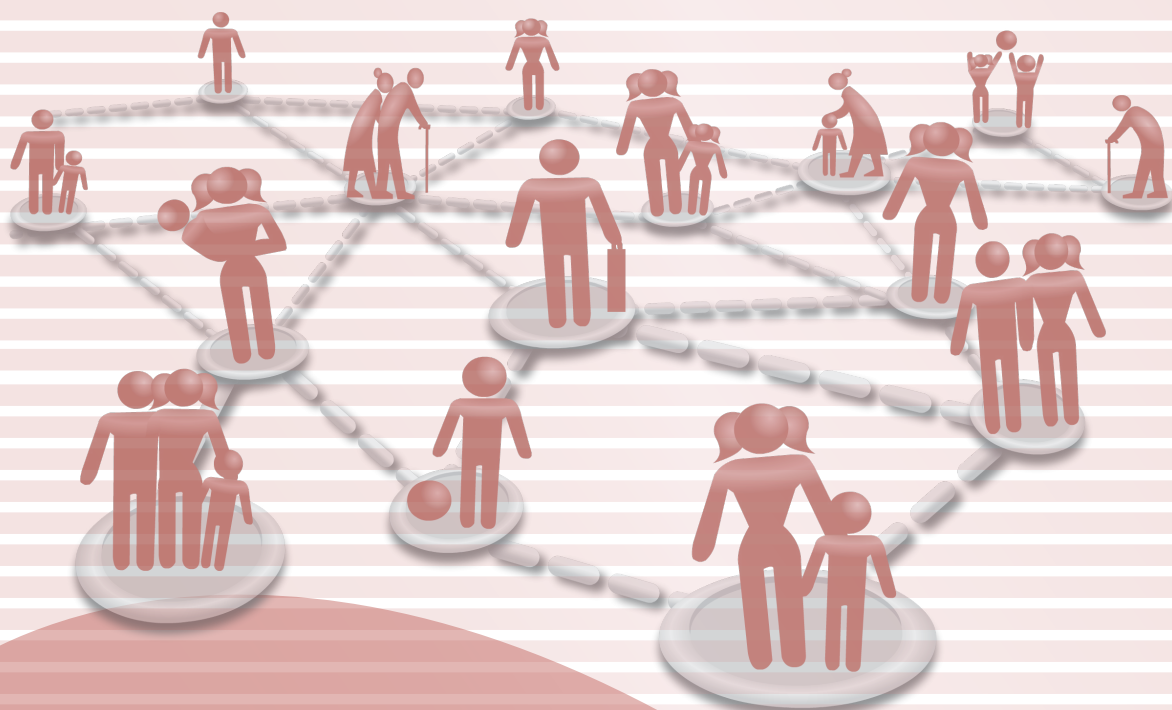


Especialização em

UNA-SUS

# Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo I - Reconhecimento da Realidade  
Módulo 4 Processo  
de Trabalho e Planejamento  
na Estratégia Saúde da Família





PROCESSO DE TRABALHO  
E PLANEJAMENTO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA

MÓDULO 4

## **GOVERNO FEDERAL**

**Presidente da República**

**Ministro da Saúde**

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Reitor** Álvaro Toubes Prata

**Vice-Reitor** Carlos Alberto Justo da Silva

**Pró-Reitora de Pós-graduação** Maria Lúcia de Barros Camargo

**Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão** Débora Peres Menezes

## **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretora** Kenya Schmidt Reibnitz

**Vice-Diretor** Arício Treitinger

## **DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**Chefe do Departamento** Walter Ferreira de Oliveira

**Subchefe do Departamento** Jane Maria de Souza Philippi

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

## **COMITÊ GESTOR**

**Coordenador Geral do Projeto** Carlos Alberto Justo da Silva

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

**Coordenadora Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz

**Coordenadora Executiva** Rosângela Leonor Goulart

**Coordenadora Interinstitucional** Sheila Rubia Lindner

**Coordenador de Tutoria** Antonio Fernando Boing

## **EQUIPE EAD**

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

Juliana Regina Destro

## **AUTORES**

Josimari Telino de Lacerda

Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Neila Maria Viçosa Machado

## **REVISOR**

Sérgio Fernando Torres de Freitas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

# PROCESSO DE TRABALHO E PLANEJAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Eixo I**  
Reconhecimento da Realidade

Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2010

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

*Edição, distribuição e informações:*

*Universidade Federal de Santa Catarina*

*Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC*

*Disponível em: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)*

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588p

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância.

Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Josimari Telino de Lacerda, Flávio Ricardo Liberali Magajewski, Neila Maria Viçosa Machado. – Florianópolis: UFSC, 2010.

106 p. (Eixo 1. Reconhecimento da Realidade)

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo 4: O processo de trabalho da equipe de saúde da família (Parte 1) – O processo de trabalho da equipe de saúde da família (Parte 2) – Noções básicas de planejamento estratégico – Aspectos operacionais do planejamento em saúde.

ISBN: 978-85-61682-41-5

1 Saúde da família. 2. Planejamento em saúde. I. UFSC. II. Lacerda, Josimari Telino de. III. Magajewski, Flávio Ricardo Liberali. IV. Machado, Neila Maria Viçosa. V. Título. VI. Série.

CDU: 361.1

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenadora de Produção** Giovana Schuelter

**Design Instrucional Master** Márcia Melo Bortolato

**Design Instrucional** Márcia Luz

**Revisão Textual** Ana Lúcia P. do Amaral

**Revisão Textual para Impressão** Flávia Goulart

**Design Gráfico** Felipe Augusto Franke, Francielli Schuelter, Natália de Gouvêa Silva

**Ilustrações** Ana Flávia Maestri, Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

**Design de Capa** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Projeto Editorial** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Revisão Geral** Eliane Maria Stuart Garcez

**Assistente de Revisão** Carolina Carvalho, Thays Berger Conceição

# SUMÁRIO

<b>UNIDADE 1 - O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PARTE I</b> .....	<b>13</b>
1.1 Para Contextualizar a Discussão.....	13
1.2 O Trabalho em Equipe .....	15
1.3 A Ferramenta Informação .....	22
1.4 A Apropriação do Território .....	26
1.5 Reconhecimento e Enfrentamento dos Problemas .....	28
1.6 O Acolhimento em Saúde .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>34</b>
<b>UNIDADE 2 - O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PARTE II</b> .....	<b>37</b>
2.1 A Atuação Intersetorial em Saúde .....	37
2.2 A Gestão do Cuidado e dos Serviços de Saúde .....	41
2.3 A Participação Social .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>
<b>UNIDADE 3 - NOÇÕES BÁSICAS DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO</b> .....	<b>57</b>
3.1 Aspectos Conceituais .....	57
3.2 Aspectos históricos do planejamento na esfera pública .....	63
3.3 Planejamento em Saúde .....	67
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>72</b>
<b>UNIDADE 4 - ASPECTOS OPERACIONAIS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE</b> .....	<b>75</b>
4.1 Planejamento Como Negociação de Diferentes Interesses .....	75
4.2 O Momento Explicativo.....	77
4.2 O Momento Normativo .....	92
4.3 O Momento Estratégico .....	93
4.4 O Momento Tático-Operacional .....	97
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>

## APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Como você pôde ver anteriormente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se em ação prioritária na organização da Atenção Básica, segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Você já deve saber quais são os princípios norteadores dessa Estratégia. Neste módulo, você aprofundará seus conhecimentos sobre os aspectos de atuação da equipe de Saúde da Família (SF), o planejamento em saúde e o processo de trabalho em equipe. O objetivo é estimulá-lo à reflexão sobre os avanços e desafios do processo de trabalho das equipes de SF. Norteie sua reflexão acerca dos seguintes questionamentos:

Sua atuação está coerente com o que o Ministério da Saúde (MS) espera da atuação da ESF?

Quais aspectos você consegue cumprir?

Quais os limites de sua atuação e quais os possíveis motivos?

Neste módulo, portanto, você verá alguns conceitos importantes que irão contribuir no processo de trabalho das equipes das Unidades de Saúde (US). Ele está dividido em quatro unidades.

- a) Na Unidade 1, você é convidado a refletir sobre os aspectos operacionais da atuação da equipe e seus instrumentos.
- b) A Unidade 2 começa a mostrar como funciona o modelo de vigilância à saúde, a atenção à saúde no domicílio e os grupos de trabalho.
- c) Na unidade 3, você conhecerá alguns conceitos básicos de planejamento estratégico; compreenderá a importância de haver metas bem definidas e como todos esses conceitos são trabalhados em um planejamento em saúde.
- d) O tema da Unidade 4 é planejamento em saúde. Portanto, abordaremos técnicas e estratégias para territorialização, coleta e consolidação de informações do diagnóstico situacional, eleição de prioridades, programação e monitoramento.

O seu desenvolvimento estará em constante avaliação. Por isso, preste atenção nas etapas descritas abaixo e organize-se. No final de cada unidade, você poderá verificar o seu aprendizado, resolvendo as atividades de autoavaliação no ambiente virtual de aprendizagem.



Também no ambiente virtual de aprendizagem, você encontrará dois fóruns temáticos. Mas lembre-se: esses fóruns são espaços para você expor suas reflexões sobre os assuntos estudados. Para ter uma boa avaliação, você deverá postar, pelo menos, uma vez em cada um deles.

Outro ponto importante: ao final do módulo, no ambiente virtual, você encontrará as orientações sobre a avaliação. Por isso, prepare-se com antecedência, lendo a atividade com atenção e conversando com seu tutor se estiver com dúvida.

Este livro foi cuidadosamente trabalhado para que seu estudo seja prazeroso e produtivo. Tenha um bom estudo.

## **Ementa**

Planejamento e programação local em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Momentos do processo de planejamento e programação no âmbito de sistemas locais de saúde. Métodos e práticas para resolução de problemas evidenciados na leitura da realidade.

## **Objetivos**

- a) Compreender as especificidades e atribuições das equipes de saúde da família previstas na legislação do SUS.
- b) Discutir aspectos conceituais e operacionais da interdisciplinaridade e da atuação multiprofissional e sua importância no trabalho das equipes.
- c) Discutir sobre os aspectos conceituais e operacionais da integralidade e da atuação participativa, bem como a importância para o trabalho das equipes de saúde da família.
- d) Reconhecer elementos da gestão participativa na organização dos serviços das Unidades de Saúde.
- e) Apresentar instrumentos do planejamento local e participativo para organizar o processo de trabalho da unidade de saúde.

**Carga horária: 30 horas.**

## PALAVRAS DOS PROFESSORES

Após o percurso teórico e reflexivo sobre aspectos da estrutura social e sua relação com a saúde, sobre as políticas públicas em saúde, com destaque para a atenção primária e o aporte instrumental da epidemiologia, você verá, neste módulo, o tema Processo de Trabalho e Planejamento em Saúde.

Nas próximas trinta horas de curso, convidamos você a refletir sobre alguns pontos a respeito do cotidiano das equipes de saúde. Os conceitos e os questionamentos que apresentamos no roteiro básico precisam ser discutidos com outros colegas de curso através das ferramentas da EaD, e, principalmente, com seus colegas de trabalho.

Você terá também indicação de leituras complementares para o aprofundamento das discussões.

Espera-se que este módulo propicie uma aproximação entre a teoria e a prática em seu trabalho profissional e que, de algum modo, possa contribuir para a identificação de entraves e/ou superação de dificuldades na perspectiva do cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Faça uma boa leitura e bom proveito!

Abraço.

Josimari Telino de Lacerda  
Flávio Ricardo Liberali Magajewski  
Neila Maria Viçosa Machado



# UNIDADE 1

MÓDULO 4

# 1 O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PARTE I

São muitos os aspectos envolvidos na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Sobre alguns deles, a equipe de saúde tem pouco potencial resolutivo. Trata-se de aspectos externos à atuação dos profissionais da rede, próprios da gestão central. Entretanto, o que fazer com os que podem ser resolvidos nos microespaços das próprias equipes? Refletir acerca deles é fundamental.

Objetivos de Aprendizagem:

- a) compreender os conceitos da interdisciplinaridade e sua importância para o processo de trabalho das equipes de saúde da família.
- b) discutir os aspectos conceituais e operacionais da interdisciplinaridade e da atuação multiprofissional e sua importância no trabalho das equipes.

Elegemos a interdisciplinaridade como elemento transversal de nossa reflexão a respeito do processo de trabalho e das atribuições da equipe. Afinal, as equipes de saúde da família têm um grande desafio: dar conta do potencial resolutivo da Atenção Primária, o que não é pouco. Estudos indicam que um serviço de qualidade no primeiro nível de atenção do sistema é capaz de resolver entre 60% e 80% dos problemas de saúde da população.

No decorrer da unidade, você encontrará bibliografias complementares selecionadas para enriquecer o debate no fórum e subsidiar as suas autoavaliações.

## 1.1 Para Contextualizar a Discussão

A Estratégia Saúde da Família tem como propósito reorganizar a prática da atenção primária à saúde, objetivando substituir o modelo cartesiano hegemônico, que é centrado na abordagem fragmentada do indivíduo, focalizado no tratamento de doenças, dependente de aporte tecnológico de alto custo e orientado pela assistência médica especializada. Essa nova estratégia tem como propósito reorganizar a prática da atenção primária à saúde, considerando, permanentemente, o meio e a forma de organização social onde o indivíduo está inserido. Assim, a Estratégia Saúde da Família, implementada pelo SUS, reafirma os princípios básicos do Sistema. Abordagens sobre esses princípios já ocorreram em módulos anteriores.

No âmbito das unidades básicas de saúde, atende-se aos seguintes princípios, que são apresentados na figura 1.

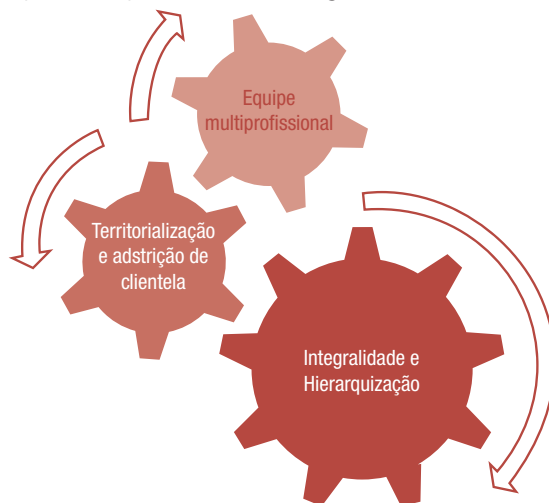


Figura 1: Princípios das unidades básicas de saúde.

- a) **Integralidade e hierarquização:** a Unidade de Saúde da Família, inserida no primeiro nível da atenção, configura-se como a “porta de entrada” do sistema e deve estar vinculada a uma rede de serviços própria ou contratada, de forma a garantir atenção integral à comunidade sob sua responsabilidade, em todos os níveis de complexidade, sempre que necessário (Figura 2):

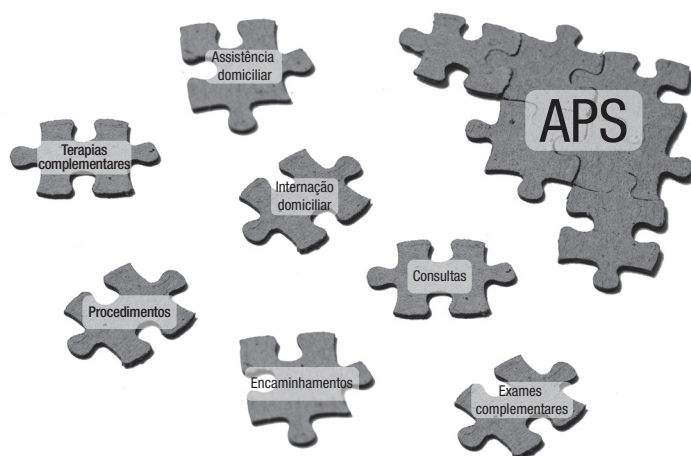


Figura 2: Esquema demonstrativo da integralidade.

- b) **Territorialização e adstrição de clientela:** a área de atuação das equipes tem uma base territorial definida, sendo sua a responsabilidade, a atenção, o acompanhamento e o monitoramento da saúde da população vinculada a essa área. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomenda que cada equipe seja responsável por três a quatro mil pessoas, o que corresponde a algo entre setecentos e cinquenta a mil famílias.
- c) **Equipe multiprofissional:** a composição mínima da equipe é conformada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, além de um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal.

A incorporação de outros profissionais à equipe, ou sua atuação como equipe de apoio, estão previstas e dependem das necessidades e possibilidades locais. A relação equipe/população deve ser observada e, portanto, a Saúde poderá atuar com mais de uma Equipe, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

O processo de reconhecimento, explicação e intervenção sobre os determinantes de saúde, tudo deve ser realizado com o apoio e a participação efetiva da comunidade. Cabe à equipe de Estratégia Saúde da Família desenvolver práticas assistenciais e de mobilização comunitária que facilitem a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade, além de criar vínculos de corresponsabilidade na manutenção e na recuperação da saúde.

Você percebeu qual é a proposta da Estratégia de Saúde da Família? A partir de agora, você deve refletir sobre as atribuições e o processo de trabalho das equipes diante desse desafio.

## 1.2 O Trabalho em Equipe

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) entende Estratégia Saúde da Família como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde.

Estas ações são voltadas para:

- a) a ampliação da cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento;

- b) a organização do acesso ao sistema;
- c) a integralidade do atendimento;
- d) a conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes;
- e) o incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde.

Dentre as suas atribuições, as equipes de saúde da família devem planejar ações, conceber a saúde como um processo de responsabilidade compartilhada e pautar suas ações entendendo a família como espaço social. Observe o infográfico 4 para compreender melhor todas as atribuições:



**Planejar ações** que produzam impacto sobre as condições de saúde da população de sua área de abrangência, orientadas por um diagnóstico participativo, capaz de identificar a realidade local e o potencial da comunidade na resolução dos problemas de saúde.

**Conceber saúde como um processo de responsabilidade que deve ser compartilhada** entre vários setores institucionais e a participação social, o que implica buscar parcerias intersectoriais e conscientizar os indivíduos, como sujeitos no processo de vigilância à saúde.



**Pautar suas ações, entendendo a família como espaço social**, respeitando suas potencialidades e limites socioeconômicos e culturais, além de buscar, nesse contexto, estratégias que otimizem as abordagens médicas e terapêuticas tradicionais.

Infográfico 4: Atribuições de destaque da equipe de saúde da família.



## Reflexão

Antes de avançar no estudo desta unidade, é importante que você reflita e faça algumas anotações sobre as seguintes questões:

Como está a sua prática?

Ela é coerente com o que o MS espera da atuação da ESF?

Dos aspectos listados até agora, quais você consegue cumprir?

Quais os limites de sua atuação?

E quais os possíveis motivos para isso?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ao longo dos seus estudos, você terá a oportunidade de reavaliar suas reflexões e confrontá-las com o conhecimento que irá adquirir até o final do módulo.



### Saiba Mais

Aproveitando esse momento virtual, você pode, também, acessar o *site* do Ministério da Saúde. Lá você encontrará as publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 648/2006 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, mar. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html)>. Acesso em: 7 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Publicações. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

Voltando ao assunto em foco, para o cumprimento das atribuições e orientações elencadas na Portaria MS 648/2006 (BRASIL, 2006), o Ministério da Saúde (MS) indica a composição multiprofissional da equipe, o que constitui uma das diretrizes mais importantes da Estratégia Saúde da Família. O trabalho em equipe, nessa concepção, deve superar a prática tradicional de simplesmente compartilhar o espaço físico (Figura 5).



Figura 5: Equipe de Saúde da Família – Sede II, realizando busca ativa de portadores de hanseníase, tuberculose, diabetes e hipertensão.

Fonte: Sonólope, 2010.

É necessário que haja uma interdisciplinaridade na construção da equipe de saúde para que ela seja uma verdadeira unidade produtora de serviços, com uma atuação multiprofissional e multifuncional. As responsabilidades específicas de cada profissional devem estar voltadas para os objetivos comuns da equipe, e sua prática deve ser motivada pela eficácia, pela efetividade e pela eficiência do trabalho.

