

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FLÁVIA FREITAS COELHO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A IDENTIFICAÇÃO E
PLANEJAMENTO DE AÇÕES PRIORITÁRIAS EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CONGONHAS DO NORTE**

**LAGOA SANTA / MINAS GERAIS
2014**

FLÁVIA FREITAS COELHO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A IDENTIFICAÇÃO E
PLANEJAMENTO DE AÇÕES PRIORITÁRIAS EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CONGONHAS DO NORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS
2014

FLÁVIA FREITAS COELHO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A IDENTIFICAÇÃO E
PLANEJAMENTO DE AÇÕES PRIORITÁRIAS EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CONGONHAS DO NORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - orientador

Prof^a. Dra. Márcia Bastos Rezende - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 30/08/2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por colocar em meu caminho sempre oportunidades únicas para o meu enriquecimento profissional. Aos meus pais, irmã e namorado pela compreensão dos momentos em que tive que me abster para dedicar aos estudos. Ao município de Congonhas do Norte por me receber novamente, de braços abertos, e oportunizar a realização deste desafio de trabalho. E por fim, porém não menos importante, aos tutores que durante todos os módulos da especialização não faltaram com empenho, motivação e confiança para possibilitar a minha chegada até aqui.

RESUMO

Congonhas do Norte, localizada na região central de Minas Gerais, com uma população de 4.943 habitantes apresenta graves problemas de saneamento básico e de acesso. Este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção, através do Planejamento Estratégico Situacional, para a identificação e planejamento de ações prioritárias em saúde no município de Congonhas do Norte. A metodologia proposta consiste no levantamento de dados por meio da observação participante, entrevistas semi-estruturadas e informais através das interações com a população e profissionais para a construção do Diagnóstico Situacional; revisão de literatura acerca do planejamento participativo para a definição de questões passíveis de intervenção; apresentação e eleição de ações prioritárias. Tendo em vista o embasamento teórico para a realização do presente trabalho, foram utilizadas as bases de dados SciELO, Lilacs e demais publicações relacionados ao tema, a partir dos descritores “planejamento estratégico”, “planejamento participativo” e “atenção primária à saúde” em artigos publicados em língua portuguesa, no período de 1999 a 2014. A elaboração do diagnóstico situacional permitiu conhecer as singularidades do município e compreender o perfil da população. Além disso, foi possível identificar a fragilidade causada ao setor pela falta de planejamento de ações e apoio aos profissionais. Como perspectivas, destaca-se a importância ao estímulo proporcionado pelo desenvolvimento do encontro multiprofissional e a necessidade de continuidade deste, assim como viabilizar a implementação das prioridades eleitas.

Descritores: Planejamento Estratégico; Planejamento Participativo e Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Congonhas do Norte, located in the central region of Minas Gerais, with a population of 4.943 inhabitants presents serious problems of sanitation and access. This study aims to develop a proposal for intervention, through the Strategic Situational Planning, and planning to identify priority health actions in Congonhas do Norte. The proposed methodology consists on collecting data by participant observation, semi-structured and informal interviews through interactions with the public and professionals to build the Situational Diagnosis; literature review of the participatory planning for defining issues amenable to intervention; presentation and election of priority actions. Owing to the theoretical foundation for the realization of this work, we used the databases SciELO, Lilacs and other publications related to the topic, from the descriptors "strategic planning", "participatory planning" and "primary health care" in articles published in portuguese in the period 1999 to 2014. The preparation of the Situational Diagnosis allowed to know the singularities of the municipality and understand the the population profile. Moreover, it was possible to identify the weakness caused by the lack of sector action planning and support to professionals. As perspectives, highlights the importance of the stimulus provided by the development of multidisciplinary meeting and the need to continue this, as well as facilitate the implementation of the chosen priorities.

