erechim – RS.

OLIVEIRA, A; R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v.12, n.1, p. 28-36, 2010.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no Programa da Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2, n.2, p.47-55, jun.2006.

REIS, A. M. V. et al. **Desenvolvimento de equipes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

RONZANI, M. T.; SILVA, C.M O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 23-34, jan./fev. 2008.

ROCHA, P.M. Avaliando a qualidade em Atenção Primária e em Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v. 1, n.4, p.132-140, jan./mar. 2006.

SANTANA, M.L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Rev. Bras. Med. Fam. comunidade**, Florianópolis v.6,n.19, p. 133-41,abr./Jun.2011.

SANTINI, S.M. L.; et al. **Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho**. III Congresso Consad de Gestão Pública. Painel 03/011. Disponível em :  
[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_II\\_I\\_congresso\\_consad/painel\\_3/](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_I_congresso_consad/painel_3/). Acesso em 10 de Junho de 2013.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. Avaliação da Qualidade do Programa Saúde da Família EM municípios do Ceará: UMA Abordagem multidimensional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11,p. 4315-4326, 2011.

SILVA, J.M; NASCIMENTO, M; A. **Planejamento em Saúde: a dialética entre a teoria e a prática**. Vitória de Conquista: Edições UESB, 2011.

SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1487-1494, no./dez.2004.

SOUZA, E. B; ALEMIDA, T.B. S; BARBOSA, S.P. Compreensão dos agentes comunitários de saúde sobre a importância do seu papel na visita domiciliar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.2, n.2, nov./dez.2009.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.160p.

VILASBÔAS, A.L. Q; PAIM, J.S. Práticas de Planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.24,..6,p. 1239-1250,jun.2008.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

(...) O problema consiste em saber se somos arrastados pela força da correnteza do rio em direção a um fim desconhecido ou se sabemos onde chegar e estamos conduzindo, ou contribuindo para conduzir o movimento das coisas nesta direção. Somos arrastados ou conduzimos?

Carlos Matus

A partir do discurso do sujeito coletivo foi possível concluir que no município analisado, o planejamento em saúde acontece de forma pontual, programática, ocorre no dia da entrega do relatório de produtividade, e não há um dia específico para o planejamento das ações em saúde com base diagnóstico situacional. Em algumas equipes o planejamento é realizado de forma centralizada sem a participação dos demais trabalhadores que compõem as equipes.

Observou-se que as necessidades de saúde da população adscrita são identificadas durante a visita domiciliar e pelos agentes comunitários de saúde. Quanto à utilização de indicadores em saúde como instrumento no planejamento, há evidências de divergências nos discursos, o que não permite confirmar o seu uso no planejamento e tomada de decisão em todas as ESF. Durante a observação sistemática não foi possível identificar se a equipe fazia uso deste instrumento.

Percebeu-se também que os profissionais de saúde que atuam nas ESF encontram dificuldades no processo de planejamento das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes. Verificou-se que as principais queixas relatadas pelas equipes foram: não participação de sujeitos estrategicamente importantes no planejamento em equipe; dificuldade para executar o planejamento em virtude do difícil acesso ao transporte; demandas que dificultam a execução do planejamento e; conflito de interesses. Ao mesmo tempo a equipe relata facilidades entre elas: o planejamento em equipe possibilita troca de conhecimento, facilita a tomada de decisões e proporciona melhores resultados; o tempo de exercício profissional e vínculo facilitam o desenvolvimento do trabalho durante a preparação do planejamento; e o comprometimento dos sujeitos envolvidos no processo de planejamento.

Diante disto, sugere-se que as ESF realizem o planejamento em equipe, participativo, em um enfoque estratégico-situacional, para dar maior resolutividade aos problemas e necessidades de saúde da população adscrita. Vale ressaltar que a responsabilidade coletiva dos membros da equipe é fundamental para o planejamento e efetivação das ações de saúde. Dessa forma, faz-se necessário que os trabalhadores das ESF compreendam as potencialidades do planejamento em saúde para a efetivação deste novo modelo de atenção.

## **REFERÊNCIAS**

---

A rotinização dificulta o bom planejamento e condena dirigentes e funcionários a mediocridade.

Carlos Matus

ABRAHÃO, A.L, LAGRANGE. V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A.D.A. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz; 2007. p. 151-72.

AQUINO, R. (org.). **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Série Cadernos Técnicos, 2. Salvador: Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. p. 113-27.

AZEREDO, C.M et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 743-753, 2007.