Eficácia, efetividade e eficiência são importantes conceitos da área de gestão, planejamento e avaliação. Voltaremos a falar sobre eles na Unidade 4 deste Módulo. Na página 61 você encontrará as definições que utilizamos para os três termos.

Você pode perceber que se trata de uma mudança profunda na maneira de se trabalhar na área da Saúde. Para isso, é necessário qualificar exatamente o que é uma mudança (Diagrama 6).

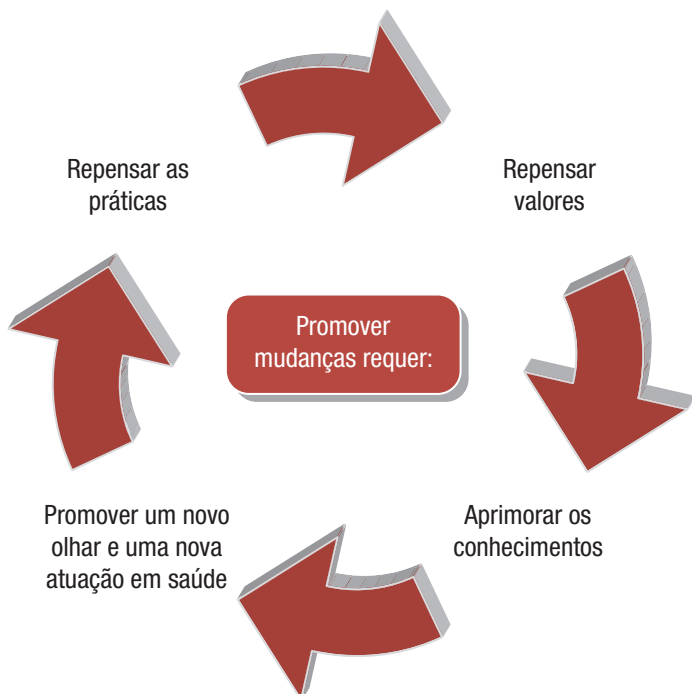


Diagrama 6: O que é mudança.

Tal posicionamento requer dos profissionais – e também da população envolvida – habilidades para além das práticas tradicionais, uma vez que a amplitude e a complexidade dos problemas são pertinentes a cada local.

A resolução desses problemas extrapola os limites da intervenção clínica e impõe, além das atividades de assistência, ações de promoção, prevenção e manutenção de saúde, compatíveis com o nível de complexidade de cada problema.

Portanto, os profissionais da equipe da saúde da família devem apresentar os seguintes critérios:

- a) competência técnica;
- b) criatividade;
- c) senso crítico;
- d) práticas de atendimento humanizadas e resolutivas;
- e) capacitação para atuar no planejamento e avaliação das ações e na articulação intersetorial.

Prezado estudante,

Dando continuidade à reflexão sobre o tema Equipe de Saúde da Família, você já parou para pensar sobre a importância de sua atuação para o trabalho dos demais integrantes de sua equipe? De que forma você poderá ampliar o potencial do grupo? Que saberes poderiam ser compartilhados?

É fundamental destacar que os espaços de troca e compartilhamento de saberes e conhecimentos entre os diferentes profissionais podem gerar novas formas de entender e praticar saúde. Ao mesmo tempo, a atuação interdisciplinar passa tanto pelo reconhecimento dos saberes oriundos dos diferentes profissionais quanto pela superação dos limites da atuação profissional na abordagem integral em saúde. Mas, para que essa atuação se concretize, há a necessidade de se construir um projeto comum, no qual, a partir dos trabalhos especializados de cada profissional, as ações se complementem e a equipe possa interagir com os seus pares e com os usuários.

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática na qual a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho.

Na equipe multiprofissional, essa articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, deve considerar as conexões e interfaces existentes entre as intervenções peculiares de cada área profissional, preservando-se as respectivas especificidades.

É lógico que, ao se falar em equipe com caráter interdisciplinar, e tendo como objetivo a atuação integral em saúde, as ações e propostas devem contemplar a identificação periódica das necessidades, dos riscos e vulnerabilidades da população sob sua responsabilidade, de modo a responder de forma adequada e resolutiva.

Por inderdisciplinalidade entende-se o processo de interação entre as disciplinas onde há cooperação acerca do conhecimento, por meio de sua ação coordenada. A multidisciplinaridade se caracteriza por uma ação simultânea de diversas disciplinas em torno de um tema, sem que haja compartilhamento e cooperação entre elas.

A construção das equipes de saúde da família, de forma multiprofissional e interdisciplinar, vem consolidando uma atuação em saúde integral, preocupada em responder às situações de saúde identificadas nas comunidades. Esse movimento é possível, principalmente, por conta da composição da equipe. É importante registrar a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, reunindo outros profissionais e atuando de forma multiprofissional e interdisciplinar, possibilitam avanços em direção à integralidade da atenção em saúde.

A reflexão, sobre a atuação da equipe, em que cada profissional contribui com diferentes nuances do conhecimento em saúde, remete à discussão do caráter orientador do cuidado terapêutico profissional específico.

Ao mencionarmos o cuidado terapêutico profissional específico, referimo-nos àquelas ações de saúde que, segundo o código de ética profissional, competem ao exercício de cada profissão e têm, como orientação, seu objeto de trabalho específico. Ou seja, faz-se referência às ações profissionais específicas promovidas por cada categoria que atua na saúde, sobretudo porque nossa intenção é deixar muito claro que as especificidades do conhecimento profissional não podem ser desconsideradas; afinal, não pode existir integralidade da atenção em saúde se esse processo desconsiderar o conhecimento específico presente em cada especialidade.

Vasconcelos (2002) ressalta que você deve se posicionar contra a elaboração de espaços de atenção individual à saúde, nos quais os conhecimentos envolvidos nas competências e habilidades profissionais são apresentados de forma estanque, impedindo a articulação com outros saberes.

Entendemos que essa prática em saúde, reconhecida como parte do paradigma médico convencional, deve ser superada pelos profissionais comprometidos com a construção do Sistema Único de Saúde.

É importante salientar que, quando se fala em cuidado terapêutico profissional específico, também devem ser construídos os espaços de aproximação dessa prática com o cuidado multiprofissional interdisciplinar.

A complexidade social, econômica, cultural e biológica envolvida na determinação dos problemas de saúde requer o desenvolvimento de uma nova forma de fazer saúde.

Assim, através do trabalho interdisciplinar, são delineadas as possibilidades de construção de um espaço de cuidado que promova mudanças estruturais no processo de trabalho, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo dos profissionais e horizontalização das relações de poder entre os diversos campos do saber (VASCONCELOS, 2002).

Promover a discussão sobre a possibilidade de aproximar a atenção à saúde nos espaços que rompem com a visão curativa tradicional, avançando em direção ao cuidado integral à saúde, só será possível quando uma determinada situação de saúde for tratada a partir da complexidade dos elementos que a constituem. A compreensão dos elementos que determinam o processo saúde-doença remete a discussões no campo do conhecimento interdisciplinar.



#### Saiba Mais

Para aprofundar seus estudos, é importante que você consulte: VASCONCELOS, E. M. Os conceitos e os tipos de práticas interdisciplinares e interparadigmáticas. In: \_\_\_\_\_. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. cap. 3, p. 102 -128.

### 1.3 A Ferramenta Informação

O processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família está bem especificado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Ministerial n. 648/GM, de 28 de março de 2006, referente à Política da Atenção Básica (BRASIL, 2006), conforme apresentado no Quadro 7, a seguir:

I	Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos, e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.
II	Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua.
III	Diagnóstico, programação e implementação das atividades, segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes.
IV	Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que objetiva propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.
V	Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.
VI	Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal.
VII	Valorização dos diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.
VIII	Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.
IX	Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

**Quadro 7:** Características do processo de trabalho em Saúde da Família.

Fonte: Brasil, 2006.

Os nove itens acima indicam como deve ser caracterizado o processo de trabalho das equipes. O desafio dos profissionais é criar estratégias para a sua execução.

Você também deve ter notado que os itens I, II, III e IV se referem à atualização de informações essenciais ao cuidado na perspectiva de vigilância em saúde.

Para assegurar essas informações, os diversos atores sociais precisam cumprir seus papéis. Os agentes comunitários de saúde devem atualizar, mensalmente, as informações de todas as famílias sob sua responsabilidade, e não apenas daquelas eleitas como grupo prioritário ou marcadores. Isso tem a ver com a formação e o acesso aos sistemas de cadastro, aspectos por vezes negligenciados no cotidiano.

Cabe aos responsáveis pelo acompanhamento do trabalho desses profissionais monitorá-los e auxiliá-los nessa tarefa.

De nada adianta a coleta de dados se o registro não for efetivado. Por outro lado, se a informação for coletada e registrada, mas não for utilizada, isso resultará em tempo perdido. Ou seja, se a organização desses cadastros se configurar como uma ação sem sentido, possivelmente esse trabalho passará a ser negligenciado.

Um bom exemplo disso é a campanha de aleitamento materno, que foi muito bem planejada e trabalhada (Figura 8).

Conheça um pouco dessa campanha no *site* [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/album\\_seriado\\_am.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/album_seriado_am.pdf).

## PROMOVENDO O ALEITAMENTO MATERNO



Ministério  
da Saúde



Figura 8: Promovendo o aleitamento materno.

Fonte: Brasil, 2007.

Além disso, é preciso que as informações do atendimento clínico sejam efetivamente registradas no prontuário do paciente, com indicação correta e legível dos procedimentos realizados e, principalmente, dos agravos que os originaram.



Este “livro” é a agenda *on-line* que consta do programa utilizado nas Unidades de Saúde de Florianópolis, para o agendamento dos atendimentos por elas oferecidos. É uma agenda similar à utilizada na intranet do SUS. Nela serão colocados os prontuários utilizados nos atendimentos aos pacientes pelos diferentes profissionais atuantes na equipe da saúde da família.

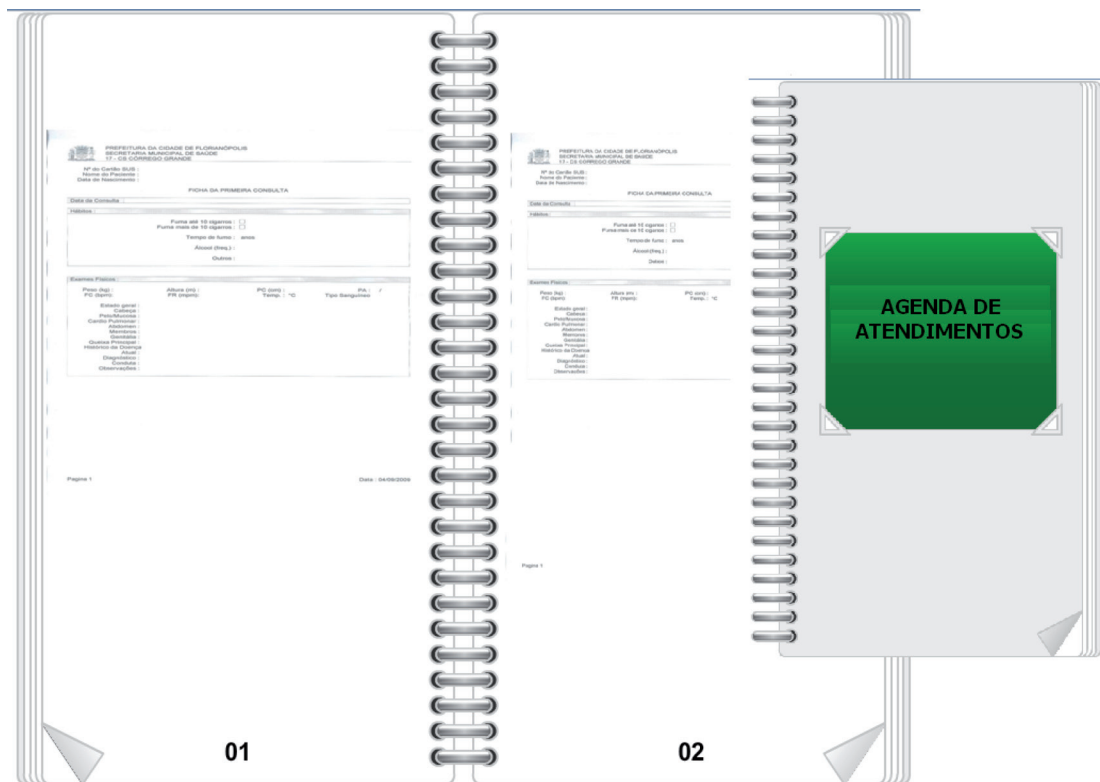


Figura 9: Agenda de atendimentos com os prontuários.

Cabe ressaltar que o prontuário do paciente deve estar orientado pela lógica do prontuário da família/domicílio, e essa relação precisa ser facilmente visualizada, como também é essencial que o cadastro e o prontuário da família estejam articulados. Ou seja, os profissionais, ao atenderem os indivíduos, devem ter acesso a todas as atualizações do cadastro.



Sobre modelo de prontuário leia a pesquisa de mestrado: **NEGREIROS, M. M. Proposta de prontuário para equipes de saúde da família.** 2005. 204 f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde)–Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. Disponível em: <[www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/prontuario.pdf](http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/prontuario.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2010. Trata-se de uma proposta interessante, que pode ser adaptada para outras realidades.

Muitas vezes, vemos nas Unidades prontuários individuais com numeração própria e independente, sem qualquer relação com território ou família, e vemos o cadastro, atualizado mensalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), arquivado em pastas separadas, cujo registro no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apenas é efetuado quando o pessoal administrativo “tem tempo”. Isso dificulta o processo de trabalho conforme preconizado e reflete ineficiência. Dessa forma, perde-se a informação por família e ela apenas poderá ser resgatada pela ACS, caso considere importante.

A atualização das informações é primordial para o acompanhamento do perfil da microárea. Esse é um aspecto que precisa ser considerado pela equipe no processo de organização do trabalho.

## 1.4 A Apropriação do Território

Outro aspecto pouco questionado pelas equipes diz respeito ao reconhecimento do território e acompanhamento sistemático do espaço social. De maneira geral, a delimitação do território definida pela gestão é orientada pela lógica burocrático-administrativa, com base em critérios geográficos. Esta lógica contrapõe-se ao conceito de território-processo definido por Mendes (1995) e que fundamenta o modelo de atuação das equipes de saúde da família.

O entendimento de território-processo utilizado por Mendes (1995) vai além da ideia de um espaço físico acabado, definido apenas por consonância. Ele engloba, também, os aspectos econômicos, políticos, culturais e epidemiológicos para delimitar esse espaço. O mapeamento do território deve levar em consideração os problemas de saúde, em contraponto com condições de vida dos diferentes grupos da população.

Um equívoco inicial da concepção do território não deve ser mantido quando da organização do processo de trabalho da equipe. Se os limites geográficos são definidos burocraticamente, cabe à equipe entender esse território como um espaço social em contínua transformação.

Portanto, a visualização do espaço territorial e o acompanhamento de suas características socio sanitárias devem ser contemplados como importantes instrumentos de trabalho.

Este mapa, ver figura 10, é um exemplo da Territorialização, cujo detalhamento de sua execução será apresentado na Unidade 4 deste módulo.

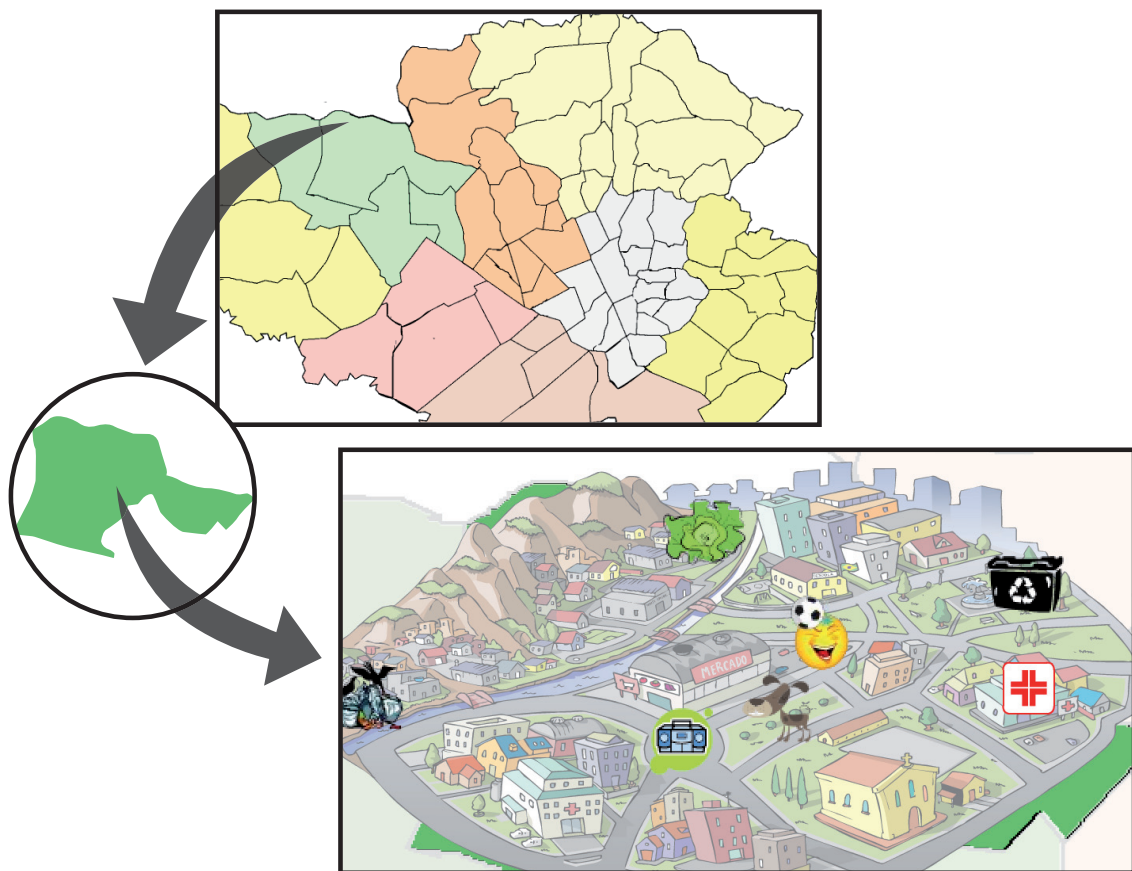


Figura 10: Mapa territorial plotado.

Em local reservado, de acesso exclusivo à equipe, um mapa inteligente, com identificação dos domicílios, precisa ser constantemente atualizado.

E nele devem estar plotados:

- a) os marcadores de saúde eleitos no planejamento;
- b) os marcadores eleitos pela gestão;
- c) os locais e famílias de atuação prioritária;
- d) áreas ou situações de risco.

Esse instrumento permitirá o acompanhamento e o monitoramento da situação de saúde do território e facilitará a apropriação de informações atualizadas pela equipe.

E na sua Unidade de Saúde, como estão as informações das famílias e do espaço social?

Você já percorreu a pé o território onde residem as famílias sob sua responsabilidade? Ainda não?

Então está na hora!

Programe uma atividade de reconhecimento do território com sua equipe e, em conjunto, construam um mapa inteligente.

Conheça, efetivamente, sua área de atuação.

Na Unidade 4 deste módulo, você precisará fazer a territorialização.

**PROGRAME-SE JÁ!**

## 1.5 Reconhecimento e Enfrentamento dos Problemas

Os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, norteadores do SUS, e que orientam também a construção do processo de trabalho das equipes de saúde da família, apontam para a importância da qualificação e compreensão do planejamento local e da programação de ações e estratégias orientadas para as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

As ações, como acolhimento, atuação em grupos, visitas domiciliares, programação das ações profissionais específicas, promoção da saúde, prevenção de agravos e ações de educação em saúde só terão êxito na produção do cuidado em saúde, em seu sentido mais amplo, se forem percebidas e construídas através de reuniões de planejamento da equipe de saúde da família.