Keywords: Strategic Planning; Participatory Planning; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UAPS – Unidade de Atenção Primária a Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de nascidos vivos em Congonhas do Norte entre os anos de 2004 e 2008.....12

Gráfico 2: Óbitos por Residência por Faixa Etária segundo Causa - CID-10, Congonhas do Norte, MG, 2008.....12

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	19
5.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	20
5.3 PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO.....	23
6 PLANO DE AÇÃO	25
6.1 IDENTIFICAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS	25
6.2 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS.....	27
6.3 NÓS CRÍTICOS	29
6.4 DESENHO DAS OPERAÇÕES.....	31
6.5 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	34
7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS.....	37
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde tem a finalidade de aperfeiçoar a capacidade de proporcionar atenção apropriada e melhor condição de saúde à população (FELICIANO, 2005). Para tanto, se faz necessário usufruir de uma ferramenta organizacional de valorização da condução da ação, denominada planejamento (RIVERA; ARTMANN, 1999).

A necessidade de estabelecer espaços de encontro entre os protagonistas das ações de saúde de determinada instituição, advém da possibilidade de transformação condicionada à participação dos interlocutores, sejam eles gestores, trabalhadores de saúde, usuários ou instituições da saúde ou de outros setores (FELICIANO, 2010).

A estratégia do setor saúde com o Programa de Saúde da Família (PSF) apresentou-se como o modelo ideal para a Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como norteador do processo de trabalho a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política valoriza a autonomia e protagonismos dos sujeitos, trabalhadores, usuários e gestores, co-responsáveis pelos vínculos estabelecidos, direitos dos usuários e da gestão participativa (BRASIL, 2004).

Aprovada pela Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza os princípios da Atenção Básica como as práticas de trabalho em equipe direcionadas à população de maneira individual ou coletiva, a partir da delimitação do território ao qual se tem responsabilidade sanitária. Para tanto, o sujeito deve ser considerado em sua singularidade de maneira integral, em busca da promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e diminuição dos danos ou sofrimento que possam interferir em uma vida saudável.

O Diagnóstico Situacional é uma estratégia utilizada para caracterizar uma realidade observada, a partir da análise de seus componentes significativos. O olhar do ator deve-se ter uma intencionalidade, e dessa forma, a síntese da situação diagnosticada é também afetada pela posição que o observador ocupa nesse espaço (TONINI; KANTORSKI, 2007).

O Diagnóstico Situacional propicia o planejamento baseado na realidade da população e visa oferecer um suporte teórico para os profissionais aprofundarem e discutirem o contexto das ações e políticas de saúde vigentes atualmente no município, com a intencionalidade de modificar uma determinada situação (MOREIRA, 2001).

Congonhas do Norte é um município localizado na região central do estado de Minas Gerais, com população de 4.947 habitantes (BRASIL, 2010) e distancia de 215 km da capital, sendo vinculada à macrorregião do Jequitinhonha e referenciada à microrregional de Diamantina/MG há 90 km do município em rodovia não pavimentada.

Seguindo os pressupostos do SUS e suas diretrizes, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município destinam-se a promover ações e atividades integrais ao usuário do serviço de saúde, através da promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e ações baseadas na educação em saúde da população.

A Unidade Básica de Saúde de Congonhas do Norte foi implantada em 2008, na sede municipal, e há aproximadamente três anos apresenta funcionamento de 24 horas, até que a Unidade de Saúde Ulisses Moraes seja inaugurada. Sua área de abrangência engloba a sede e as comunidades rurais, sendo oferecido atendimento para os usuários que residem também nas comunidades em que há a instalação da UBS Rural, no caso, Santa Cruz de Alves e Extrema.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 100% da população é coberta pelas equipes do Programa de Saúde da Família. Esta é considerada uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) tipo 2 e atua dentro dos moldes do SUS.

O serviço possui duas Equipes de Saúde da Família, “Renascer” e “Vida Nova”, totalizando quatorze (14) Agentes Comunitários de Saúde, dois (2) Enfermeiros, dois (2) Técnicos de Enfermagem, treze (13) Auxiliares de Enfermagem, dois (2) Médicos, uma (1) Recepcionista, nove (9) Auxiliares de Serviços Gerais, além dos profissionais de apoio não alocadas dentro do serviço de saúde, que são um (1) Odontólogo, uma (1) Nutricionista, uma (1) Farmacêutica, uma (1) Fisioterapeuta e uma (1) Farmacêutica Bioquímica.