BARBOSA, D.C.M.; FORSTER, A.C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18.n.3,2010.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Proposta para o Processo de Planejamento em Nível Nacional**. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselhos Nacionais de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. NOAS-SUS 01/2001. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

\_\_\_\_\_. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: diretrizes operacionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa – esfera municipal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. v. 5.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva**. Organização e Funcionamento. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. v. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: formulação de políticas específicas de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. v.7.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento**:



Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão: estrutura e conteúdo . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. v.6.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: Instrumentos Básicos.** – 2. ed. – Brasília, DF :Ministério da Saúde, 2009d.v.2.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Secretaria de Assistência à Saúde / Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 10 set. 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** - 2ª ed. - Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

CERVINSKI, L.F. et al. O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Rev. Perspectiva**, Erechim, v.36, n.136, p.111-122, dez.2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** 8 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2011.

CHORNY, A.H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde.** Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP, Fundação Osvaldo Cruz, 2008.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Publ.** Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p.7-27, 2008.

CUNHA. M.S.; SÁ. M.C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface**, Botucatu, v.17, n.44, pp. 61-73, 2013.

CUTOLO, L.R. A; MADEIRA, K.H. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: uma análise documental. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 39, n 3, p.79-84,2010.

CPqAM, **Proposta de implantação de um Sistema de Informações Geográficas para apoio ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família.** Recife. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 1999.  
<http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/relatorios.htm>.

DRULLA. A.G.; ALEXANDRE. A.M.C.; RUBEL. F.I.; MAZZA. V.A. visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm.**, v.14,n.4,p.667-74, Out/Dez, 2009.

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário de saúde do Brasil. **Psysis**, v.21, n.3, p.899-916, 2011.

FILIPPIM. E.S.; TURECK. V.C. O Trabalho em Equipe na Administração Pública Municipal. **Revista Gestão.Org** – Volume 6 – Número 3 – p. 343-360,2008.

FORTUNA. C. Magali; MISHIMA. S.M. MATUMOTO. S.;PEREIRA.M.J.B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2,p.262-268,mar./abr.2005.

FRANCO, J.L.F. Sistema de Informação. Especialização em Saúde da Família. Coleção: Objetos de Aprendizagem. Versão: Versão 2. UNA-SUS|UNIFESP, 2012. Disponível em: < <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/177>> Acesso em: 31/10/2014.

FRANCISCHINI. A.C. MOURA. S.D.R.P. CHINELLATO. M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**, Franca, v.8,n.1-3,p.25-32,Jan./Dez.2008.

GIACOMONI, J. **Orçamento Público**. 14. Ed. Ampliada, revista e atualizada, São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª Edição, São Paulo: Atlas, 2008.

GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Censo de 2014**. Brasília. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292040&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas> > Acesso em: 01 ago. 2014.

KAWATA. L.S et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v.18, n.2, p. 313-20, 2009.

KELL, M.CG.; SHIMIZU. H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p. 1533-1541,2010.

KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LACERDA, J.T.; MAGAJEWSKI, F. R.L.; MACHADO, N.M.V. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família**. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina; – Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/191>. Acesso em: 09 de jul./2013.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. Fundamentos da Metodologia Científica .6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (orgs). **O discurso do sujeito coletivo**. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LUZ, A.B.C.; PEREIRA, M.F. SILVA, M.L.B. **Análise dos Instrumentos do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Coleção Gestão da Saúde Pública- v.3.2013.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. rev. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev. Esc. Enferm, USP, v. 44, n.4, p. 956-61, 2010.

MATIELLO, A.M.; VILLELA, A.L. V. **Mitos e Desafios no Planejamento Democrático de Pequenos Municípios**. In: PPLA 2010: SEMINÁRIO POLÍTICA E PLANEJAMENTO, 2, 2010. Curitiba. Anais. Curitiba: Ambiens, 2010. [CD].

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Geral de Gestão Estratégica. Coordenadoria Estadual de Teles Saúde. Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família: Livro –Texto/ Mato Grosso do Sul/ Secretaria de Estado da Saúde/ Diretoria Geral de Gestão Estratégica/ Coordenadoria Estadual de Telessaúde. – Campo Grande: Mato Grosso do Sul., 2013. 168p.: il.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo I e II.

MEURER, F.; VIEIRA, G. F. Plano Diretor para Municípios de Pequeno Porte: a experiência do plano diretor regional participativo da AMAVI. In: PPLA 2010: SEMINÁRIO POLÍTICA E PLANEJAMENTO. **Anais**. Curitiba, 2010.

MINAS GERAIS. **Instrumentos de Planejamento do SUS**. Secretária de Planejamento e Gestão. Secretária de Saúde. Belo Horizonte, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S. Agentes Comunitário de Saúde : Formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Publ**. Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1304-1313, 2008.