Atender às recomendações apontadas na Política da Atenção Básica só será possível se os profissionais que compõem a equipe realizarem o movimento em direção à atuação integrada. Os itens V a IX, descritos na Portaria MS 648/2006, apontam nessa direção. Conforme você já aprendeu nesta unidade, não basta ser membro da equipe; o setor da saúde é um campo fértil no enunciado de trabalho em equipe, mas poucos são os relatos nessa direção.

A proposta de encontros entre os profissionais das equipes de saúde da família, orientados a partir da concepção do planejamento e da programação local, pode constituir espaços de construção da interdisciplinaridade, para partilhar conhecimento e, conseqüentemente, integralizar a atenção em saúde. Vale salientar que o vínculo entre os profissionais envolvidos dificilmente ocorre quando o trabalho em saúde se processa a partir da lógica de programas e ações definidos isoladamente e segundo a orientação da especificidade das profissões.

É importante reservar um espaço no cronograma de atividades da Unidade de Saúde para reuniões de equipe, de forma sistemática e orientada para o monitoramento e avaliação dos objetivos e metas propostos no planejamento conjunto. Sua finalidade é proporcionar meios de engajamento no trabalho colaborativo e influenciar, positivamente, os estados de ânimo, objetivando gerar ações evolutivas.

Realizar a atenção em saúde a partir da identificação dos problemas presentes na área adscrita da Equipe de Saúde da Família permite também à população acompanhar, de forma efetiva e avaliativa, as ações praticadas pelo serviço de saúde, o que concede visibilidade à questão da participação e controle social por parte da comunidade (BORGES; DOHN, 2006).

A partir deste momento, nasce o espaço para a construção e consolidação do vínculo, elemento fundamental para que a relação de compartilhamento se estabeleça, tanto entre os diferentes profissionais que constituem a equipe, quanto entre a equipe e a comunidade.

Ao se consolidar a interação entre profissionais e usuários, qualificam-se os vínculos e a corresponsabilização, em que todos são protagonistas do processo de cuidado da saúde, e assegura-se o favorecimento do acesso do usuário à atenção em saúde (SCHOLZE et al., 2006).



Para conhecer mais a respeito desse assunto, consulte: MEHRY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (Saúde em Debate, 108; Série didática, 6).

## 1.6 O Acolhimento em Saúde

A menção de vínculo aborda também a questão do acolhimento em saúde. O acolhimento se estabelece como uma forma de reconhecer a capacidade de todos os membros de uma equipe de saúde para atuarem sobre os problemas de saúde, exercendo a atividade dentro de suas competências profissionais específicas em um trabalho centrado no usuário. Trata-se de um processo que articula três dimensões (Diagrama 11):



Diagrama 11: Dimensões do processo de acolhimento.

O acolhimento deve ser compreendido e trabalhado como um processo de encontro entre indivíduo/família/comunidade e trabalhadores de saúde, capaz de colocar em prática, na atenção à saúde, à integralidade, à equidade e à resolubilidade.

É relevante destacar que o acolhimento, como processo de construção do vínculo, a humanização da atenção em saúde e a escuta qualificada em relação às necessidades de saúde dos usuários, deve acontecer em todo e qualquer espaço de encontro onde a atenção à saúde se realize, e não apenas na porta de entrada do sistema de saúde.

A perspectiva do acolhimento, não como uma atividade específica, mas como prática de toda e qualquer atividade assistencial, possibilita ao usuário transitar em diferentes espaços da rede de saúde, e consiste num processo contínuo de investigação, elaboração e negociação das necessidades de saúde (Figura 12).



Figura 12: Diversidade na abrangência do acolhimento.

O processo de acolhimento pressupõe uma escuta qualificada e atenta à fala do usuário, para além da necessidade de reorganização do processo de trabalho, o que permite que as pessoas sejam envolvidas por um escutar a partir de uma compreensão humanizada, possibilitando torná-las partícipes do processo amplo que engloba o direito à saúde como um dos constituintes principais para a consolidação da cidadania (SILVA; BORGES, 2006).

No entanto, é necessário deixar claro que esse processo de escutar, envolto por uma compreensão humanizada, não permite que o

acolhimento em saúde aconteça a partir de uma atenção centrada na atenção médica. Significa compreender que acolher, nessa perspectiva, não pode se restringir à queixa imediata do usuário. Significa construir a atenção em saúde a partir da ótica de construção da responsabilização e do vínculo.

O acolhimento deve ter continuidade mediante a construção de uma rede de conversação efetivada através do serviço de saúde, ao longo da qual são definidas as trajetórias que cada usuário e sua família precisam na busca de satisfação para suas demandas. Ou seja, o processo de acolhimento, quando desenhado na atuação em saúde, pela equipe, passa a orientar a organização do processo de atendimento da unidade de saúde, para responder adequadamente às necessidades identificadas. Desta forma, todas as demais atividades da equipe inscrevem-se direcionadas a responder necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, e as identificadas também durante o acolhimento.



#### Saiba Mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre a questão do acolhimento, recomendamos:

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

SCHOLZE, A. S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 7-12, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espaco-parasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_2.pdf](http://www.ccs.uel.br/espaco-parasaude/v8n1/v8n1_artigo_2.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf) >. Acesso em: 10 fev. 2010.



## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você aprendeu os conceitos relacionados à interdisciplinaridade e compreendeu a importância do trabalho das equipes de saúde da família. Além disso, pôde discutir os conceitos: ferramenta da informação, apropriação de território, enfrentamento dos problemas, e acolhimento em saúde, relacionando-os com a sua prática de trabalho. Portanto, você iniciou a reflexão para o planejamento de ação que será desenvolvido no final do módulo.

Porém, a sua caminhada não terminou aqui. Você pode acessar o Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem (AVEA) e fazer uma revisão completa de todos os conteúdos estudados e disponibilizados especialmente para você. Faça todas as atividades sugeridas; elas foram planejadas para que você tenha um aprendizado significativo na sua prática diária. Depois, siga em frente. A próxima unidade é ainda mais interessante.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 648/2006 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, mar. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html)>. Acesso em: 7 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2. ed. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/album\\_seriado\\_am.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/album_seriado_am.pdf)>. Aceso em: 16 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. **Publicações**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

BORGES, R.; DOHN, M. O trabalho de equipe interdisciplinar. In: CUTOLO, L. R. A. (Org.). **Manual de terapêutica: assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.

LÜCK, H. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (Saúde em Debate, 108; Série didática, 6).

NEGREIROS, M. M. **Proposta de prontuário para equipes de saúde da família**. 2005. 204 f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde)–Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

SCHOLZE, A. S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalhos da equipe de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 7-12, dez. 2006.

SILVA, H. T.; BORGES, R. Acolhimento e a estratégia saúde da família: manual de terapêutica assistencial à família. In: ACAMPORA, J. A.; CUTOLO, L. R. A. (Orgs.). **Assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p. 77-90.

SOLONÓPOLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde no quarteirão**: implementando o PSF e levando a equipe multidisciplinar para sua casa. Solonópole, CE, 2009. Disponível em: <<http://saudesolonopole.blogspot.com/2009/04/saude-no-quarteirao.html>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

VASCONCELOS, E. M. Os conceitos e os tipos de práticas interdisciplinares e interparadigmáticas. In: VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. cap. 3.

# UNIDADE 2

MÓDULO 4

## 2 O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PARTE II

A Vigilância em Saúde, modelo de atenção que orienta a Estratégia Saúde da Família, viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao conceber o território, os problemas de saúde e as práticas como centro de atuação da equipe. Neste espaço busca-se conhecer e priorizar os problemas e as necessidades de saúde da comunidade, articulando e integrando ações de promoção, prevenção e de assistência, com base nos conceitos de interdisciplinaridade e intersetorialidade (Oliveira; Casanova, 2009).

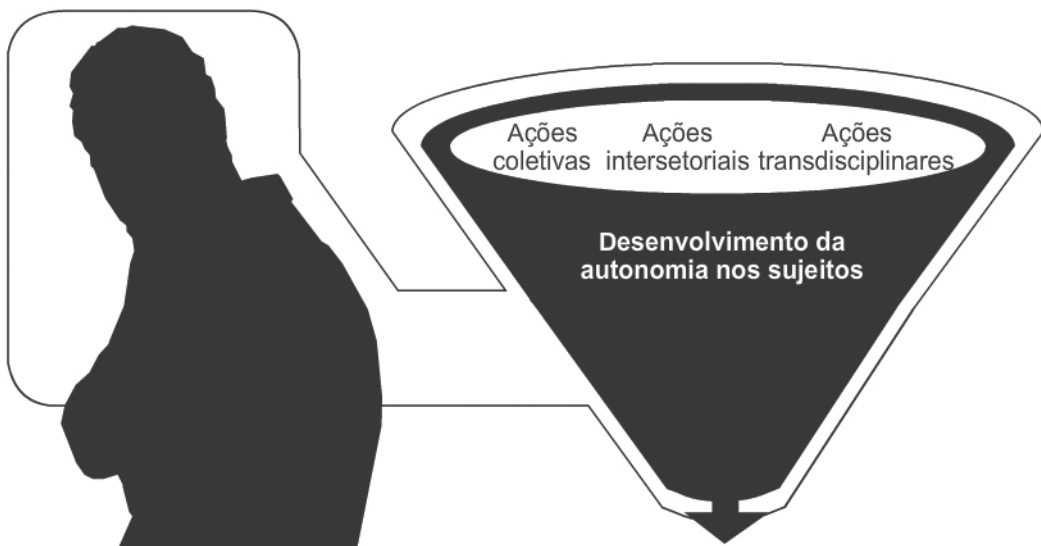
Objetivos de Aprendizagem:

- a) compreender os conceitos da intersetorialidade e sua importância para o processo de trabalho das equipes de saúde da família;
- b) discutir os aspectos conceituais e operacionais da gestão do cuidado e da atuação participativa, bem como a relevância para o trabalho das equipes de saúde da família.

Você também continuará a sua reflexão sobre o processo de trabalho da equipe saúde da família, abordando a intersetorialidade, a gestão do cuidado e dos serviços de saúde, assim como a importância da participação social. Será reproduzida aqui a concepção norteadora da participação social, em que Estado e sociedade (profissionais de saúde e comunidade) atuam como interlocutores legítimos no processo decisório e, dessa forma, ampliam a eficácia de suas deliberações.

### 2.1 A Atuação Intersectorial em Saúde

A saúde precisa ser entendida como um problema social que não pode ser abordado em dimensão setorial, por estar a saúde interligada e dependente dos demais aspectos que estruturam a sociedade. Os problemas sociais se manifestam e são identificados setorialmente, mas a solução depende da atuação de mais de uma política pública setorial (Diagrama 13). A complexidade do setor saúde não permite uma abordagem fragmentada dos problemas (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006, PAULLI, 2007).



### **Resultados satisfatórios na resolução de problemas sociais.**

Diagrama 13: Resolução de problemas sociais.

A abordagem intersetorial de problemas sociais incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, e considera o cidadão na sua totalidade, numa clara relação com a concepção de integralidade em saúde. Ou seja, uma atenção integral à saúde, cujos determinantes extrapolam o setor, só é possível a partir de uma ação articulada com os demais setores sociais (JUNQUEIRA et al, 2004; PAULI, 2007). Portanto, a efetividade da ação intersetorial depende da observância de uma atuação articulada cujos objetivos e estratégias de operacionalização incluam participação e organização de diversos atores sociais e a troca de saberes, o que, em si, potencializa o resultado da ação.

A intersetorialidade não é um processo espontâneo, depende de uma ação deliberada. Tampouco é facilmente implementada. Constitui uma nova concepção de atuar em saúde, que mexe com interesses de grupos, dentro e fora do setor. Por outro lado, com a integração de saberes e experiências, os profissionais e os grupos populacionais passam a ser considerados como sujeitos capazes de perceber os seus problemas de maneira integrada e identificar soluções adequadas à sua realidade social. Todo esse movimento possui uma relação próxima com a concepção de planejamento estratégico, que será abordada na próxima unidade.

Você deve estar refletindo sobre a complexidade da implantação de ações intersetoriais em seu espaço de trabalho, não é mesmo? Deve, ainda, estar refletindo se é possível promover ações intersetoriais a partir da Atenção Básica.

Pois eu já lhe digo que é possível, sim.

Diante das dificuldades de articulação com outros setores, do ponto de vista macro da gestão, Paulli (2007) sugere que se inicie a atuação intersetorial em pequenas parcerias, nos projetos comuns, pontuais e, assim, paulatinamente, se amplie o potencial resolutivo.

Ademais, ao entender a Atenção Básica como uma estratégia flexível, caracterizada através do primeiro contato entre paciente e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna, sistemática e continuada e que é responsável pela articulação dos diversos pontos da atenção dos prestadores de cuidados, dentro e fora do setor saúde, não podemos prescindir da intersetorialidade como um eixo estrutural de nossa atuação.

Concordamos com a visão de Paula, Palha e Protti (2004) de que a atenção básica tem capacidade de articular os vários setores presentes, tanto no nível mais operacional – ações de saúde diretamente ofertadas à população – como nos níveis regional e central. A partir de uma perspectiva de planejamento ascendente e com potencialidade de articular setores fundamentais, pode-se desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

Porém, alguns elementos são fundamentais para que esse potencial se efetive. Para isso, é preciso:

- a) superar a fragmentação e a compartimentalização do processo de trabalho dentro do setor saúde, centrado no modelo biomédico, e incorporar uma cultura de cooperação e de complementaridade dos diferentes saberes;
- b) adotar a intersetorialidade como um processo integrado de transformação da assistência, articulado com a população;
- c) entender que Saúde da Família é um projeto novo e vem enfrentando dificuldades na formação, capacitação e articulação dos sujeitos, além de haver pouca articulação entre as políticas sociais em prol de um objetivo único.

Trata-se de um processo que está sendo construído e requer a formação de uma rede de apoio. Esse discurso enfatiza que um dos objetivos da intersetorialidade é a formação de uma rede – conceito que extrapola a articulação apenas do trabalho em equipe ou setorial – para, através dessa rede, promover uma articulação de pessoas e instituições que, de maneira compartilhada, buscam soluções para a superação de problemas sociais.

### **Reflexão:**

Vamos refletir um pouco? Antes de continuar seus estudos, analise e faça algumas anotações:

Como você vê a intersetorialidade em sua Unidade de Saúde?

Que aspectos precisam ser potencializados para avançar nessa direção?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Como processo articulado e integrado de formulação de políticas públicas, a intersetorialidade pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais, e caracteriza-se pela corresponsabilidade de diferentes atores sociais e governamentais. A promoção da saúde, como atribuição do Sistema Único de Saúde, só poderá ser implementada se entendermos o setor saúde como estratégico para o desenvolvimento de novas alianças ou parcerias. Nesse sentido, necessitamos incorporar com maior clareza as discussões sobre a intersetorialidade na prática cotidiana dos profissionais da saúde, sem que isso se transforme em responsabilidade exclusiva dos trabalhadores e sem perder de vista o potencial que eles têm.





Esta pesquisa é muito interessante e atual.

Vamos lá!

Acesse o site e leia o artigo: GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php/script\\_sci\\_serial/pid\\_1413-8123/Ing\\_pt/nrm\\_iso](http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_1413-8123/Ing_pt/nrm_iso). Acesso em: 10 mar. 2010.

## 2.2 A Gestão do Cuidado e dos Serviços de Saúde

O processo de descentralização dos serviços de saúde, como princípio organizativo do SUS, não se limita à transferência de responsabilidades e recursos ao gestor municipal.

O espaço social, enquanto rede complexa de processos socio sanitários, propicia a construção de novas práticas de saúde. A equipe de saúde da família é a responsável pela apropriação desse espaço e a implementação de ações que assegurem a melhoria das condições de saúde da população que nele habita.

Um dos fatores que promovem a efetivação da programação de saúde, conforme a realidade de uma determinada comunidade, é a Gestão Local do Cuidado e dos Serviços. É necessário criar mecanismos de articulação entre as atividades da equipe de saúde e os demais setores envolvidos para que haja a garantia do cuidado aos usuários.

O âmbito da Estratégia Saúde da Família compreende uma gestão participativa, descentralizada, que parte de uma realidade local. A ela cabe planejar as ações estratégicas, de acordo com os princípios estabelecidos.

Como forma de garantir o princípio de integralidade das ações de saúde proposto pelo SUS, espera-se o delineamento de um método, ou modelo de gestão, que promova a articulação e a interface de dois eixos – a gerência do serviço e a gerência do cuidado.

A integralidade máxima estará assegurada na medida da articulação entre a integralidade efetivada no “microespaço” de trabalho das equipes (gerência de cuidado) e a integralidade efetivada

no “macrocontexto” da rede de serviços (gerência dos serviços) (CECÍLIO; MEHRY, 2003).

Para Campos (1997, 2000), um dos grandes problemas na efetivação dos programas de saúde está na forma como os trabalhadores estão inseridos na construção e na discussão do processo de trabalho.

Uma organização fragmentada, vertical e autoritária, centrada na produtividade das ações e no controle e cumprimento de regras administrativas, promove a alienação do profissional. Esse profissional não se vê envolvido com o processo do cuidado como um todo, tendendo a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, comprometendo, conseqüentemente, o resultado da ação.

O desafio gerencial presente nessa perspectiva consiste em programar formas de participação e envolvimento dos diferentes atores no contexto da saúde, buscando aproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, para que haja a integração entre os profissionais que gerenciam o cuidado e o serviço de saúde.

A gerência do cuidado emerge nas organizações públicas de saúde como uma tendência para modificar o processo de trabalho nesse setor – partindo do trabalho individual para um trabalho transdisciplinar – e reafirmar a necessidade de responsabilidade, autonomia, e vinculação que as equipes de profissionais devam assumir para promoverem a saúde (Diagrama 14).

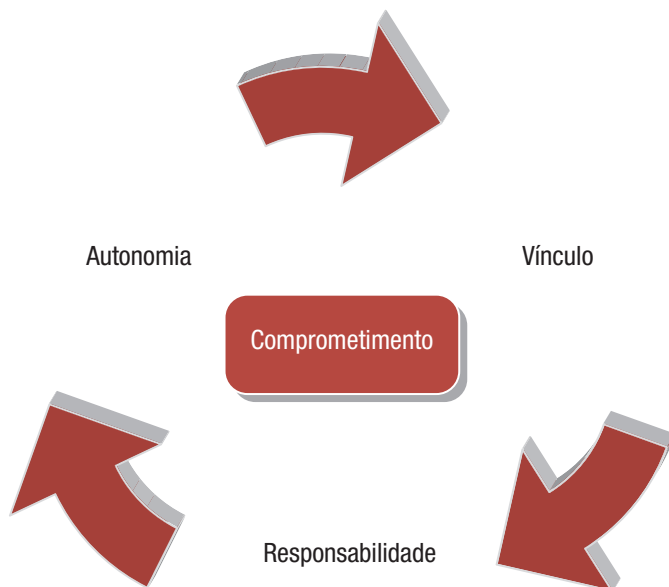


Diagrama 14: Comprometimento.

A gerência do cuidado, segundo Fekete (2000), consiste na capacidade técnica, política e operacional que uma equipe de saúde possui para planejar a assistência aos usuários, no plano individual ou coletivo, promovendo a saúde no âmbito biopsicossocial. E, ao gerenciar o cuidado nessa perspectiva, são necessários:

- a) programação de ações que dependem da clínica e da epidemiologia, como campos de saberes a serem explorados pelos profissionais de saúde;
- b) desenho das ações programadas;
- c) aplicação de normas, regulamentos e rotinas que orientem a organização de todo o processo de trabalho.

Ao mesmo tempo, Franco (2003) denomina a gerência do cuidado como **projeto terapêutico**, conceituando-o como um conjunto de atos de saúde, pensados para resolver determinado problema apresentado pelos usuários de um serviço de saúde, com o objetivo de produzir o cuidado.