A Unidade Básica de Saúde Rural Mãe Ana foi implantada em Fevereiro de 2010 e está localizada na comunidade Santa Cruz de Alves, afastada da sede em 6 km, com funcionamento de 8 às 17h, na presença de uma auxiliar de enfermagem e

uma auxiliar de serviços gerais, ocorrendo atendimento médico e de enfermagem apenas uma vez por semana, durante o período da tarde.

A Unidade Básica de Saúde Rural Joaquim Candeia, foi formalmente inaugurada em 10 de junho de 2011, e está localizada na comunidade de Extrema, afastada da sede em 22 km. Seu funcionamento é semelhante ao da Unidade de Saúde de Santa Cruz de Alves, tanto em composição de profissionais quanto do atendimento semanal, sendo ambas pertencentes à microáreas de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Vida Nova”.

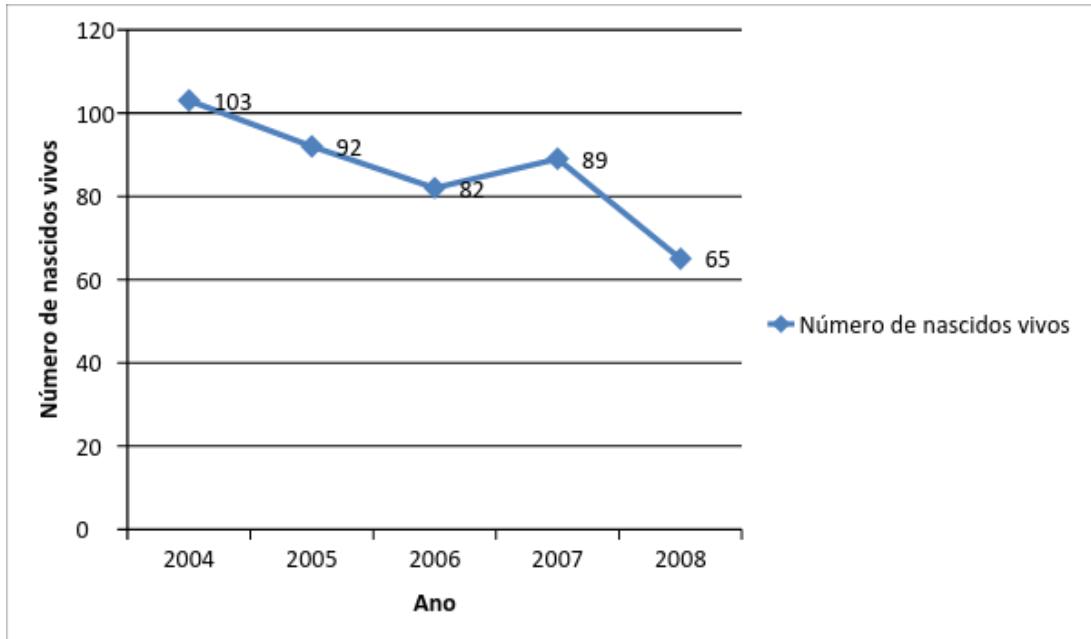
A Unidade Básica de Saúde Ulisses Moraes foi implantada em 1986, localizada na sede municipal, com perfil de atendimento de urgência e emergência do município, encaminhando os casos de média e alta complexidade aos municípios com estrutura hospitalar e de pronto atendimento. No segundo semestre de 2011 a unidade foi fechada para reforma da estrutura física, sendo transferido os seus atendimentos para a UBS de Congonhas do Norte. Tais mudanças têm comprometido as atividades das Equipes de Saúde da Família pelo aumento da demanda na Unidade Básica de Saúde.

Os demais serviços de saúde e apoio no município são a Farmácia de Minas, o Consultório Odontológico, o Laboratório de Análises Clínicas e a Clínica de Fisioterapia, com estrutura física independente da Unidade Básica da sede.

No quesito saneamento básico, o município atualmente possui tratamento de água em processo de implantação, com fornecimento irregular e sem planejamento, visto que primeiramente abastece o centro da cidade e em seguida retorna aos bairros. Ainda, não acontece o uso racional da água e dessa forma, muitas vezes ocorre a falta de água para os bairros localizados em altitudes superiores à do centro, devido à pressão insuficiente desta para alcançar tais localidades.