NEUMANN, A.P.; CARDOSO, C.; OLIVEIRA, S. Projeto Bolsa de extensão: A equipe de saúde na comunidade. Resumo simples. In: **Anais do XV Seminário Institucional de Iniciação Científica, VII Seminário de Extensão e XIII Seminário de Integração de Pesquisa e Pós-Graduação**, 2009, Erechim – RS

OLIVEIRA, A; R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf**. Goiânia, v.12, n.1, p. 28-36, 2010.

OHIRA, R.H.F.; JUNIOR, L.C; NUNES , E.F.P.A . Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n11, p. 4439-4448,2014.

PAIM, J. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n., p. 557-67, 2003.

PEREIRA. M.P.B.; BARCELLOS. C. O território no Programa da Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2, n.2, p.47-55, jun.2006.

REIS, A. M. V. et al. **Desenvolvimento de equipes**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

RIVERA, F.J.U. (Org.) **Planejamento e programação em Saúde: um enfoque estratégico**. 2ed. São Paulo: Cortez/ ABRASCO; 1992.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2265-2274,2010.

ROCHA, P.M. Avaliando a qualidade em Atenção Primária e m Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro, v. 1, n.4, p.132-140, jan./mar. 2006.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov.-dez. 2005.

RONZANI, M. T.; SILVA, C.M O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 23-34, jan./fev. 2008.

SAKATA. K.N.; MISHIMA. S.M. Articulação das Ações e Interação dos Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. enferm. USP**, v.46, n.3, p. 665-672, 2012.

SANTANA, M.L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Rev. Bras. Med. Fam. comunidade**, Florianópolis v.6,n.19, p. 133-41,abr./Jun.2011.

SANTINI, S.M. L.; et al. **Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho**. III Congresso Consad de Gestão Pública. Painel 03/011. Disponível em : [http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_II I\\_congresso\\_consad/painel\\_3/](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_I_congresso_consad/painel_3/). Acesso em 10 de Junho de 2013.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. Avaliação da Qualidade do Programa Saúde da Família EM municípios do Ceará: UMA Abordagem multidimensional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p. 4315-4326, 2011.

SILVA, K. C. L.; SANTOS, E. R. R.; MENDES, M. S. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Journal of Management and Primary Health Care**, Olinda, PE, v. 3, n. 1, p. 15-25, 2012.

SILVA, J.M; NASCIMENTO, M; A. **Planejamento em Saúde: a dialética entre a teoria e a prática**. Vitória de Conquista: Edições UESB, 2011.

STOTZ1. E.N.; DAVID. H.M.S. L.; BORNSTEIN. V.J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 487-497, out./dez. 2009.

SILVA. I. Z. Q. J; TRAD. L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1487-1494, no./dez.2004.

SOUZA, E. B; ALEMIDA, T.B. S; BARBOSA, S.P. Compreensão dos agentes comunitários de saúde sobre a importância do seu papel na visita domiciliar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.2, n.2,p.320-331, nov./dez.2009.

STOTZ1. E.N.; DAVID. H.M.S. L.; BORNSTEIN. V.J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 487-497, out./dez. 2009

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

TEIXEIRA. C.P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate, Pelotas**, v.15, n1, p. 165-178, jan.-jun./2009.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010, 160 p.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 14 (Supl. 1), p. 1.565-1.577, 2009.

VILASBÔAS, A. L. Q. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. p. 68.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. de Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1.239-1.250, jun. 2008.

VILASBÔAS, A. L., TEIXEIRA, C.F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância em saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: AQUINO, R. (org.). **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Série Cadernos Técnicos, 2. Salvador: Polo de

Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. p. 113-27.

WANDERLEY, M.N.B. Globalização e desenvolvimento sustentável: dinâmicas sociais rurais no Nordeste brasileiro. Campinas: Editora Polis, 2004, 243 p.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e método. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**ANEXOS**

---

**ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM**  
**E SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Senhor (a)

Com o objetivo de contribuir com a melhoria das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pelos profissionais, pedimos permissão para a coleta de dados, por meio de questionário semiestruturado, entrevista e observação. Os dados coletados serão analisados podendo ser divulgados em eventos científicos, respeitando os direitos do cidadão previstos nos princípios éticos da pesquisa e garantindo anonimato. Os dados serão coletados dos gestores e gerentes de saúde do município, profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família e usuários do serviço da ESF. Esta pesquisa poderá servir de parâmetro para uma melhor compreensão das ações da Estratégia de Saúde da Família que vem sendo desenvolvidas neste município. A referida pesquisa será desenvolvida por docentes e discentes do Programa de Pós- graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, e outros discentes do Departamento de Saúde da referida instituição.

Esperando contar com vossa colaboração, agradecemos vossa atenção desde já, colocando-nos a disposição para futuros esclarecimentos. Telefones para contato, caso haja alguma dúvida são: UESB 3528-9738, César Augusto Casotti 3535-1306.