Entretanto, para que isso aconteça, é necessária uma gestão democrática dos serviços que permita aos trabalhadores autonomia e tomada de decisão partilhada, para uma melhor condução do processo.

Na produção do cuidado, as necessidades apresentadas pelos indivíduos ou coletividades devem ser “ouvidas” pelos profissionais de saúde e, com base nelas, os **projetos terapêuticos podem ser desenhados**, tentando responder aos princípios de vinculação, corresponsabilização, equidade e integralidade.

Cecílio (2001) e Fekete (2000) ressaltam que a programação das ações de saúde bem como as respostas às necessidades apontadas pelos usuários, dependem de articulação no núcleo local de assistência e entre os diferentes setores do sistema de saúde.

Perpassando pelos diferentes níveis de assistência, em resposta às necessidades reveladas por usuários, a consolidação de toda essa rede integrada de serviços, elemento estruturante de todo o processo, é denominada por Franco e Magalhães Júnior (2003) como “linha do cuidado”, demonstrada no diagrama 15.

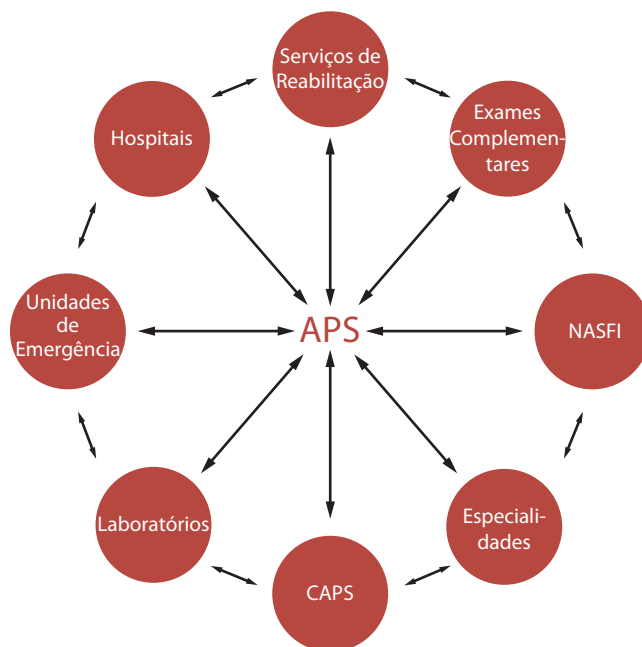


Diagrama 15 – Linha do cuidado.

Nesta rede de cuidados, os diferentes níveis de assistência devem ser executados por equipe multidisciplinar, de forma integrada e articulada com outros níveis de complexidade. E, neste contexto, incluem-se os serviços de assistência domiciliar, de responsabilidade da equipe da Atenção Básica e que devem ser realizados dentro de uma programação específica.

A assistência domiciliar é destinada a pessoas com perdas funcionais e dependências para as atividades diárias. A internação domiciliar destina-se a indivíduos em condições clínicas que requeiram cuidados mais intensivos e mais frequentes.



#### Saiba Mais

Para conhecer melhor o tema, sugerimos a leitura do artigo de: GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0104-0707&script=sci\\_serial](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0104-0707&script=sci_serial). Acesso em: 10 mar. 2010.

Em todo esse processo, independentemente das denominações de diferentes autores, o que se busca é uma **gestão integrada** com foco na realidade local e nas iniciativas de novos arranjos institucionais, quais sejam:

- a) ampliação da autonomia e do poder local;
- b) definição de pactos e parcerias locais;
- c) desenvolvimento e revisão de métodos e instrumentos de trabalho;
- d) criação e recriação de sentidos e significados das práticas.

Assim, conforme Fernandez e Mendes (2007), a gestão assumiria uma forma de organização social e de relação entre o político, o econômico e o social, denominada gestão social, em que a adoção da gestão participativa se torna fundamental.



### Na Prática

As formas de participação propostas podem ser institucionalizadas em forma de conselhos, ou não institucionalizadas, como nos casos dos fóruns participativos, tais como os comitês locais de gestão ou de projetos específicos. Esse espaço de gestão colegiada proporciona a discussão dos modos de organizar os serviços, dando autonomia aos profissionais e fazendo com que cada um saiba com clareza as suas atribuições.

Nesses espaços, poderiam ser definidos contratos de gestão que delineassem as formas de intervenção, com prazos e metas previamente acordados entre direção e equipes e com a participação de representantes da população. Os resultados seriam acompanhados pelos Conselhos Locais de Saúde ou pelos fóruns.

Alguns autores alertam que, em quaisquer espaços decisórios, devem ser consideradas as dimensões da negociação, da informação, da avaliação e do monitoramento.

A negociação é entendida como um processo dinâmico no qual os acordos podem ser renovados constantemente, na medida em que se ampliam as habilidades e as capacidades de resolução dos problemas, ver diagrama 16:

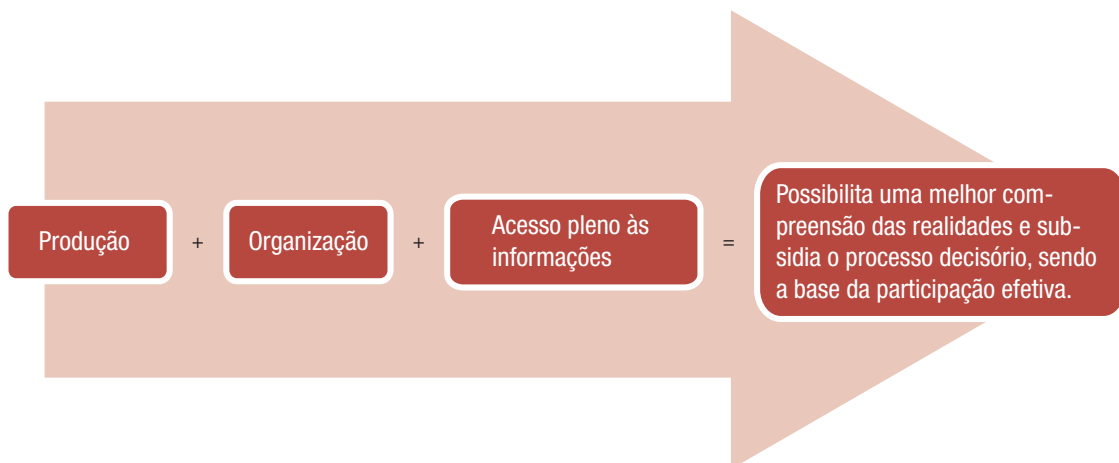


Diagrama 16 – Negociação.

A continuidade das ações e dos acordos é indispensável à gestão participativa e integrada para determinar o caminho e identificar os entraves e as dificuldades e permite a redefinição de estratégias para o alcance das metas estabelecidas.

Muitos são os desafios das instituições públicas de saúde em busca desta realidade idealizada: construir modos de gestão que sejam compatíveis com os profissionais da saúde, em suas diferentes linhas de atuação, com os objetivos propostos pelo SUS e com a satisfação do usuário, garantindo a saúde da população de forma universal, com equidade e integralidade.

### 2.3 A Participação Social

Do ponto de vista conceitual, participação social é o processo mediante o qual os diversos grupos sociais tomam parte nos processos decisórios em uma determinada sociedade. Na perspectiva sociológica, a participação é um processo relacional que promove a mobilização dos sujeitos e opera no campo da construção de identidades. Os atores coletivos se consolidam no curso das ações de reflexão e mobilização em torno de características ou problemas comuns. Nesse processo, constroem e negociam identidade coletiva.

Portanto, participação é um processo de conquista, construído gradativamente e de maneira peculiar nas diferentes sociedades. É um conjunto de ações que possibilita a partilha do poder decisório por meio de negociação e superação de conflitos de interesses (STOTZ, 2009).

A participação social não é um processo de concessão, mas uma conquista no âmbito político, e deve ser encarada dentro da noção da ética da responsabilidade. O SUS é resultado de uma ampla mobilização social, cujas reflexões e negociações consolidaram o ideário do sistema de saúde na Constituição de 1988.

A participação organizada da sociedade no setor saúde se constitui em um dos pilares para a obtenção dos objetivos do Sistema Único de Saúde, assim como a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços.

Cabe aqui destacar que, no escopo da participação social, o termo controle social é configurado com significado distinto daquele originário da sociologia, que designa, **grosso modo**, os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo. A concepção de controle social na saúde refere-se à capacidade da sociedade em estabelecer práticas de vigilância e de controle sobre as ações do Estado.

O controle é exercido pela sociedade por meio da presença e da ação organizada de diversos segmentos ou movimentos sociais.

O exercício do controle social no âmbito da saúde está previsto na Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990), em que foram definidas duas instâncias colegiadas:

- a) Conselho de Saúde;
- b) Conferência de Saúde.

A Conferência de Saúde é um espaço amplo de discussão e reflexão de diferentes segmentos da sociedade civil organizada sobre os problemas e ações desenvolvidas na área. Dela saem proposições de diretrizes para a formulação de políticas nas esferas de governo correspondentes e configura-se como espaço de consulta à sociedade. Cabe ao Poder Executivo ou ao próprio Conselho de Saúde convocá-la e organizá-la em uma periodicidade não superior a

quatro anos. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por três segmentos (Diagrama 17):

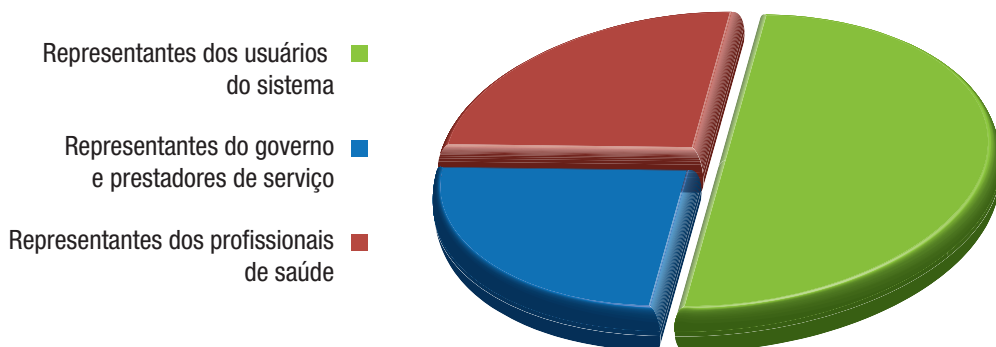


Diagrama 17: Segmentos do Conselho de Saúde.

Esse conselho tem caráter permanente, deliberativo, e sua atuação tange à formulação de estratégias e ao controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em cada esfera de governo correspondente.

A regulamentação da participação social no planejamento e controle dos serviços foi normatizada pela Lei n. 8.142/9 (BRASIL, 1990) e as recomendações para sua constituição, estruturação e competências foram definidas pela Resolução n. 33/92, em dezembro de 1992, e reafirmadas pela Resolução n. 333/03, de novembro de 2003, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

A partir daí, os Conselhos de Saúde passaram a se constituir em todo o país e surgiram também outros, como:

- a) Conselhos Distritais;
- b) Conselhos Gestores;
- c) Conselhos Locais.

É inegável que a institucionalização da participação social contribuiu para avanços na consolidação da implantação do SUS e para o processo de democratização da gestão pública. A partir da experiência realizada na área da Saúde é que foram assegurados os mecanismos de participação social em outros setores das políticas públicas.

Com relação à participação social, há que se refletir sobre o tipo de participação e o nível de decisão efetivado; sobre a composição e a representação dos conselheiros; sobre a capacitação dos



conselheiros; sobre o funcionamento do sistema; e sobre a transparência das decisões.

## Reflexão

Com base no que você aprendeu até aqui, reflita a respeito das questões a seguir:

Quem, efetivamente, deve compor os conselhos?

Quem deveria participar? Quem deveria representar?

Os conselheiros permanentes (que desde a implantação do SUS ocupam espaços de representação nos conselhos), conformam uma nova categoria profissional?

Os conselheiros deveriam conhecer os aspectos legais e os princípios que devem nortear a organização do SUS?

Você já pensou como é importante a participação de todos?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ao longo dos seus estudos, você terá a oportunidade de reavaliar suas reflexões e confrontá-las com o conhecimento que irá adquirir até o final do módulo.

Os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços contraditórios e tensos à medida que existem diferentes interesses em disputa; nessa perspectiva, são reconhecidos como o “lócus do fazer político” e assentam-se na concepção de participação social.

Assim, participação, pluralismo e cidadania são as características do processo de fortalecimento da sociedade civil na construção de uma nova realidade social (CORREIA, 2000).

Por outro lado, se, no nosso país, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões (FORTES, 2004).

A participação e o controle social efetuam-se no exercício da vontade autônoma da coletividade, partilhando o poder de decidir questões públicas. Porém, a existência de formas de participação junto à administração pública não deve ser vista como panaceia. Não é suficiente. Para que haja manifestação dessa vontade, é preciso que se estabeleçam comissões, conselhos ou comitês, pois participar é redistribuir poder político.

Westphal menciona a utilização de formas de participação comunitária baseadas em visões beneficentes, de cunho paternalista, utilizadas em diversas etapas da construção do sistema de saúde. Isso é feito para tentar diminuir as tensões sociais ou integrar as camadas mais pobres aos serviços de saúde. Tais visões estimulam a coesão social, entretanto, não incentivam a busca pela real autonomia da coletividade.

Nesse contexto de múltiplos e divergentes interesses, a presença de diversos segmentos da sociedade nas decisões do aparato de Estado, exercendo o controle social, constitui uma forma de garantir o direito de tornar o Estado, efetivamente, uma “coisa pública”. Torna-se um instrumento de redistribuição do poder do Estado que, mesmo assim, motivado pela beneficência, acaba assumindo formas paternalistas autoritárias.

Essa reflexão possivelmente conduziu você a pensar que a construção da participação e do controle social se dá quando cada cidadão se percebe partícipe do processo de construção do SUS e exerce seu direito de controle social sobre o Estado nos microespaços. Daí a importância da Estratégia Saúde da Família.

A ESF possui profunda identidade de propósito com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população.



## Na Prática

Os profissionais que atuam nesta lógica estão especialmente implicados na construção e consolidação das instâncias participativas, particularmente com os Conselhos Locais de Saúde.

Mas seria possível afirmar que apenas a mobilidade do profissional da saúde garante a participação social e a construção das instâncias de controle social? Ou, ainda, é válido afirmar que, ao ser instalado um conselho local de saúde em uma comunidade, ele automaticamente passa a responder pelo controle social das ações de saúde implementadas?

Na verdade, estamos longe de encontrar respostas positivas para essas afirmações. Todavia, a mobilidade dos profissionais de saúde ligados a ESF é um dos muitos elementos que possibilitam a participação e a construção do controle social.

Vamos a mais uma reflexão:

Como está a construção da participação social em sua Unidade de Saúde? Existe conselho local?

Ele atua?

Quais os principais assuntos abordados nas reuniões?

Promover ações que busquem a integralidade da atenção em saúde e patrocinem espaços de construção da autonomia dos usuários pode contribuir significativamente para o processo de participação e controle social. Essas ações configuram-se no exercício de aprender a partilhar e consolidar poder entre profissionais e comunidade.

A integralidade, ao romper com as práticas cristalizadas de entendimento e de realização do processo de trabalho em saúde e avançar na construção de uma prática de cuidar mais participativa, ética, solidária e centrada no vínculo, estabelece o alicerce da participação social.



## Saiba Mais

Você pode continuar sua leitura na biblioteca virtual do Ministério da Saúde. Acesse: <<http://bvsmms-bases.saude.bvs.br>>

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você aprendeu os conceitos relacionados à atuação intersetorial em saúde, à gestão do cuidado e dos serviços de saúde, como também a relevância da participação social na efetiva atuação profissional.

Além disso, pôde discutir a respeito do papel dos Conselhos de Saúde na implementação das estratégias de saúde, bem como sobre as possibilidades de potencializar a intersetorialidade nos postos de saúde.

Por conseguinte, você completou a base reflexiva para o planejamento de ação que será desenvolvido no final do módulo.

Mas lembre-se: a sua caminhada não termina aqui.

Você deve acessar o ambiente virtual de aprendizagem e fazer uma revisão completa de todos os conteúdos estudados e disponibilizados especialmente para a consolidação do que foi visto.

Faça todas as atividades sugeridas. Elas foram planejadas para que você tenha um aprendizado significativo na sua prática diária. Depois, siga em frente, até a próxima unidade, onde você aprenderá os conceitos indispensáveis para um bom planejamento estratégico em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei no 8.142/90, 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] República da União**. Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em: 18 fev. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades e saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: [s.n.], 2003.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: SANTANA, J. P. (Coord.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em debate, 183).

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e política de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000300004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000300004&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 16 fev. 2010.

FRANCO, T. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. 6.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MEHRY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. cap. 4.

JUNQUEIRA, L. A. P. et al. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000100004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000100004&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 16 fev. 2010.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica**. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(3):928-936.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? **Revista Interface**, São Paulo, v. 8, p. 331-348, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2010.

PAULI, L. T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal**. 2007. 211 f. Tese (Pós-graduação em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02122008-195835/>>. Acesso em: 16 fev. 2010.

STOTZ, E. N. Participação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. de O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2010.



# UNIDADE 3

MÓDULO 4



## 3 NOÇÕES BÁSICAS DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A estruturação do processo de trabalho da equipe de saúde da família tem seu início a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas que compõem esse território, cadastramento das famílias e utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Cabe à equipe de saúde da família identificar os problemas de saúde no território sob sua responsabilidade. Com base nessas informações, deve, em conjunto com a comunidade, realizar o planejamento e a programação local das ações de saúde, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas.

### Objetivos de Aprendizagem:

- a) compreender os aspectos teóricos que dão embasamento a um planejamento estratégico participativo;
- b) compreender o planejamento estratégico participativo como um processo retroalimentado.

Você também refletirá como a equipe de saúde da família, utilizando-se de um planejamento estratégico participativo e a partir das informações de saúde local, rompe com a abordagem assistencial – centrada na demanda individual espontânea – e passa a adotar a **atenção à saúde**, pautada em propostas originadas do perfil epidemiológico da população e da identificação de seus problemas de saúde.

É importante ressaltar que esse movimento, envolvendo o planejamento e a programação de ações de saúde, realizado por toda a equipe de saúde da família, também influirá na concepção apresentada pelas diversas atividades de assistência, ou curativas, de promoção da saúde e de prevenção da doença.

### 3.1 Aspectos Conceituais

Pensar no futuro, estabelecer objetivos e encontrar os meios para alcançá-los é uma característica que diferencia os homens dos demais seres vivos. Há muito tempo, esse processo foi designado de planejamento. Entretanto, nesta unidade, não vamos falar do planejamento apenas como um processo mental individual, mas como um processo mais amplo, participativo e focado na retroalimentação.

Já que estamos falando em equipe de saúde da família, é importante conceituar também o termo organização, que de acordo com Houaiss (2009) é uma entidade que serve à realização de ações de interesse social, político, etc.; instituição, órgão, organismo, sociedade; ordenação das partes de um todo; arrumação. E, é nesse âmbito que vamos situar o planejamento. As organizações estão presentes em todos os lugares. Nós mesmos fazemos parte de organizações, que correspondem a uma associação de interesses individuais que se juntam com o intuito de alcançar objetivos, aos quais nenhum de seus membros isoladamente teria acesso.

As organizações devem ser vistas como uma forma de seus membros viabilizarem futuros almejados, aportando recursos materiais e humanos para atingir seus propósitos, por conta de seus interesses e expectativas.

