

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 Santos¹
Cezar Augusto Casotti²

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

² 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^o17

Jequezinho, 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^{1, 2}.

Diante da promulgação das leis orgânicas da Saúde, tornou-se oportuno o desenvolvimento do planejamento em saúde³. Por meio do processo de descentralização, os municípios passaram a atuar como protagonistas na execução das políticas⁴, cabendo a estes a autonomia que o sistema precisava para proporcionar o atendimento à saúde⁵.

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 Conill⁶, 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 comunidade⁷. 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 políticas⁸.

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 Vieira⁹, 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. Wanderley¹⁰ 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 Km²; população estimada, em 2014, de 14.618 habitantes; Densidade Demográfica de 6,45 hab/ km²; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de

0,566; Incidência de Pobreza de 62,13%; Incidência de pobreza subjetiva de 72,34%; e Índice Gini 0,36¹¹.

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 singular¹².

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 planejar¹³.

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^{13, 14}, 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 básica¹⁵. 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 Labate¹⁶, 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)¹⁷, inspirada no enfoque estratégico situacional do planejamento em saúde de Matus¹⁸, 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 operativa¹⁷.

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 Paim⁴, 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 unidade¹⁹.

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^{20, 13, 14} 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 MS²¹.

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 equipes²². 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 necessária⁷. Entre os membros da equipe, os ACS são os maiores responsáveis pelas visitas domiciliares às famílias cadastradas na ESF²³.

Assim, a Visita Domiciliar configura-se como um elemento que facilita a identificação das necessidades e situações de risco das comunidades adscritas²³. 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 adoecimento²⁴, contribuindo, assim, para a identificação de áreas de risco, situações que não seriam visíveis no espaço da ESF²⁵. 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 saúde²⁶.

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 resultados²⁷.

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 comunidade²⁸. Essa convivência lhe permite uma visão diferenciada quanto aos demais membros da equipe sobre os problemas e necessidades da população²⁶ que, a princípio, não poderiam ser reconhecidos no contexto da ESF²⁹. 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 mediadora³⁰.

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 Nunes¹⁴ 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 Pindamonhangaba¹⁹ e Ribeirão Preto³¹ 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 equipe⁷. Segundo Franco³², 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^I

Cezar Augusto Casotti^{II}

^I 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.

^{II} 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

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 Km²; população estimada, em 2014, de 14.618 habitantes; Densidade Demográfica de 6,45hab/Km²; 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?

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

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?

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

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/. 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.