Sem mais, aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente

Cezar Augusto Casotti  
 Pesquisador do projeto

**AUTORIZAÇÃO**

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa: “A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA”, autorizo a realização de coleta de dados para a pesquisa, reservando-me o direito de desistir da mesma a qualquer momento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/2014

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



**ANEXO II – PROTOCOLO DO CEP/UESB**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 04 de setembro de 2009

Of. CEP/UESB 265/2009

Ilmo. Sr.

Prof. Cezar Augusto Casotti

Departamento de Saúde – UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S<sup>a</sup> que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **080/2009**

Projeto: **A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13<sup>a</sup> REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Pesquisadores: **Prof. Cezar Augusto Casotti (coordenador)**  
**Lícia Marques Vidal (colaboradora)**

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

  
**Prof<sup>ta</sup>. Ana Angélica Leal Barbosa**  
Presidente do CEP/UESB

**ANEXO III: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA  
ATENÇÃO BÁSICA DE NÍVEL SUPERIOR**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM E  
SAÚDE**

Nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I – PERFIL (formulário)**

01 – Município ( )

02 – Idade ( )

03 – Gênero Masculino ( 1 ) Feminino ( 2 )

04 – Reside no município? Sim ( ) Não ( )

05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

06 – Escolaridade: ( ) sup. completo( ) pós-graduado

07 - Formação graduação \_\_\_\_\_

08 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_

09 - Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_

10 – Está há quanto tempo nessa equipe? \_\_\_\_\_

11- Tipo de vínculo: contratado (1) concursado (2) cedido (3)

12- Tem feito atualizações/ aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

13- Qual? \_\_\_\_\_

14- Onde? \_\_\_\_\_

15- Por iniciativa sua ( ) ou do gestor municipal ( )

16- Sente necessidade de atualização / capacitação? Sim ( ) Não ( )

17- Em caso afirmativo, qual a área? \_\_\_\_\_

**II- PLANEJAMENTO**

18- Vocês buscam identificar as necessidades de saúde da população da área da ESF? Sim ( ) Não ( )

19- Em caso afirmativo, como isto é realizado? \_\_\_\_\_

20- Sua equipe realiza Planejamento em Saúde voltado a realidade local?

Sim ( ) Não ( )

21- Em caso afirmativo, como que frequência?

22- Você participa desse planejamento junto com sua equipe? Sim ( ) Não ( ) Às vezes

23- São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento?

Sim ( ) Não ( )

24- Você participa da elaboração do plano municipal de saúde? Sim ( ) Não ( )

25- Em caso afirmativo, de que forma? \_\_\_\_\_

26. Quais as facilidades e /ou dificuldades encontradas no processo do planejamento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO IV: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE NÍVEL MÉDIO (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM  
ENFERMAGEM E SAÚDE**

Nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I – PERFIL (formulário)**

- 01 - Município ( )  
 02 - Idade ( )  
 03 - Gênero: Masculino( 1 ) Feminino( 2 )  
 04 - Reside no município? Sim ( ) Não ( )  
 05 - Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 06 - Escolaridade: fundam.( ) médio incompl.( ) médio completo( ) sup. incompl ( )  
 sup. completo( ) pós-graduado( )  
 07 - Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_  
 08 - Está há quanto tempo nessa equipe? \_\_\_\_\_  
 09 - Tipo de vínculo: contratado ( ) concursado( ) cedido( )  
 10 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )  
 11 - Qual? \_\_\_\_\_  
 12 - Onde? \_\_\_\_\_  
 13 - Por iniciativa sua ( ) ou do gestor municipal ( )  
 14 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Sim ( ) Não ( )  
 15 - Em caso afirmativo, qual a área?

**II – PLANEJAMENTO**

- 16 - A sua equipe planeja as ações de saúde com base nas necessidades para a população assistida? Sim ( ) Não ( )  
 17 - Como é feito esse planejamento?  
 18 - Você participa desse planejamento junto com sua equipe? Sim ( ) Não ( ) às vezes ( )  
 19 - Você participa da elaboração do plano municipal de saúde? Sim ( ) Não ( )  
 20 - Em caso afirmativo, de que forma?  
 21. Quais as facilidades e /ou dificuldades encontradas no processo do planejamento?

**ANEXO V: ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA-UESB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM  
ENFERMAGEM E SAÚDE**

**1 Processo de construção do método operacional de planejamento.**

- Sujeitos sociais participantes.
- Atores que planejam.
- Diálogo entre os atores sociais (Negociação, conflito, consensos, contradições ...).
- Estratégias / Caminhos.
- Recursos Críticos (Análise de viabilidade).
- Produtos / Resultados.