O planejamento que será mostrado a você constitui-se num instrumento que busca diagnosticar a realidade, propor alternativas para transformá-la, meios para viabilizar essa transformação e oportunidades para executar as ações pensadas pelas organizações que, por sua vez, fazem com que a realidade seja novamente diagnosticada. Observe, o diagrama 18:

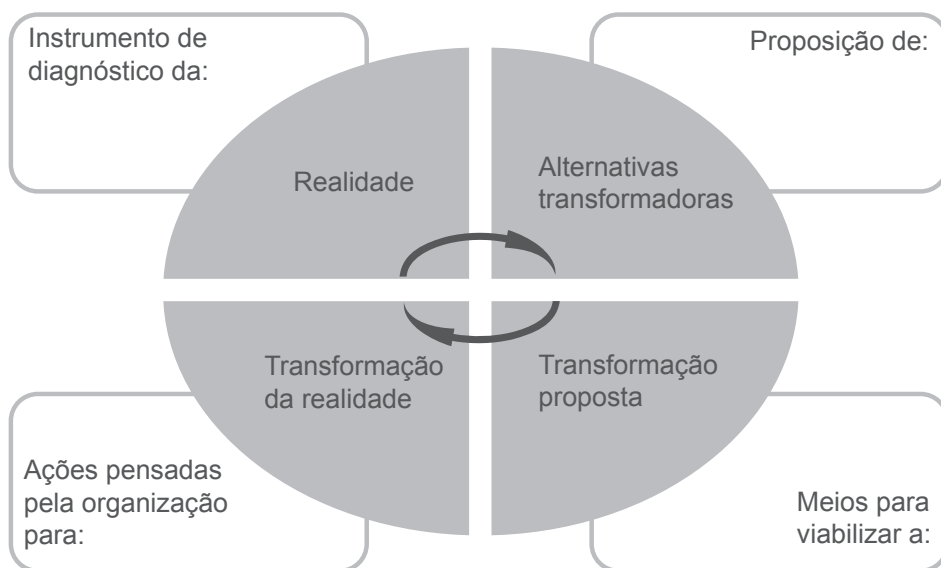


Diagrama 18: Planejamento.

Na sociedade moderna, praticamente todas as atividades produtivas estão vinculadas a uma ou mais organizações. Alguns projetos sociais são tão ambiciosos e complexos que seus objetivos só podem ser atingidos se articularmos um conjunto amplo e, geralmente, de organizações heterogêneas. É o caso do Sistema Único de Saúde, que articula (Diagrama 19):

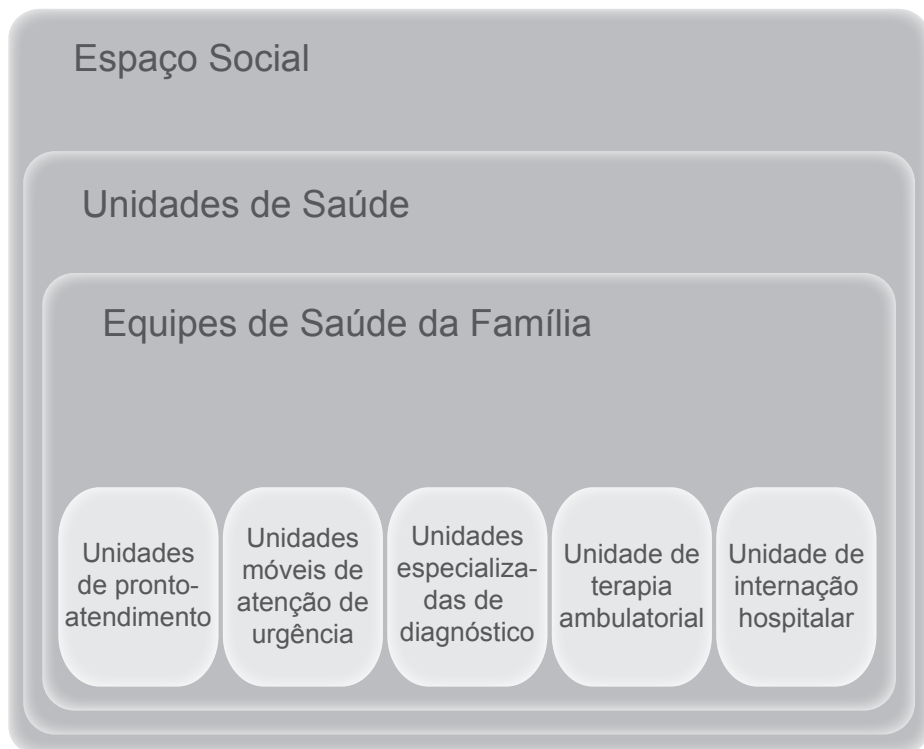


Diagrama 19: Sistema Único de Saúde.

O processo saúde-doença está relacionado diretamente com o espaço social. Assim, as equipes de saúde precisam atuar de forma integral e estar integradas para promover, prevenir e recuperar a saúde. É dessa forma que se pode garantir o cuidado à saúde de toda a sociedade. É evidente que o funcionamento desse complicado sistema de serviços de saúde exige um grande esforço e muita competência na sua gestão para que consiga dar conta das expectativas dos seus usuários.

## O Ciclo Administrativo do Planejamento

Pode-se dizer que o planejamento faz parte do que se chama ciclo administrativo, e esse ciclo engloba um conjunto de tarefas e atividades necessárias para administrar uma organização de maneira sequencial e contínua.

O ciclo administrativo é composto por pelo menos quatro etapas (ver diagrama 20): o planejamento; a organização/desenvolvimento; a execução/direção; e o controle/avaliação, como você pode visualizar no diagrama abaixo:

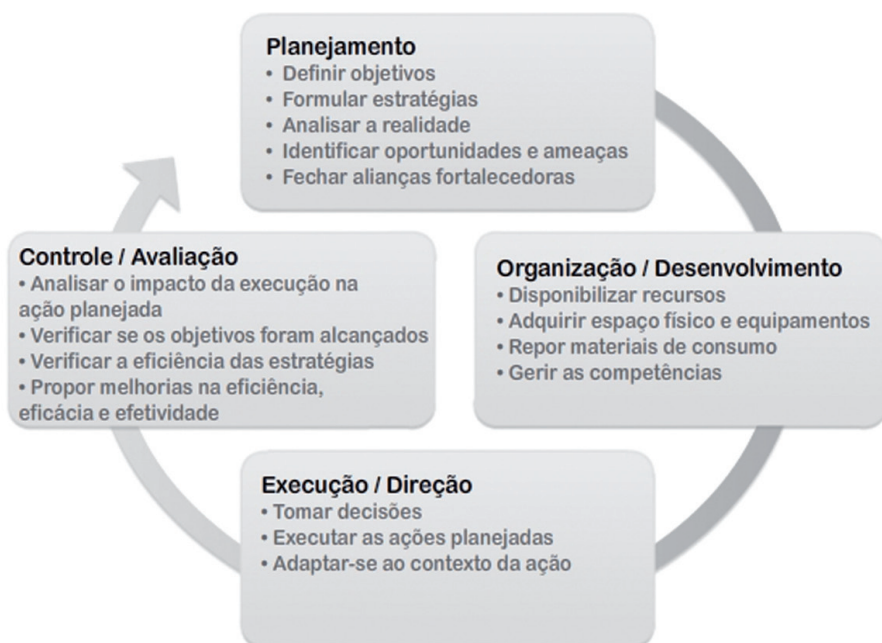


Diagrama 20: Ciclo administrativo.

Estratégia: maneira de agir 1 para atingir os objetivos estabelecidos.

Gestão de competências: 2 preparação das pessoas envolvidas com os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para o sucesso do plano.

O processo de **Planejamento** incorpora a ideia de definição de objetivos e a formulação de **estratégias**<sup>1</sup>. Nesse momento, também se analisa a realidade, buscando oportunidades e ameaças, além de alianças que aumentem a capacidade de executar o plano.

A etapa de **Organização/Desenvolvimento** diz respeito à logística de disponibilizar os recursos necessários para a execução das ações planejadas no tempo oportuno e no lugar adequado. Isso inclui: a aquisição e manutenção de prédios e equipamentos; a reposição sistemática dos materiais de consumo; e a **gestão de competências**<sup>2</sup>.

A etapa da **Execução/Direção** é a que incorpora o processo de tomada de decisão e a execução da ação programada, considerando permanentemente a oportunidade para executar os projetos e adaptando-os ao contexto em que a ação efetivamente acontecerá.

A etapa do **Controle/Avaliação** corresponde ao momento em que se busca garantir que as ações executadas tenham sido realizadas da maneira como haviam sido pensadas. Nessa etapa, então, analisa-se o impacto que as ações proporcionaram na realidade; dentre os objetivos e metas, verificam-se quais os que foram atingidos, e o que poderia ser modificado ou incorporado para que eficiência, eficácia e efetividade sejam garantidas no decorrer do ciclo de gestão. Todas as informações obtidas na etapa de avaliação deverão servir de base para a etapa de planejamento (primeira etapa) do novo ciclo.

### Eficiência, Eficácia e Efetividade

Durante o planejamento, é indispensável que seja levado em consideração o resultado da etapa de avaliação anterior, mesmo que tenha sido trabalhada a partir de um pressuposto. É o resultado da última etapa que dará subsídios para uma nova definição de objetivos e formulação de estratégias.

Os termos eficiência, eficácia e efetividade costumam ser utilizados sem o rigor necessário para que possam ser úteis ao processo de avaliação. No entanto, para que os resultados de uma avaliação sejam bem interpretados e utilizados em um planejamento estratégico, é necessário que se faça distinção entre esses conceitos de resultados.

Trata-se de três dimensões ou critérios de avaliação da qualidade das ações ou do desempenho em qualquer âmbito ou setor:

A **eficiência** está associada à ideia de **avaliação** da relação entre os **meios** utilizados e os **produtos** produzidos. Nesse sentido, tem um **cunho econômico** e compara o desempenho de um determinado arranjo produtivo ao longo do tempo, ou de dois arranjos equivalentes em relação ao que consumiram e produziram.

A **eficácia** é um conceito que está vinculado ao **grau de atendimento** da produção com os **objetivos** e metas **previamente definidos** para o sistema. Se uma unidade da Equipe da Saúde da Família definiu que garantiria cobertura de 100% dos idosos na campanha de vacinação contra a gripe, e conseguiu vacinar apenas 70% da população nessa faixa etária, a sua eficácia nessa meta foi abaixo da esperada.

A **efetividade** é um conceito que tenta **medir o resultado mais amplo** das ações executadas. No caso de um produto, poderia ser entendida como a **satisfação do consumidor** com a sua utilização. No caso da saúde, pode ser entendida também como o **impacto social** da produção dos serviços de saúde. Se uma unidade de saúde garantiu a cobertura de 100% dos idosos na campanha contra a gripe, qual a redução no número de internações ou da mortalidade por complicações respiratórias devidas à gripe naquela população? Afinal, é para isso que se vacinam os idosos, ou seja, a cobertura vacinal – avaliada como eficácia – pode também ser efetiva se reduzir o número de idosos com gripe, complicações da gripe e os óbitos por doenças respiratórias.



### Na Prática

Por falar em objetivos e metas, é preciso deixar claro as diferenças entre os dois conceitos: objetivo é um propósito, diz respeito a um fim que se quer atingir. Em geral, no processo de redação dos objetivos, são utilizadas palavras de sentido mais amplo, como “melhorar o funcionamento da ESF”. Para a efetivação dos objetivos, foram criadas as metas, que podem ser entendidas como objetivos quantificáveis.

Com metas definidas, é mais fácil avaliar a eficácia das ações que precisam ser desenvolvidas. Vejamos um exemplo:

- a) aumentar o número de consultas em 30%;
- b) implantar o protocolo de acolhimento para 100% dos atendimentos da USF;
- c) identificar 100% dos hipertensos e diabéticos e incluí-los em grupos de acompanhamento periódico.

## Administração, Gerência e Gestão

Um outro conceito que deve ser lembrado para que você possa continuar seus estudos sobre planejamento estratégico participativo diz respeito às ações de administração e gestão. Administração, gerência e gestão são termos que podem ser entendidos como sinônimos. Contudo, em saúde, faz-se uma diferenciação entre os termos gestão e gerência:

**Gerência:** é o processo de administração de serviços próprios em que praticamente todas as variáveis internas estão sob o controle de

um administrador; por exemplo, o coordenador de uma unidade de saúde da família.

**Gestão:** caracteriza-se como um processo de condução de sistemas compostos por várias organizações, algumas das quais são independentes e autônomas em relação ao poder do administrador. Em saúde, está a cargo do secretário, municipal ou estadual, por exemplo, que coordena sistemas que têm muitas organizações (laboratórios, hospitais, etc.); por essa razão, a utilização dos mesmos métodos para atingir os objetivos torna-se inviável.

### 3.2 Aspectos históricos do planejamento na esfera pública

O planejamento, como parte de um ciclo administrativo, não é um conceito novo. Vem sendo utilizado e incrementado, em sua essência, desde o início do século passado (Diagrama 21).

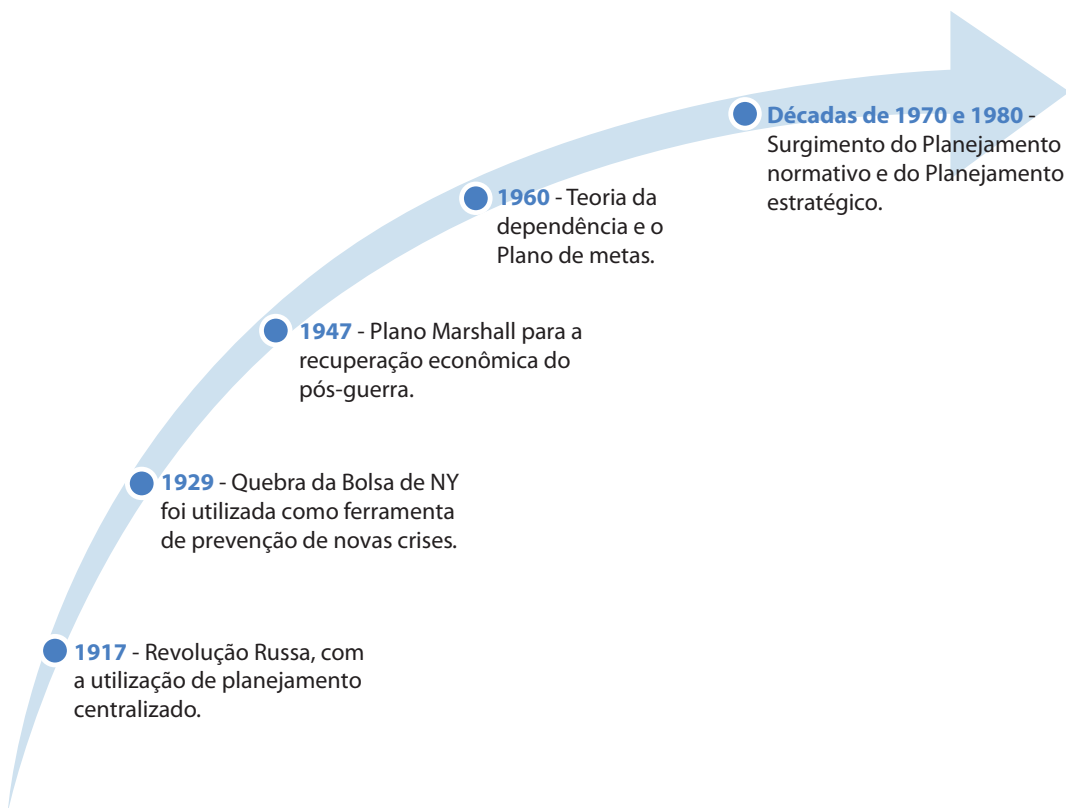


Diagrama 21: História do planejamento

Por conta disso, o planejamento público foi estigmatizado por algumas décadas, sendo associado a determinadas ideologias não compatíveis com o liberalismo econômico predominante no Ocidente.

O planejamento entendido como instrumento facilitador de grandes transformações coletivas está associado à ruptura política produzida pela Revolução Russa, em 1917. A busca de alternativas para a economia de mercado encontrou no planejamento centralizado uma solução para atender às necessidades de sobrevivência da população russa (alimentos, roupas, habitação, saneamento, energia, estradas, etc.) e **garantiu um processo de desenvolvimento rápido para a União Soviética**<sup>3</sup>.

A crise econômica mundial, expressada pela quebra da bolsa de Nova York, em 1929, mudou esta posição. Em decorrência da gravidade da situação, as autoridades políticas e os agentes econômicos passaram a aceitar um pouco melhor as ideias de intervenção do Estado na economia, especialmente a partir da divulgação das ideias de John Maynard Keynes (Figura 22), que identificou, nessa intervenção, uma das alternativas práticas para a recuperação da economia e a prevenção de novas crises.

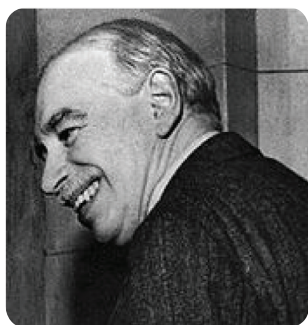


Figura 22: John Maynard Keynes – Bibliografia.  
Fonte: THE HISTORY..., 2010.



#### Saiba Mais

Você pode conhecer um pouco sobre Keynes, acessando: THE HISTORY of economic thought website. John Maynard Keynes. Disponível em: <<http://homepage.newschool.edu/het/profiles/keynes.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

Após a Segunda Guerra Mundial, a preocupação política e acadêmica era explicar o porquê do subdesenvolvimento endêmico do continente latino-americano. Neste cenário, o planejamento surge como instrumento de superação do desequilíbrio identificado entre a estagnação sul-americana e a grandeza das economias europeias, rapidamente recuperadas a partir da reestruturação econômica garantida pelo Plano Marshall.

Ao redor da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), órgão da ONU recém-criado, uma dinâmica produção acadêmica formulou a **Teoria da Dependência** no meio político, a qual influenciou, de forma significativa, as políticas econômicas no continente, por mais de cinquenta anos. Em síntese, esse estudo indicava que a origem do subdesenvolvimento estava na existência de um desequilíbrio perverso criado pelas relações econômicas que se davam entre países desenvolvidos (centro) e países subdesenvolvidos (periferia).

O capitalismo periférico, segundo a Teoria da Dependência, teria



como característica a tendência para a deterioração das relações de troca entre centro e periferia. Essa dependência é atribuída a uma perversa divisão internacional do trabalho, que condenaria os países periféricos a uma exclusiva e cada vez maior especialização na produção primária (agroindustrial), e à importação maciça de produtos manufaturados, tecnologicamente mais complexos e com poucos produtores. Isso geraria um déficit permanente na balança comercial e uma dependência permanente em relação às economias mais desenvolvidas.

No âmbito interno, a estrutura de classes e a ausência de interesses nacionais genuínos foram identificadas como as causas reais dos males dos países latino-americanos. A solução não seria apenas econômica, mas uma renovação das estruturas sociais através de uma revolução socialista.

A Teoria da Dependência, ao relativizar os fatores externos da dependência, contribuiu para a formulação de estratégias de intervenção sobre a situação de estagnação econômica da região. As ideias de superação da dependência por meio de mudanças na estrutura social foram abortadas pelo autoritarismo que dominou a América Latina a partir da década de 1960. Todavia, o seu principal eixo programático econômico, vinculado a um processo de substituição de importações, a partir de investimentos públicos em infraestrutura e de participação estatal em empresas, a base do nacional-desenvolvimentismo, que se disseminou na região como doutrina política e econômica, foi hegemônico e relativamente eficaz por mais de duas décadas.

As ideias “cepalinas” tinham como eixo uma intervenção deliberada na economia, visando não só a um maior direcionamento da industrialização, mas especialmente à aceleração desse processo.

Conforme pôde ser analisada, a visão de desenvolvimento dessa época tinha um viés essencialmente econômico que, entre outras razões, mostrou-se insuficiente para reverter o diagnóstico de dependência formulado pela CEPAL.

Na década de 1960, a avaliação negativa sobre os resultados dos planos de desenvolvimento econômico aplicados pelos países da região permitiu a incorporação de novas demandas e variáveis até então não atendidas pelas intervenções econômicas estatais. Incorporou-se, em parte, a preocupação com um desenvolvimento

mais equilibrado, com investimentos em aspectos do desenvolvimento social e político.