Segundo dados obtidos no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a natalidade no município tem seguido a tendência brasileira de diminuição dos nascidos e conseqüente envelhecimento da população residente, conforme representado no gráfico a seguir.

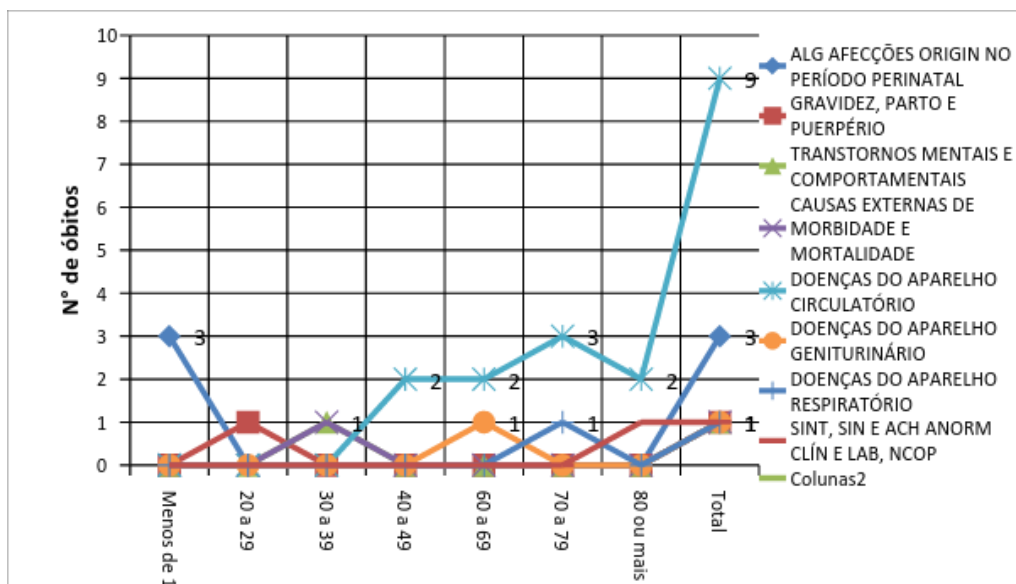
Gráfico 1: Número de nascidos vivos em Congonhas do Norte entre os anos de 2004 e 2008.



Fonte: BRASIL (2011).

Segundo dados de mortalidade geral, no ano de 2008, a causa prevalente de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório, totalizando nove óbitos, 50% do total de óbitos para tal ano, afetando principalmente adultos acima de 40 anos de idade. Tais dados são apresentados no Gráfico 3.

Gráfico 2: Óbitos por Residência por Faixa Etária segundo Causa - CID-10, Congonhas do Norte, MG, 2008.



Fonte: BRASIL (2008).

Para formatação do Diagnóstico em Saúde, foram utilizadas fontes de dados oficiais, com destaque para as informações obtidas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), DATASUS, dentre outros, valorizando igualmente as fontes qualitativas e de informação da própria comunidade e do serviço de saúde, através da observação participante e realização de entrevistas semi-estruturadas e informais.

A Observação Participante foi utilizada durante a inserção no serviço de saúde, sendo esta uma técnica de abordagem qualitativa que permite interação do sujeito com o grupo de trabalho, propiciando sua inclusão na realidade observada e partilha do cotidiano daquele serviço. Este método permite a análise da realidade social que permeia o serviço de saúde, na tentativa de captar os facilitadores e dificultadores do contexto saúde.

Como cita Proença (2008) este método deve ser consolidado de modo que considere a influência de fatores como o tempo, o lugar e a circunstância nas inferências realizadas. Considerando-se o fator tempo, quanto mais longo o período de observação, mais próxima da realidade poderão ser as interpretações do observador diante da situação social vivenciada, da mesma forma que maior confiabilidade existirá entre os envolvidos nesse processo, permitindo que o observador seja capaz de compreender melhor os significados e as ações que o grupo realiza, e ter acesso a um mundo mais privado ou “de bastidores”.