O crescimento econômico e o desenvolvimento assumem, nesse período, uma função de interdependência, exigindo transformações políticas, sociais e econômicas concomitantes. A saúde, a educação, a modernização da estrutura fundiária e da administração pública foram assumidas como elementos necessários ao desenvolvimento da região.

Na década de 1960, por conta da necessidade de qualificar a gestão das políticas sociais, a concepção e o desenvolvimento de conceitos básicos do planejamento em saúde passaram a ser priorizados. O método do Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social de Programação Sanitária (CENDES/OPS), apresentado em 1965, foi um dos desdobramentos dessa nova maneira de considerar o desenvolvimento.

Na prática, o método CENDES/OPS, apesar de assentar-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.

Além de não produzir integralmente os efeitos esperados, os planos de desenvolvimento nacional implementados por muitos países da América Latina agravaram a crise fiscal e, em alguns casos, até aprofundaram a dependência da região, gerando inflação e reações populares, desestabilizando os governos democráticos e populistas que dominavam a política. O caminho para as ditaduras das décadas de 1960 e 1970 estava aberto.

O sonho da superação da dependência e de sociedades menos desiguais foi enterrado por rigorosas políticas de estabilização, internacionalização da economia e privatização, que dominaram as décadas de 1980 e 1990 em todo o continente.

### **Reflexão:**

O que você acha de refletir um pouco sobre o assunto estudado? Antes de continuar seus estudos, analise e faça algumas anotações:

Como você vê a interferência dos movimentos histórico-sociais na sua atividade na área da Saúde?

Quais aspectos da história do planejamento ainda são relevantes para as práticas das equipes de saúde da família?

### 3.3 Planejamento em Saúde

Conforme você pôde aprender com base nos aspectos históricos, as propostas de planejamento eram voltadas inicialmente para a economia; gradativamente, foram ampliadas para a inclusão de setores sociais.

Na área da Saúde, os primeiros programas surgiram a partir da década de 1960, após a Reunião de Ministros do Interior dos países das Américas, ocorrida em Punta Del Leste, Uruguai, quando foi elaborada a Carta de Punta Del Leste, que influenciou o lançamento do Programa Aliança para o Progresso, formulada pela OPS. Responsável por assessorar os países na elaboração dos planos e definir orientações para a elaboração do planejamento em saúde, a OPS buscou a parceria do Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES), para a elaboração de um método de planejamento denominado método CENDES/OPS.



#### Saiba Mais

Você pode conhecer mais sobre a Carta de Punta Del Leste, lendo:  
GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan/mar., 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

Este método, fundamentado no paradigma da eficiência do uso de recursos, tornou-se referência obrigatória para o planejamento em saúde durante quase uma década na América Latina. Trata-se de um **planejamento pautado na postura normativa**<sup>4</sup>, cuja principal crítica se referia ao fato de o planejador atuar como agente externo e adotar um sistema em que não se consideravam outros atores (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 1998).

O contraponto ao planejamento normativo é o planejamento estratégico-situacional surgido nas décadas de 1970 e 1980. A postura estratégico-situacional assume a realidade em um nível de complexidade muito maior. Nessa postura, sujeito e objeto se confundem, pois o sujeito é parte do todo social, assim como outros interesses que se organizam para realizar seus próprios projetos.

4 O Planejamento Normativo assume vários pressupostos em relação à realidade: a separação entre o sujeito e o objeto, a existência de uma verdade única expressa pelo diagnóstico realizado pelo planejador, a redução da sociedade a comportamentos previsíveis, a negação de outros sujeitos e resistências, a ausência de incertezas, a exclusão da dimensão política e a perspectiva fechada para o projeto a ser executado.

Para o planejamento estratégico-situacional não existe um único diagnóstico da realidade já que, cada grupo social, conforme seus valores, interesses e posição que ocupa na situação, possui seu próprio diagnóstico, a sua verdade.

Neste âmbito, o comportamento dos demais sujeitos não pode ser reduzido a respostas previsíveis ou a estímulos prévios, mas caracteriza-se pela criação de alternativas muitas vezes surpreendentes, próprias da ação humana.

Com essa presunção, a gestão se caracteriza pela incerteza; o campo em que ela transita incorpora a probabilidade do conflito e, por conta disso, o processo de planejamento só pode ser assumido como um processo aberto e sem final definido a priori (ver diagrama 23):

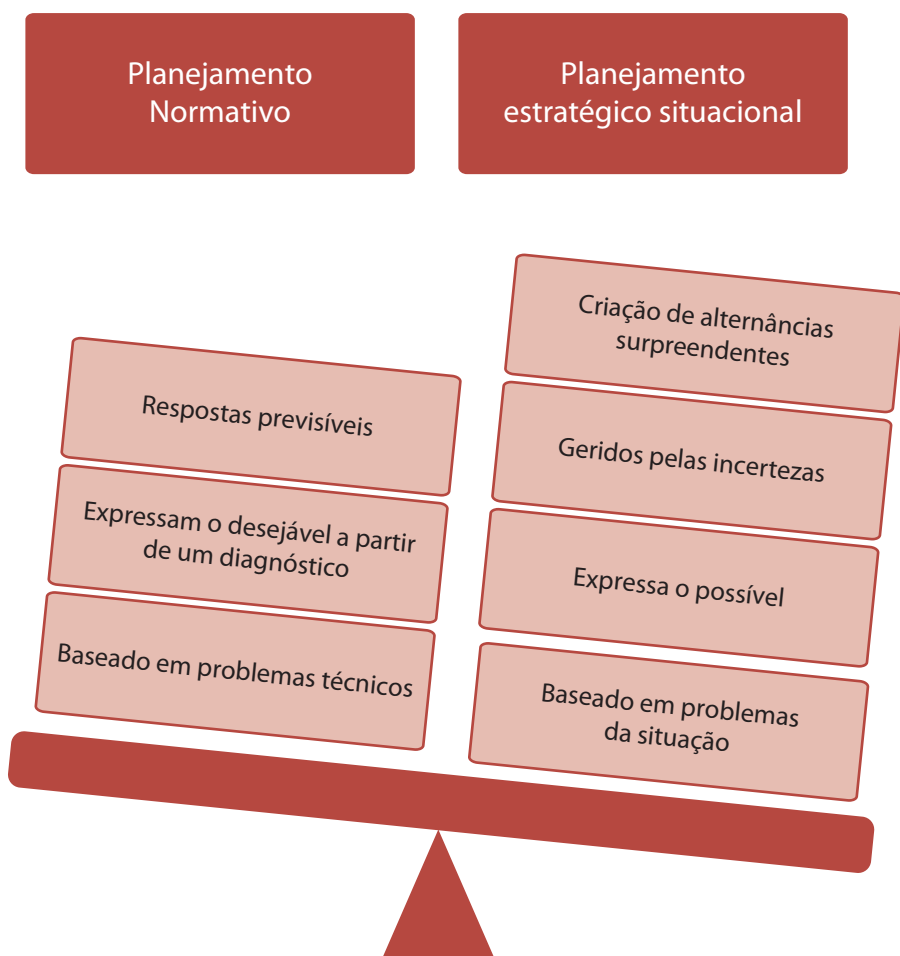


Diagrama 23: Diferenças entre planejamentos.

Giovanella (1990), Santana (1997) e Rivera e Artman, (2003) salientam que os três grandes avanços do pensamento estratégico foram:

- a) reconhecer a existência dos conflitos nas relações;
- b) admitir o planejador como ator social do sistema planejado e aceitar a existência de mais de uma explicação diagnóstica;
- c) pressupor a existência de sistemas sociais históricos, complexos, incertos, que não foram bem definidos.

Na América Latina, dois teóricos se destacam: Mário Testa e Carlos Matus. A contribuição de Testa (Figura 24) se refere à formulação do pensamento estratégico amparado por muita reflexão durante todo o percurso de sua história, desde a participação na elaboração do Método CENDES/OPS.

Sua reflexão teórica parte do pressuposto de que a resolução dos problemas de saúde extrapola os limites setoriais e de que não é possível o tratamento setorial isolado de seu contexto social, assim como não é possível modificar o social só a partir de propostas setoriais. Portanto, é fundamental o reconhecimento do social como totalidade. Esta é a única maneira de se conseguir uma correta caracterização do setor e de formular propostas que o articulem com outras formulações.

São três as principais contribuições de Mário Testa para o planejamento estratégico:

- a) o diagnóstico situacional;
- b) o postulado de coerência;
- c) o poder.

Para ele, o centro da problemática estratégica é o poder que é ou pode ser exercido. Elenca, então, três tipos de poder na área da Saúde: o poder técnico, entendido como a capacidade de gerar, aprovar, e manipular informações de características diferentes; o administrativo, que é o poder de se apropriar e de alocar recursos; e o poder político, que é a capacidade de mobilização de grupos sociais na luta por suas necessidades. As formas como eles se relacionam definem o caminho que será percorrido para construir um poder de classe e o alcance da transformação necessária e objetivada. Logo, a chave do sucesso é a acumulação e consolidação do poder.



Figura 24: Mário Testa (à direita).

Fonte: PADRÃO..., 2010.



Você pode saber um pouco mais sobre Mário Testa, acessando:  
PADRÃO. E. Os projetos de Montes Claros e Caruaru. **Saúde e Ciência para todos**, Rio de Janeiro, 15 ago. 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1989&sid=5>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

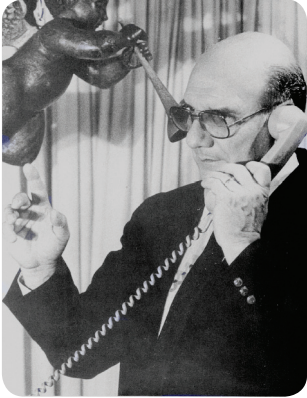


Figura 25: Carlos Matus.  
Fonte: CARLOS ..., 2010.

O Planejamento Situacional de Carlos Matus (Figura 25) surgiu da reflexão sobre a necessidade de aumentar a capacidade de governar. Concebe o planejamento como um processo dinâmico e contínuo, que precede e preside a ação, e que envolve aprendizagem-correção-aprendizagem.

Sua contribuição consiste na elaboração de um método de planejamento em que ação, situação e ator social formam um todo complexo, centrado em problemas e em operações que deverão ser desencadeadas para sanar tais problemas. Ele define quatro momentos a serem seguidos:

- a) **momento explicativo:** refere-se à complexa tarefa de selecionar problemas e explicar as causas de cada um, e do seu conjunto, que marcam a situação inicial do planejamento;
- b) **momento normativo:** caracteriza-se pela elaboração do desenho das ações a serem desenvolvidas;
- c) **momento estratégico:** quando são identificadas as restrições e as facilidades que interferem no cumprimento do desenho normativo;
- d) **momento tático/operacional:** quando toda a análise feita nos momentos anteriores se transforma em ação concreta para proporcionar as mudanças da realidade encontrada, com o intuito de melhorá-la.



Lígia Giovanella fez um excelente relato sobre as correntes de pensamento estratégico em saúde na América Latina. Confira em: GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan/mar., 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você aprendeu os conceitos relacionados às noções básicas de planejamento estratégico. No que diz respeito aos aspectos conceituais, você aprendeu conceitos como o ciclo administrativo e as diferenças entre eficiência, eficácia e efetividade. Você teve a oportunidade, também, de apreender algumas informações importantes sobre a história do planejamento e analisar seu processo social evolutivo. Por último, pôde compreender a importância social do planejamento estratégico aplicado à saúde e conheceu dois dos maiores teóricos da área.

Você também acabou de alinhar seus conhecimentos com as necessidades didáticas do próximo passo. Na próxima unidade – Aspectos operacionais do planejamento estratégico em saúde – você poderá compreender como sedimentar tudo o que foi estudado e colocar em prática nas suas atividades diárias.

Porém, não esqueça: o estudo desta unidade não termina aqui. Você deve acessar o ambiente virtual de aprendizagem e fazer uma revisão completa de todos os conteúdos estudados, que foram disponibilizados para você. Faça todas as atividades sugeridas e, depois, siga em frente. A próxima unidade é ainda mais interessante.

## REFERÊNCIAS

CARLOS Matus. In: Wikipedia. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Carlos\\_Matus](http://pt.wikipedia.org/wiki/Carlos_Matus)>. Acesso: 24 mar. 2010.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.129-153, 1990.

RIVERA, F. J. U.; ARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap. 2.

SANTANA, J. P. de. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde (SUS)**. Brasília: OPAS, 1997.

TANCREDI, F. B.; BARROS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: USP, 1998. (Saúde & Cidadania).

THE HISTORY of economic thought website. John Maynard Keynes. Disponível em: <<http://homepage.newschool.edu/het/profiles/keynes.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2010.





# UNIDADE 4

## 4 ASPECTOS OPERACIONAIS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Como você pôde constatar, planejar é um processo mais complexo do que parece, especialmente pelo fato de não termos todo o poder do mundo para concretizar os nossos desejos unicamente através da expressão de nossa vontade.

Objetivos de Aprendizagem:

- a) conhecer instrumentos do planejamento local e participativo para organizar o processo de trabalho da unidade de saúde;
- b) compreender a importância de cada momento para organizar o processo de trabalho da unidade de saúde.

Você aprenderá, também, a operacionalizar um planejamento estratégico, assim como construir um plano ou projeto que ajude a equipe de saúde da família a identificar os principais problemas da sua área de abrangência, formulando um conjunto de ações que possam reduzir e/ou eliminar esses problemas, melhorando a saúde e a vida dos moradores do território sob responsabilidade da unidade de saúde. Você compreenderá, ainda, a importância dos sete passos para o planejamento, propostos por Carlos Matus, e, a cada momento, participará de atividades desafiadoras.

### 4.1 Planejamento Como Negociação de Diferentes Interesses

Como você viu na Unidade 3, planejar não é uma tarefa simples e linear. Planejar estrategicamente requer uma análise interpretativa da realidade, bem como a proposição criativa de soluções. Ao realizar um planejamento estratégico, deve-se levar em conta os seguintes pressupostos: que o sistema está integrado por pessoas que possuem valores e objetivos próprios a serem alcançados. E que o ator social está também inserido na realidade que planeja, coexistindo com todos os outros atores, de algum modo, envolvidos. Um plano estratégico tem ainda que dar a devida importância à ação de integrar o aporte metodológico dos diferentes profissionais com as expectativas, interesses, necessidades e problemas das pessoas envolvidas.

Muitas vezes, a diversidade da situação e os diferentes interesses pedem que soluções diferentes sejam planejadas. Pense, como exemplo, o caso dos gerentes e dos gestores na área da Saúde: eles precisam de dois tipos de planejamentos diferentes, já que um pode dispor de recursos de forma mais direta para um determinado objetivo,

enquanto o outro precisa, muitas vezes, convencer os dirigentes de outras organizações em relação aos seus propósitos. Contudo, os dois tipos de planejamento são necessários, pois se uma unidade de saúde do município não funcionar, o sistema municipal de saúde, como um todo, sofrerá as consequências (Diagrama 26).

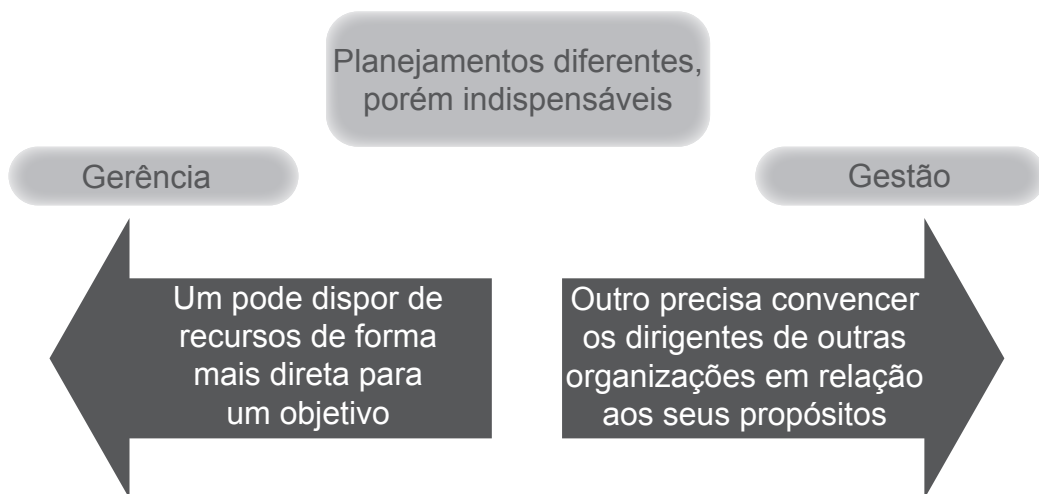


Diagrama 26: Planejamentos.

O mesmo ocorre se o hospital contratado pelo SUS não respeitar normas e compromissos assumidos pelo contrato ou pelos padrões definidos pela legislação.

### Gerência

Em algumas das situações associadas à gerência, quando o problema enfrentado é mais estável e a solução proposta não tem características polêmicas, e, portanto, é aceita de forma quase unânime por todos os envolvidos, o planejamento chamado normativo pode e deve ser aplicado. É o caso da implantação de um determinado protocolo para a aplicação de uma vacina já consagrada cientificamente ou de um determinado ato administrativo que traz vantagens para todos os servidores de uma unidade de saúde.

### Gestão

Nas situações de gestão, que caracterizam a maioria das situações que podem ser observadas, as propostas necessárias para solucionar os problemas não são tão simples. Isso porque, em geral, elas afetam de forma diferente os envolvidos nesse problema, e, assim, provocarão reações favoráveis de uns e resistências de outros.

Para entender melhor a situação, acompanhe o exemplo do caso de um gestor municipal:

Um gestor municipal, percebendo que o número de internações hospitalares poderia ser reduzido pela melhoria do cuidado oferecido nas unidades do PSF, decidiu reduzir a cota de internações para o hospital pensando em desenvolver com esses recursos um novo programa de promoção da saúde.

A reação do hospital, para não perder receita, foi imediata e violenta. O apoio dos possíveis beneficiários do programa foi imperceptível, visto que o presumido benefício ainda não havia sido concretizado. Ou seja, nenhum grupo social se dispôs a apoiar algo que estava ainda no plano das ideias.

Como você pode perceber, mudar a realidade é mais difícil do que se pensa. Nem sempre as melhores ideias prevalecem. Para isso, além de um projeto consistente que reconheça nessa realidade os seus principais problemas e que proponha ações competentes e criativas para alterá-la, é preciso também uma estratégia que mobilize as vontades de todos os interessados nessa mudança em torno do apoio às ações necessárias para tal.

A seguir, você verá na prática os conceitos de Carlos Matus, seguindo os sete passos.

## 4.2 O Momento Explicativo

### Passo 1 – Definindo a Missão e os Valores da Organização

Talvez a primeira e também a mais importante reflexão que você deve fazer ao desenvolver um plano de ação para a unidade de saúde, diga respeito à pergunta: “para que serve o serviço ao qual você está vinculado?” Tal reflexão fará com que relembre o conceito de organização já estudado no início da Unidade 3.

Uma unidade básica de saúde é parte de uma organização, o sistema municipal de saúde, que se insere em outra, o sistema regionalizado

de saúde, que, por sua vez, se articula com um sistema nacional de saúde, o SUS. Segundo Maximiano (1992), organização é definida como uma combinação de esforços individuais que têm por finalidade realizar propósitos coletivos. Por meio de uma organização, torna-se possível perseguir e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa.

Cada organização tem uma finalidade que a tornou necessária e garantiu a sua estruturação. Trata-se da **Missão** da organização.

Segundo Mintzberg (2000), a missão define a função básica das organizações na sociedade, nos termos dos produtos e dos serviços que produzem para seus clientes.



### Na Prática

A missão de uma organização pode ser sintetizada como a razão de ser, a finalidade da organização. Ela se constitui pela explicitação de suas intenções, objetivos, estratégias e valores e, por conta disso, quanto mais clara ela for, mais agregará e orientará a ação de todos os seus membros.

### Atividade 1:

Tendo em vista o que você já aprendeu até aqui, juntamente com a sua experiência profissional, diga, em uma frase, qual seria a missão da organização na qual você está inserido, a Unidade Básica de Saúde/ Unidade de Saúde da Família (UBS/ESF).

### Passo 2 – Reconhecendo o Território da sua UBS/ESF, Construa um Mapa Inteligente.

Como você pôde perceber durante a elaboração da missão da Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família, uma organização existe para atender às necessidades dos que a patrocinam.

No caso de uma organização pública, de forma mais clara que nas organizações privadas, é a sociedade quem paga a conta – ou seja, os custos para manter a organização funcionando. Assim, nada mais adequado que conhecer a comunidade que vive em torno da organização à qual você pertence. Afinal, é ela quem patrocina a organização e é o seu sujeito de direito, isto é, a razão de existir dessa organização.

Levando isso em consideração, o segundo passo para construir o plano de ação para a Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família, será conhecer o território em que a sua unidade está localizada, definindo com clareza suas fronteiras, quem são os seus moradores, quais os equipamentos sociais ali instalados, as suas carências e outras características do território-população que se tem como responsabilidade de atender.

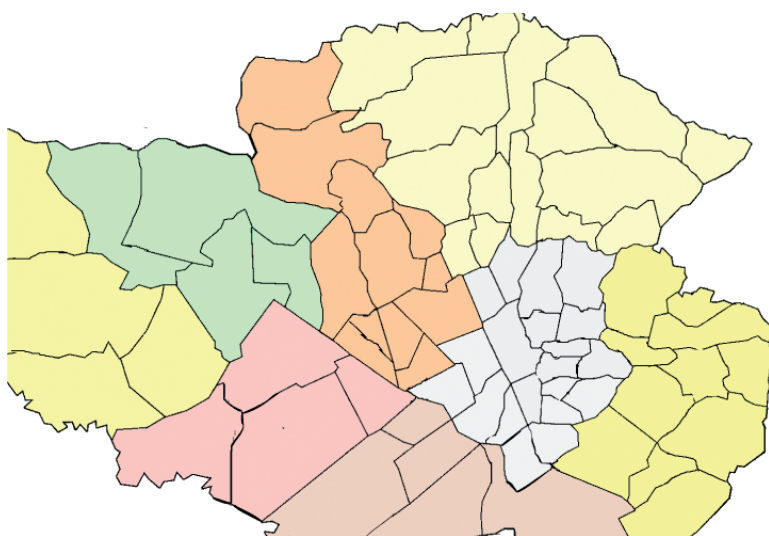
Para tal, inicialmente, você vai precisar de um mapa, ou seja, da representação gráfica do bairro ou território sob a responsabilidade da sua unidade de saúde.



### Na prática

Uma possibilidade é, utilizando-se de um mapa territorial (geofísico) da região onde está sua unidade, definir a área de abrangência do centro de saúde, circunscrevendo a sua imagem no mapa (delimitações, fluxo, barreiras, etc.), ver figura 27. Outra possibilidade é utilizar ferramentas de internet, gratuitas.

A definição do território sob a responsabilidade da sua unidade de saúde deve levar em conta diversos fatores; porém, o mais importante é o tamanho da população residente, que não deve ultrapassar a quatro mil habitantes (mais ou menos mil famílias) para cada equipe. Essa tarefa, caso não tenha sido realizada pela área de planejamento/administração da Secretaria Municipal de Saúde do seu município, deverá ser feita de forma negociada com o nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).



**Figura 27:** Mapa territorial indicativo.

Com o mapa definido (Figura 28), você deverá realizar, de preferência com a equipe de saúde da unidade, uma visita às diversas áreas do bairro, buscando conhecer com mais detalhes a área de abrangência da unidade de saúde e as áreas correspondentes à responsabilidade da ESF.

Durante essa visita, procure identificar e anotar as principais características urbanísticas e sociais.



**Figura 28:** Mapa territorial indicativo.



- a) o fluxo da população, através das ruas, dos transportes, das barreiras geográficas que dificultam o acesso da população à unidade e a circulação no bairro;
- b) as características das moradias e seu entorno;
- c) as condições de saneamento básico;
- d) a infraestrutura urbanística – características da ocupação do espaço urbano, ruas, calçadas, praças, espaços de lazer e paisagismo;
- e) as condições do meio ambiente, como desmatamento ou poluição;
- f) os principais equipamentos sociais, escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços que a população utiliza para desenvolver a sua vida no território;
- g) as áreas em situação de risco, que podem ser de várias ordens (tente indicar o local em que se concentram).



### Na Prática

Motive os demais membros da equipe de saúde a fazerem anotações semelhantes e discuta como poderia ser desenhado um mapa com todas essas anotações.

Sintetize tudo em um croqui (um desenho simples representando o território visitado com seus elementos mais importantes identificados) e escreva um relatório contando como você vivenciou esse processo de territorialização.

Depois dessa visita na área de abrangência da unidade, a equipe deverá aperfeiçoar o mapa inicial (Figura 29), transformando-o em um “mapa inteligente”, que seja capaz de informar mais do que apenas os acidentes geográficos ou as obras viárias e construções ali instaladas.



Figura 29: Mapa territorial indicativo.

Um mapa inteligente mostra coisas que estão escondidas no território. Para tal, procure a relação das doenças de notificação compulsória (SINAN) do último ano e, em cima do mapa que você criou, coloque um ponto no local de residência de cada caso notificado.

Faça isso com outras informações disponíveis, como as famílias que recebem bolsa-família, ou os casos de crianças com peso abaixo do percentil 10 da Tabela de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD).

#### Dica:

Para cada informação que você incluir no mapa, tente fazê-lo em uma folha mais fina e transparente (ou num plástico), de tal forma que essas informações se superponham ao traçado das ruas e outras referências que você incluiu no mapa principal.

## Atividade 2

Observando o mapa, agora enriquecido, responda à seguinte questão:

- Considerando as condições de vida, os eventos e as informações de saúde que você incluiu no mapa, a população que mora neste território se distribui de forma homogênea em toda a área de abrangência do Centro de Saúde? Que áreas concentram mais problemas? Por quê?

## Passo 3 – Conhecendo a Unidade de Saúde em que Você Trabalha

Com a construção do mapa da área de abrangência da sua unidade, você iniciou a exploração do ambiente que cerca a unidade de saúde. Entretanto, essa exploração não será completa se você não identificar todo o potencial interno da unidade na qual você trabalha.

Para tanto, através de algumas atividades, você vai “mapear” também os elementos que compõem a organização responsável por atender às necessidades de saúde da comunidade residente em seu entorno.

O reconhecimento do espaço de trabalho inclui os equipamentos ali instalados e os membros da equipe de saúde que trabalham com você. Inicie essa tarefa percorrendo livremente a unidade, identificando todos os espaços de trabalho existentes e as equipes. Entreviste a coordenação da unidade e busque identificar os diferentes processos de trabalho e os produtos que eles geram para a comunidade.

Compare esses processos com as atividades desenvolvidas na unidade de saúde: o atendimento na recepção, na farmácia, na sala de espera, nos consultórios e no atendimento básico de enfermagem.



### Na Prática

A partir desse reconhecimento inicial, entreviste os seus colegas de trabalho, com base em um roteiro – perguntas previamente elaboradas –, para saber quais os principais motivos de procura do serviço de saúde e como eles percebem a capacidade da unidade de dar respostas aos problemas de saúde da área sob a sua responsabilidade.

## Passo 4 – Conhecendo as Lideranças Locais

Com a atividade anterior, você teve uma ideia da compreensão que os trabalhadores da unidade de saúde têm sobre o seu trabalho e sobre a demanda da comunidade por serviços para resolver seus problemas de saúde.

No entanto, é muito importante compreender também a visão dos usuários desses serviços.

Colocados em outro papel e em outra posição nesse jogo de relações sociais, eles podem ajudar a equipe a ter uma visão mais ampla do problema em que está envolvida.



### Na Prática

Na prática, você precisará entrevistar as lideranças do Conselho Comunitário e procurar levantar a percepção do Conselho sobre as atividades desenvolvidas pelas equipes da unidade, os principais problemas de saúde da população da área e o que a comunidade espera do trabalho da unidade. Organize essas respostas na forma de um relatório, poste-o no mural, e discuta com seus colegas suas conclusões.

### Atividade 3:

Organize as respostas dos passos 3 e 4 em um relatório e desenvolva uma argumentação acerca das possibilidades e dos limites da sua unidade de saúde para cumprir sua missão junto à comunidade, como também as propostas para superar as dificuldades eventualmente encontradas.

## Passo 5 – Busca de Informações Organizadas Sobre a Comunidade

Até agora, as atividades deram uma ideia mais clara, porém, ainda vaga, da realidade do território e da população sob a responsabilidade da sua equipe.

Para conhecer melhor e de forma mais sistemática as pessoas, as famílias e as necessidades da comunidade da área de abrangência do centro de saúde, é preciso levantar dois tipos de informação:

**Dados secundários** (ou dados já colhidos por outras pessoas ou instituições e organizados em bancos ou arquivos): informações sociodemográficas e de saúde que constituirão os indicadores de saúde do território.



### Na Prática

Os referidos dados estão disponíveis junto às instituições que normalmente organizam esses arquivos ou bases de dados:

- a) IBGE
- b) Secretaria de Estado da Saúde
- c) Secretaria Municipal de Saúde
- d) Ministério da Saúde
- e) BAMA
- f) Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo
- g) Polícia Militar, entre outras.

**Dados primários** (dados que foram coletados diretamente dos seus produtores através de formulários, relatórios, entrevistas, etc.): neste caso, eles podem ser levantados pela técnica de Estimativa Rápida, a qual consiste em entrevistas

com algum informante-chave da comunidade (lideranças comunitárias, representantes de associações, participantes de grupos organizados, moradores antigos do bairro, entre outros), que representarão o conjunto da percepção popular em relação à saúde e aos problemas da população.



### Na Prática

Lembre-se de utilizar as informações coletadas nos módulos 2 e 3!

Na atividade anterior, você teve uma ideia da compreensão que os trabalhadores da unidade de saúde têm sobre o seu trabalho e sobre a demanda da comunidade por serviços para resolver seus problemas de saúde.

#### Dica:

Isso pode ser feito utilizando-se os setores censitários do IBGE, as informações do cadastro do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) do município e outros dados que permitam compor um banco de dados que fará você conhecer e atualizar os indicadores de saúde que retratam a situação de saúde da população da área de abrangência da unidade de saúde, distinguindo as áreas correspondentes às equipes de saúde da família.

Você pode organizar as informações encontradas em diversas categorias e na forma de indicadores, conforme os gráficos apresentados na figura 30:

- a) **Indicadores demográficos:** total da população na área e sua distribuição por sexo e faixa etária.
- b) **Indicadores socioeconômicos:** condições de moradia, educação, renda familiar, trabalho, lazer, segurança, etc. (colorir no mapa as diferenças encontradas).

- c) **Indicadores de nível de saúde:** natalidade, mortalidade, morbidade (doenças de notificação compulsória), cobertura vacinal, condições de saneamento básico e meio ambiente (colorir no mapa os dados levantados).

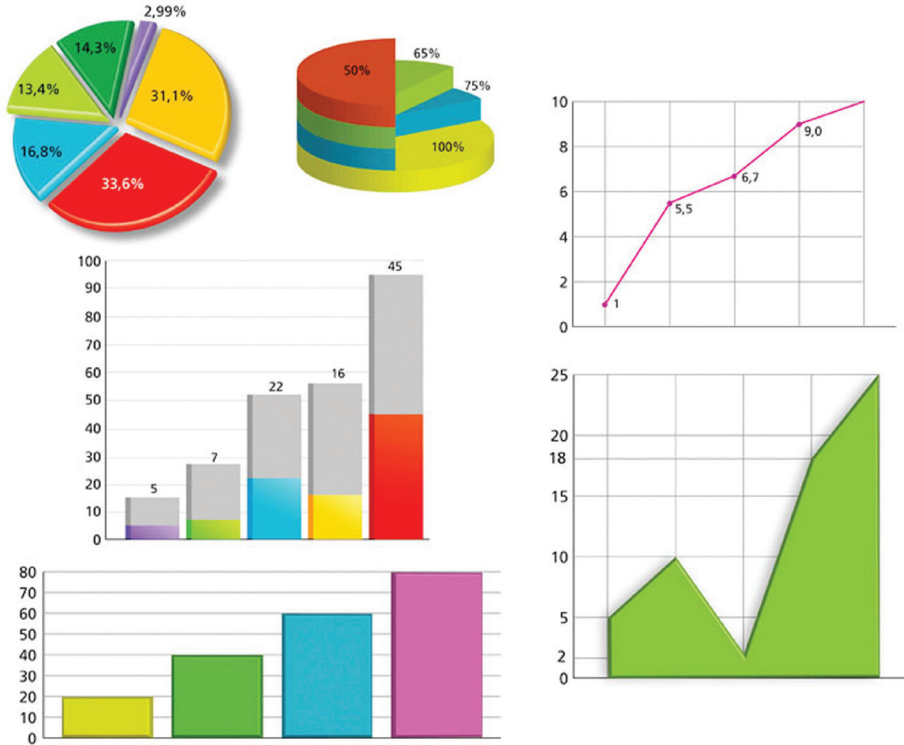


Figura 30: Gráficos diversos.

Marcadores SIAB – indicadores de oferta de serviços de saúde: serviços de saúde da rede pública e privada na área de abrangência.

A partir da busca em diversas fontes, é preciso pensar formas de incorporar no mapa inteligente que você já construiu essas novas informações, elaborando, adicionalmente, uma relação dos principais problemas de saúde que a comunidade tem e precisa resolver.

Com essas atividades, você praticamente tem pronto um diagnóstico da situação de saúde do território-população sob a responsabilidade da sua unidade. A última coisa que falta é uma explicação para a relação de problemas que você sintetizou.

Tomando como exemplo a relação feita por um profissional de saúde em um município catarinense, você aprenderá uma técnica de explicação que procura identificar as causas que, muitas vezes, ao serem eliminadas, reduzem vários problemas de saúde ao mesmo tempo.

### A relação Contempla Seis Itens:

- a) alta incidência de alcoolismo/drogadição em adolescentes e adultos;
- b) casos de hipertensão e diabete na comunidade;
- c) diarreia e doenças de pele em crianças;
- d) 40% das famílias têm renda menor que dois salários;
- e) saneamento básico precário;
- f) violência intra e extrafamiliar.

Se você fosse tratar isoladamente todos os seis problemas, certamente consumiria todos os recursos disponíveis – que sempre são escassos – e não conseguiria nem resolvê-los, nem compreender as relações que alguns problemas apresentam entre si.

Para tentar entender essas relações de causa e efeito, o primeiro passo é transformar cada problema em uma cartela para que você possa organizar a relação de forma cronológica. Ou seja, tentando colocar cada problema em uma posição conforme sua possível ordem no tempo, desenhando uma rede de causa ou árvore explicativa, como você pode observar no diagrama 31, na situação-problema a seguir:



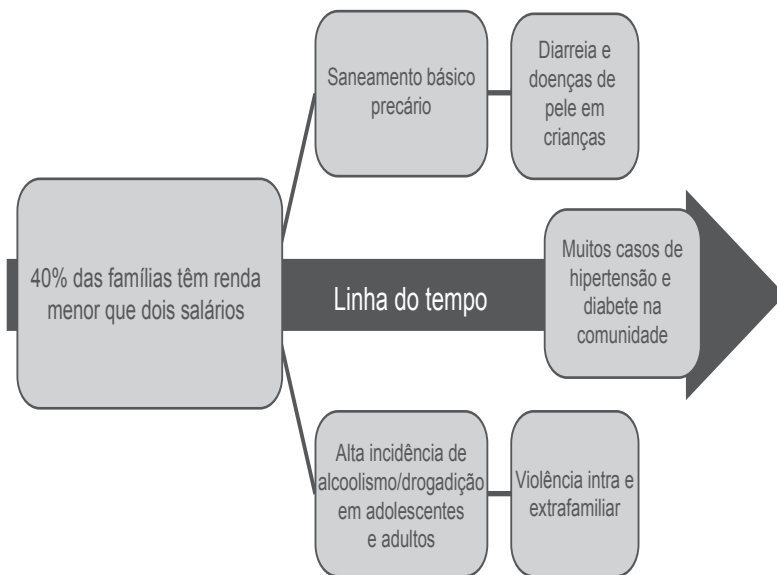


Diagrama 31: Mapeamento da realidade (Sugestão do DI).

Como você pode observar, pela lógica cronológica é possível entender que a **pobreza**<sup>5</sup> é um componente anterior no tempo e pode ter participação (relação de causa e efeito) na produção de três problemas:

- a) saneamento precário;
- b) alta incidência de alcoolismo;
- c) drogadição em adolescentes e adultos.

Através desta organização, você pode também verificar que o saneamento precário é anterior ao aparecimento de casos de diarreia e doenças de pele em crianças, e que a violência é uma decorrência do alcoolismo e da drogadição.

Com essa nova perspectiva sobre as situações-problema, você já pode refletir a respeito do que é mais importante para superar os problemas mapeados. Para isso, você poderá buscar ajuda em outros órgãos da prefeitura e/ou do estado/governo federal, com ações para enfrentar a pobreza partindo de políticas educacionais, de geração de emprego e renda, e de proteção social (Diagrama 32):

**5** Renda familiar menor que 0,5 salário mínimo por pessoa da família.

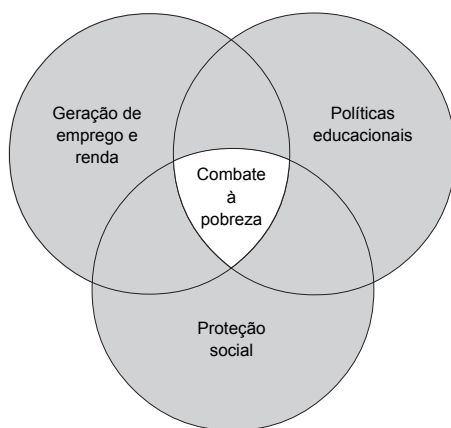


Diagrama 32: Combate à pobreza ( Sugestão do DI).

Da mesma forma, cabe a proposta de apoiar a comunidade na reivindicação aos órgãos públicos para investimentos em obras de saneamento, como água potável, drenagem e coleta, e tratamento de efluentes líquidos e sólidos.

A associação de vários órgãos públicos e outras organizações da comunidade também pode ajudar a enfrentar a violência com programas de desintoxicação comunitários e com palestras educativas.

A equipe também deve se preocupar com muitas outras ações de saúde: por exemplo, atender as crianças doentes e acompanhar os diabéticos e hipertensos, sempre buscando o controle das doenças crônicas, não só com medicamentos, mas também com orientação alimentar, promoção de atividades físicas individuais e comunitárias, campanhas de controle do peso e muitas outras que podem surgir.

Para auxiliá-lo na tarefa de colocar em prática o que você aprendeu, destacamos três orientações muito importantes:

### Orientação 1:

A discussão a respeito dos principais problemas de saúde da comunidade e sua explicação em uma “árvore explicativa” ou “rede de causas” pode ser feita a partir da organização de um encontro da equipe de saúde com as lideranças comunitárias do território em que está localizada a unidade na qual você trabalha. Essa reunião pode ter como produto a construção participativa de um plano de ação para orientar o trabalho da equipe de saúde, atividade que vai se realizar no próximo passo.

## Orientação 2:

Você pode saber mais sobre o momento explicativo e as técnicas de explicação de problemas lendo os textos de apoio que estão na biblioteca virtual do AVEA.

## Orientação 3:

Você e sua equipe podem realizar um diagnóstico epidemiológico a partir da análise do Caderno de Informações de Saúde do seu município, ou dos problemas de saúde identificados com as bases de dados dos sistemas de informação em saúde referentes à sua unidade. Nesse caso, é possível fazer uma análise técnica desses problemas e definir uma relação de prioridades baseadas em três critérios clássicos do método do **Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES-OPS)**, que você aprendeu na Unidade 3.