A entrevista semi-estruturada permite a determinação das questões das quais informações são necessárias, caracterizando-se pela presença de questionário que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, porém mantendo-se um elevado grau de flexibilidade na exploração das questões. E a entrevista informal tem a finalidade de obter as informações em conversas informais e não pré-definidas, obtendo descrição das situações, elucidação de detalhes e análise individual acerca do que foi relatado (COSTA; ROCHA; ARCÚCIO, 2004).

Baseado nessas etapas foi realizado um levantamento das questões referentes à saúde municipal, isto é, o diagnóstico situacional elaborado como atividade obrigatória do Módulo de Planejamento e Avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a problematização dos itens apontados como entraves ao serviço de saúde e qualidade dos atendimentos prestados à população, foi proposto o Seminário Local com apresentação aos profissionais de saúde do município a fim de

possibilitar o debate e definição de prioridades de trabalho, em busca de atingir melhorias ao serviço de saúde e população local.

Através da análise dos processos de trabalho da Unidade Básica de Saúde de Congonhas do Norte e da dinâmica de funcionamento das equipes, foi possível constatar a necessidade de viabilizar tal encontro. A rotina do serviço, a demanda excessiva de uma população carente e de pouca compreensão sobre o caráter preventivo da Atenção Primária à Saúde são apontados como dificultadores dos momentos de auto avaliação e planejamento das atividades. Tais razões foram suficientes para motivar a realização de um plano de ação para o enfrentamento do problema, ou seja, priorizar e planejar as ações de saúde no município de forma a garantir a melhoria do serviço de saúde prestado localmente.

2 JUSTIFICATIVA

A consolidação do SUS tem se tornado um desafio para os gestores, diante da reorientação dos modos e estratégias do cuidado, bem como na disposição de incitar importantes repercussões também nas estratégias e modos de ensinar e aprender (GELBCKE *et al*, 2006).

Para Rivera e Artmann (1999, p. 357):

O planejamento comunicativo é assumido como meio de construção de organizações dialógicas. Um aspecto fundamental deste enfoque é a busca da integração, da possibilidade de um projeto solidário, entendido como desafio gerencial permanente.

A UBS de Congonhas do Norte funciona, há praticamente dois anos, durante 24 horas por dia. O atendimento ofertado à população é distribuído entre as Equipes de Saúde da Família, através do acolhimento em turnos distintos entre as equipes e as atividades programadas.

Cada equipe realiza o cronograma de atendimentos mensalmente, de acordo com a demanda da população, disponibilidade no transporte e espaço físico para atendimentos nas demais unidades. Dessa forma, a organização das agendas dos profissionais deve ainda priorizar a permanência de um enfermeiro e um médico, no mínimo, presente na UBS sede, para o atendimento à demanda espontânea.

No entanto, as situações de urgência, devido à reforma da Unidade de Saúde Ulisses Moraes, são direcionadas para a Unidade Básica, o que demanda atendimento prioritário e afeta diretamente a organização do trabalho de todos os profissionais envolvidos na assistência direta e indireta ao paciente.

A demanda programada geralmente é comprometida, o que culmina em cada vez menos espaço para a reunião da equipe, visto que as urgências são priorizadas ocasionando em desmarcação dos agendamentos de atividades.

Tendo em vista esse contexto, os profissionais sentiram a necessidade de organizar melhor o tempo e espaço construídos nas agendas, com vistas a aperfeiçoar o serviço em momentos de importante reflexão da equipe, troca de experiências, discussão de casos clínicos e auto avaliação dos processos já instaurados.

Porém, segundo Bordenave (1987) citado por Campos e Wendhausen (2007, p. 274): “um fenômeno complexo como a participação, não pode ser reduzido a um

ato episódico com uma reunião, mesmo quando este aparentemente possa ter efeito decisório”.

Vanconcelos (2006) citado por Oliveira e Wendhausen (2014, p. 131) destaca o comprometimento de profissionais que interagem na busca dos enfrentamentos dos problemas de saúde e da integração dos saberes técnico e popular.