Essa classificação leva em conta a **magnitude** dos problemas de saúde, a **transcendência** desses problemas, bem como a sua **vulnerabilidade**, definindo um escore final para cada problema a partir da soma da pontuação de cada um deles:

A **MAGNITUDE** de um problema de saúde pode ser entendida como o número de pessoas e a frequência com que o problema atinge uma determinada área ou população. Quanto mais pessoas são atingidas e maior for a frequência do problema, maior será a magnitude, portanto maior é a sua importância.

A **TRANSCENDÊNCIA** de um problema é a representação do grau de interesse que as pessoas do bairro ou da comunidade têm em solucionar o problema. Quanto mais gente se interessa, maior o grau de transcendência e importância do problema.

A **VULNERABILIDADE** de um problema diz respeito ao grau de fragilidade que um problema tem quando se desenvolvem as intervenções possíveis com a tecnologia disponível. Quanto maior a possibilidade de um problema ser resolvido ou diminuído mediante uma intervenção, mais vulnerável ele é.

Veja um exemplo real. Considerando uma pontuação cuja escala seja 0 para a inexistência do critério analisado, 1 para pouco, 2 para um padrão médio, 3 para um nível alto e 4 para um nível muito alto, pode-se determinar o grau de importância de problemas de saúde, como no exemplo a seguir, apresentado na tabela 33:

Tabela 33: Formulário 1 - priorização de problemas segundo critérios técnicos.

PROBLEMAS	MAGNITUDE GRAU DE OCORRÊNCIA	TRANSCENDÊNCIA GRAU DE INTERESSE	VULNERABILIDADE GRAU DE REVERSÃO	TOTAL DE PONTOS
Sarampo	0	1	4	5
Aids	2	3	1	6

#### Atividade 4:

Com base nesse conhecimento, você já pode listar os principais problemas de saúde da sua área de abrangência, utilizando o formulário abaixo. Poderá definir, a partir de um debate com sua equipe, o valor que você daria para cada critério de avaliação do problema e o somatório, para classificação e priorização dos problemas mais importantes segundo esta avaliação técnica.

PROBLEMAS	MAGNITUDE GRAU DE OCORRÊNCIA	TRANSCENDÊNCIA GRAU DE INTERESSE	VULNERABILIDADE GRAU DE REVERSÃO	TOTAL DE PONTOS

Organize essas respostas na forma de um relatório para discutir com seus colegas as conclusões a que você chegou.

## 4.2 O Momento Normativo

### Passo 6 – Organizando um Plano de Ação Para a Atuação da Unidade Junto à Comunidade

Depois que você terminou o momento explicativo, é hora de organizar os problemas mais relevantes para a equipe de saúde e para a comunidade em uma planilha operacional. Ela corresponderá à definição de quais atividades serão desenvolvidas para enfrentar os problemas selecionados para a atuação da unidade de saúde.

Para isso, é necessário criar ações capazes de eliminar, reduzir ou controlar os problemas selecionados, determinando, também, quem realizará a ação, quando será realizada e quanto custará.

Para isso, você e sua equipe precisarão definir quem ficará responsável por coordenar a sua execução, quem vai ajudar neste, quando se pretende iniciar e finalizar essa ação, e ter uma previsão dos recursos que serão consumidos na sua execução.

Uma planilha operacional simples pode ser organizada, como a que você vê no formulário abaixo.

PROBLEMA PARA QUE	AÇÃO O QUE	RESPONSÁVEL QUEM	APOIOS COM QUE AJUDA	PRAZO QUANDO (INÍCIO/FIM)	\$ QUANTO	OUTROS RECURSOS HUMANOS / EQUIPAMENTOS
1						
2						
3						

O preenchimento da planilha operacional acima, com a relação de prioridades da sua área de abrangência e com os outros componentes (colunas), é essencial para organizar o plano de ação local da sua unidade de saúde.

### 4.3 O Momento Estratégico

#### Passo 7 – Pensando Estrategicamente – Construindo a

##### Factibilidade e a Viabilidade do Plano

Um plano de ação é um conjunto de ideias sobre como enfrentar os problemas que identificamos e valorizamos na realidade. No entanto, nem sempre as boas ideias e os nobres propósitos são suficientes para que os problemas sejam solucionados. É por conta disso que o planejamento efetivamente incorpora uma etapa que tem como objetivo construir a capacidade de resolver aquilo que se acredita necessário para mudar a realidade que o preocupa e que o mobiliza para agir.

Um plano precisa ter viabilidade e factibilidade para ser executado e não permanecer como proposta jamais realizada. Apenas um plano não modifica a realidade; é a ação que a transforma.

Analisando os problemas com um olhar estratégico, é preciso levantar a viabilidade e a factibilidade das ações que estão no seu plano, de acordo com os conceitos abaixo apresentados.

- a) **Viabilidade:** é a possibilidade política de se realizar um projeto. Esta possibilidade vai depender do grau de apoio, de rejeição ou de indiferença que diferentes atores ou grupos sociais importantes no enfrentamento do problema venham a manifestar;
- b) **Factibilidade:** significa a existência de recursos financeiros, tecnológicos e de gerenciamento para a realização do projeto.

Outra ideia que pode ajudar você a perceber a real dimensão da factibilidade e da viabilidade do plano é analisar as ações propostas no plano de ação local, separando-as em dois grupos: as que podem ser realizadas apenas pela sua unidade de saúde com os recursos que ela possui; e as que precisarão de outros recursos e apoios para serem efetuadas.

É provável que você se dê 6  
conta da importância de  
somar recursos de vários  
atores sociais para tornar  
possíveis os projetos, já que  
muitos deles não seriam viáveis  
apenas com os recursos  
existentes.

Normalmente, para superar problemas complexos, precisa-se de **apoio**<sup>6</sup> e recursos que estão fora do seu controle direto. É relativamente fácil definir se existem recursos materiais para realizar determinada ação; porém, definir sobre a viabilidade (o apoio político ao plano) é, às vezes, muito mais difícil.

Por isso, as ações que dependem de outros atores sociais e dos recursos que eles controlam são chamadas de demandas e necessitam de algo além da sua vontade de fazer: precisam de capacidade de convencimento e de argumentos que garantam o apoio dos outros atores sociais para os seus projetos.

Desse modo, durante o momento estratégico, identifique com mais detalhes os atores sociais interessados ou envolvidos nos seus projetos e identifique o interesse deles e o valor que eles dão aos projetos.

Com essa análise, você poderá escolher a melhor forma de interação com esses atores sociais, buscando preservar seu plano e, principalmente, aumentar a sua capacidade de realização, construindo a viabilidade e factibilidade através da associação de interesses.

Já utilizamos aqui, várias vezes, o termo “ator social” sem deixar muito claro o seu significado. O termo é uma analogia com o teatro, no qual o ator é um protagonista, alguém que representa os valores do seu personagem. Na sociologia, o termo “ator social” tem o mesmo sentido: é alguém ou, mais frequentemente, um grupo social que compartilha valores e interesses e atua na realidade com capacidade para alterá-la a seu favor. Isso significa que os atores sociais possuem uma fatia do poder societário e recursos sob o seu controle.

Como exemplo, podemos indicar um partido político, uma associação empresarial, uma entidade sindical ou uma organização pública ou privada como atores sociais. No caso de indivíduos “atores sociais”, podemos citar o prefeito, o secretário de Saúde, que, na verdade, são indivíduos investidos em funções com poder para determinar o encaminhamento de determinados projetos.

## Definindo o Interesse dos Atores Sociais

A posição das pessoas ou dos grupos de pessoas em relação a determinada questão, problema ou ação pode ser estimada a partir do conceito de interesse.

O interesse de um grupo social pode ser de:

- a) apoio (+);
- a) rechaço (-);
- a) indiferença (0):

indiferença real (0);

indiferença tática (00);

indiferença por desatenção ( ).

A indiferença tática significa que o ator ou grupo social dissimula um interesse real positivo ou negativo sob a máscara da indiferença. Em momento oportuno (ameaça ou outro), ele poderá surpreender, assumindo o interesse real em relação a uma determinada questão. A indiferença por desatenção, por sua vez, é aquela que o ator social assume por não ter tido oportunidade de conhecer aspectos que o levariam a um posicionamento mais definido.

## Estimando o valor dado pelos atores sociais às ações programadas

Assim como você estimou o interesse dos atores sociais em relação às suas ações, você deve definir o valor que cada ator assume em relação a um problema ou ação que você pretende executar na realidade social. O valor que cada ator social define para uma determinada ação é o grau de importância que aquela ação tem para ele.

Isso significa que o valor é um grau de intensidade que se associa com a magnitude do impacto que uma ação tem ou pode ter sobre aquele ator social. Assim, pode-se expressar o valor que um ator social dá a uma determinada ação como Alto (A), Médio (M) ou Baixo (B).

Com o esclarecimento dos conceitos de interesse e valor, é possível aplicá-los. Para tanto, observe o formulário abaixo, no qual é possível identificar os atores sociais que têm algum interesse nos projetos que você incluiu no plano de ação de sua unidade, estabelecendo o seu perfil, aspectos conhecidos da sua história política, suas preferências ideológicas e opções assumidas em relação aos problemas que você pretende resolver. A partir dessa reflexão, será possível estimar o interesse e o valor desses atores sociais em relação às ações que você programou.

ATOR SOCIAL	PERFIL (CARACTERÍSTICA DO ATOR SOCIAL)	INTERESSE	VALOR	ESTRATÉGIA

### Escolhendo Estratégias Para a Ação

Como você percebeu, a tabela dos interesses e valores dos atores sociais tem uma última coluna denominada “estratégia”. Ela será preenchida com a forma como você imagina que se relacionaria, em um primeiro momento, com cada ator social identificado, para obter o máximo de benefícios e o mínimo de ônus.

Para simplificar essa escolha, serão resumidas as estratégias possíveis em três tipos: **cooptação**<sup>7</sup>, negociação ou conflito.

As estratégias de cooptação e negociação são ações cooperativas. Podem ser entendidas como associação de interesses para que

<sup>7</sup> Cooptação é a associação de interesses sem qualquer concessão de qualquer das partes.



atinja seus objetivos, com manutenção de maior ou menor grau de autonomia, mas sempre com a agregação de mais recursos oriundos dos atores que associamos ao projeto como aliados.

É o caso da relação entre um sindicato e um vereador da oposição visando à aprovação de um projeto de Lei que conceda benefícios para o funcionalismo municipal. Se a ação for bem-sucedida, todos se beneficiam, sem que qualquer um dos dois interessados abra mão de qualquer ponto de sua agenda.

A cooptação é um processo de sedução e aliciamento de um ator social para uma proposta para a qual ele não faz qualquer restrição essencial. Por outro lado, a negociação é um processo mais complexo, que exige do interessado a capacidade de ceder em alguns pontos para garantir o apoio do parceiro, que, por seu lado, pode também abrir mão de algum detalhe do seu projeto para consolidar a aliança pretendida.

Aqui os interesses também têm alguma afinidade, mas não são tão grandes que comportem o apoio sem contrapartida.

O conflito é a estratégia assumida quando não há nenhuma possibilidade de aliança ou acordo. O ator social deve considerar que o conflito é um risco e pode resultar em perdas, chegando ao extremo da extinção do mesmo como ator social, com sua derrota e a manutenção do problema na realidade.

#### Atividade 5:

Estando mais claro o significado das estratégias citadas, você pode selecionar aquelas mais adequadas para cada ator social incluído na sua tabela. Com esse exercício, você pode elaborar uma tabela estratégica de orientação para a construção da factibilidade e da viabilidade do seu plano.

## 4.4 O Momento Tático-Operacional

### Realizando a Mudança Através de Ação Inteligente e Oportuna

No planejamento estratégico-situacional, o momento de executar o plano é chamado de momento tático-operacional. Este é momento que coroa todo o **esforço**<sup>8</sup> desenvolvido nos demais momentos e atividades já realizadas.

<sup>8</sup> Agir aqui e agora é a única forma de garantir alguma possibilidade de que o amanhã seja diferente do hoje e mais próximo do que você deseja.

Esta é a oportunidade em que você dá sentido ao processo de planejamento, executando as ações definidas no momento normativo, objetivando alterar a árvore de problemas construída no momento explicativo, com o apoio viabilizado pelo cálculo interativo e as iniciativas pensadas no momento estratégico.

Pode-se considerar este momento como o de gestão da mudança pensada. É nele que você define quem opera ou coordena a execução do plano, em que momentos serão deflagradas as ações planejadas, e em que sequência elas serão desenvolvidas, sempre com o cuidado de avaliar, permanentemente, a conjuntura e de garantir as condições mínimas para a deflagração das ações.

Para alcançar o sucesso, entre outras atividades necessárias, é importante definir o Grupo de Condução ou a Liderança, que coordenará, junto com o responsável por cada ação, a sua realização.

É importante, também, definir a periodicidade e a forma mais adequada para as avaliações que serão feitas para acompanhar a execução dos projetos. E a equipe de condução deve ficar alerta para perceber problemas não previstos, garantindo novos projetos e alternativas que permitam alguma reação diante de situações inesperadas.

Tanto quanto possível, o plano desenvolvido deve ser avaliado e incluído nos planejamentos mais amplos das estruturas formais das instituições superiores – a Secretária Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal – ou legitimado por elas, montando um Grupo de Trabalho Interinstitucional, especialmente nos aspectos do plano que exigirem decisões da direção das organizações envolvidas.

É no momento de executar as ações que devemos exercitar testes de **acumulação/dependência** e de **viabilidade/factibilidade** mais precisos ou contextualizados, garantindo adequação do anteriormente planejado ao momento da execução.

Considerando tudo o que foi apresentado, e entendendo que as duas primeiras colunas já foram definidas no momento normativo da elaboração do plano, o leiaute do plano de trabalho sugerido para

um plano de ação pode ser organizado de acordo com o modelo de formulário, a seguir:

### Plano de trabalho:

<b>Problema:</b>						
<b>Projeto/Operação:</b>	<b>Validade do plano:</b>					
<b>Responsável:</b>	<b>Periodicidade das avaliações:</b>					
<b>Apoios:</b>	<b>Observações:</b>					
<b>Ações/Subações</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Forma de cálculo</b>	<b>Valor de Referência</b>
1.						
2.						
3.						
4.						

A avaliação/acompanhamento da execução de cada projeto/operação e suas respectivas ações devem ser definidas, pelo menos, com os seguintes elementos:

- a) gerência / coordenação geral do plano;
- b) calendário de reuniões/encontros de avaliação/acompanhamento;
- c) formas de prestação de contas:
  - relatórios escritos;
  - relatórios orais;
  - gráficos e tabelas.

Definição do prazo de validade do plano, previsão para replanejamento e acompanhamento dos resultados: desenho e seleção criteriosa de indicadores de processo, de resultado, eficiência, eficácia, bem como de quem estará responsável pela sua construção e busca de dados.

Este último item merece um pouco mais de atenção, já que corresponde a uma tarefa essencial para o monitoramento do resultado da nossa ação. As atividades de avaliação podem ser realizadas de muitas formas e abordagens diferentes. Elas podem medir a satisfação dos usuários, a quantidade de produtos ou serviços oferecidos e consumidos e o impacto que eles produziram na comunidade.

Para que ela seja sistemática e regular, devemos incorporar na sua prática um conjunto de instrumentos e dispositivos que originalmente foram utilizados pela epidemiologia para medir o comportamento das doenças em uma comunidade.

Um indicador é uma tentativa de simplificar a realidade, reduzindo-a a elementos que podem ser obtidos para representar um objeto ou situação em transformação ao longo do tempo.

Trata-se da construção de **indicadores**<sup>9</sup> que procuram medir a estrutura, o processo, os produtos ou os resultados (impacto) das intervenções que fazemos na realidade.

Como o indicador de saúde não se reduz apenas à interpretação quanto ao número de óbitos de uma comunidade, este indicador não representa bem o que se quer medir. Enfim, ele não é sensível. Para tal, é necessário mais detalhes ou especificidades. Se você utilizar um indicador de contabilidade de óbitos por faixa etária, pode incorporar mais informações que representem a condição de saúde desta comunidade!

A contabilidade de óbitos é um indicador simples que representa a condição de saúde de uma comunidade. Isso ocorre porque óbitos precoces, por exemplo, indicam a probabilidade de algumas causas que óbitos em pessoas mais velhas não sugerem.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você aprendeu como operacionalizar todos os momentos do planejamento estratégico participativo em saúde, dividindo-os em sete passos essenciais.

Você conheceu modelos de formulários simples, sugeridos pela equipe de especialistas, e exercitou a aplicação dos conceitos e ferramentas na sua realidade laboral.

Além disso, foi nesta unidade que você exercitou a sua competência de participação e colaboração, contribuindo e recebendo contribuições para as atividades propostas.

Mas lembre-se: a sua caminhada não termina aqui.

Você deve acessar o ambiente virtual de aprendizagem e fazer uma revisão completa de todos os conteúdos estudados e disponibilizados para você.

Faça todas as atividades sugeridas para esta unidade. Elas foram planejadas para que você tenha um aprendizado significativo na sua prática diária. Depois, siga em frente, com o fechamento do módulo e o processo avaliativo.

## **CAROS ESPECIALIZANDOS**

Neste módulo, você aprendeu o processo de trabalho das equipes de saúde da família, os aspectos conceituais e operacionais da atenção à saúde, os aspectos fundamentais da articulação da equipe de saúde da família com a comunidade e o planejamento estratégico em saúde no cotidiano da equipe de saúde da família.

Durante esta caminhada, você pode refletir sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família e reorganizar sua prática, assim como colocar em prática alguns desses conceitos.

Você pôde perceber que definir necessidades de saúde, priorizar problemas e construir um plano é mais complicado do que se pensa inicialmente. As necessidades de saúde existem, são sentidas por alguns, mas não por outros, e nem sempre são percebidas com a mesma importância por todos.

Algumas necessidades de saúde são produzidas pelos próprios serviços de saúde. É o caso, por exemplo, do agendamento anual para o exame de Papanicolau pelas mulheres em idade fértil ou do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em crianças aparentemente normais.

Por isso, além de um plano, é preciso organizar o processo de trabalho da sua unidade, para realizar atividades de diversos tipos e com diferentes objetivos.

## REFERÊNCIAS

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

## AUTORES

### **Josimari Telino de Lacerda**

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2005). Atualmente é professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: planejamento e avaliação, desigualdade em saúde e políticas públicas de saúde.

### **Flávio Ricardo Liberali Magajewski**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1977). Pós Graduação - Residência Médica em Pediatria e Puericultura - pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1979), Saúde Pública (ENSP/UFSC, 1986) e Planejamento de Sistemas de Saúde (ENSP, 1988). Possui Mestrado em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina - Planejamento e Políticas Governamentais (CPGA, 1994) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina - Ergonomia (PPGEP, 2002). Já foi Diretor do Hospital Florianópolis (1988-90), Secretário Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis (1994-96), Diretor de Planejamento e Coordenação (2003-05) e Diretor de Políticas de Saúde (2005-07) da SES-SC. Atualmente é médico da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, onde exerce o cargo de Diretor de Educação Permanente em Saúde, e professor da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, onde ministra a disciplina Medicina do Trabalho no Curso de Medicina (Campus Tubarão e Pedra Branca) e orienta projetos de iniciação científica e TCCs. É membro do Grupo de Trabalho de Comunicação em Saúde (GTCom) da ABRASCO e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do MEC. Tem experiência na área da Saúde Coletiva, com ênfase em Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e em Saúde do Trabalhador.

### **Neila Maria Viçosa Machado**

Possui graduação em Nutrição pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1981) e mestrado em Educação pela Universidade Federal

de Santa Catarina (1995) . Atualmente é professora adjunta IV da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Análise Nutricional de População. Atuando principalmente nos seguintes temas: fome, Educação, Ensino da nutrição, currículo de nutrição.





Este módulo objetiva aprofundar seus conhecimentos sobre os aspectos de atuação da Equipe de Saúde na Família, o planejamento em saúde e o processo de trabalho em equipe.

Ministério  
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde  
Santa Catarina