Portanto, como enfermeira e coordenadora da Atenção Básica e Vigilância em Saúde de Congonhas do Norte, acredita-se que este estudo possibilitará a compreensão das dificuldades enfrentadas na prática da organização da Atenção Básica, o que permitirá vislumbrar soluções para o problema local.

O entendimento da situação-problema poderá contribuir para a discussão e reflexão do planejamento das atividades das Equipes de Saúde da Família, o que certamente irá servir aos usuários carentes da proposta-base do Programa de Saúde da Família e ao serviço, a partir da sensibilização dos profissionais e da reorientação do planejamento das equipes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para criar ações prioritárias em saúde no município de Congonhas do Norte.

3.2 Objetivos Específicos

- ❖ Elaborar intervenções para solucionar os principais problemas elencados tais como a ausência de recursos materiais para adequada assistência e deficiência nos registros;
- ❖ Estudar propostas para a garantia de direitos aos trabalhadores e incentivos à participação social;
- ❖ Ampliar a rede de cuidado do usuário localmente a partir de propostas de aproximação multiprofissional;
- ❖ Elaborar propostas de capacitação dos profissionais de saúde e informar a população quanto ao perfil da Atenção Primária à Saúde;
- ❖ Identificar os fatores dificultadores e facilitadores na execução das soluções apresentadas;
- ❖ Discutir a proposta de trabalho construída junto com a equipe de saúde;
- ❖ Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em saúde prestada localmente.

4 METODOLOGIA

Segundo Hesketh (1979) *apud* Bauli e Matsuda (2009, p. 56), “o diagnóstico organizacional é o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos na organização”. Sendo assim, por se relacionar à avaliação, ao planejamento, à organização e ao desenvolvimento de recursos humanos, o diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão (BAULI; MATSUDA, 2009).

Visando à fundamentação teórica para o desenvolvimento do presente trabalho, foram utilizadas as bases de dados SciELO, Lilacs e demais publicações relacionados ao tema, a partir dos descritores “planejamento estratégico”, “planejamento participativo” e “atenção primária à saúde” em artigos publicados em língua portuguesa, no período de 1996 a 2014.

Como estratégia foi utilizado o referencial de Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Carlos Matus. No PES são identificados quatro momentos fundamentados no diagnóstico de problemas, sendo eles: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No momento explicativo, busca-se conhecer a situação atual, através da interpretação das informações elucidadas no Diagnóstico Situacional. Em seguida, propõem-se soluções para os problemas, sendo identificado como momento normativo. A partir da análise dos nós críticos, verifica-se a disponibilidade de recursos e a viabilidade das propostas elaboradas, momento este que é denominado estratégico, e por fim, o tático-operacional em que o plano é executado.

O planejamento utilizado neste trabalho tem o intuito de incorporar os diversos pontos de vistas a fim de garantir um processo participativo, atendo-se, portanto, ao conceito de ator social e sua capacidade de transformação de determinada realidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A primeira definição da Atenção Primária à Saúde (APS), em 1978, pode ser apresentada da seguinte forma, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2008) citada por Gomes *et al.* (2011, p.882):

De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

A APS como um modelo de organização da assistência em saúde tem por objetivo responder de forma descentralizada, de maneira contínua e sistematizada as demandas de saúde de uma população, com ações preventivas e curativas, tanto o indivíduo em sua singularidade, quanto em seu contexto familiar (FIOCRUZ, 2009).

A APS é baseada em um modelo que visa o cuidado longitudinal no contexto do indivíduo, família e comunidade, além da coordenação dos diferentes níveis de atenção. Esse modelo tornou-se possível através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma das prioridades do SUS (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013).

Como porta de entrada do indivíduo, a APS deve ter a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, sendo essas dimensões – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação – valiosos indicadores para o processo de avaliação da qualidade do cuidado prestado (GOMES *et al.*, 2011).

As práticas de atenção e gestão da saúde sofreram mudanças organizacionais a partir da implantação do SUS, mediante os novos processos de capacitação dos trabalhadores e a natureza do trabalho em saúde (COSTA; MIRANDA, 2008).

A expansão expressiva da ESF, através do aumento no número de equipes, estimulou a preocupação quanto à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde da família (SILVA; CALDEIRA, 2011). A qualificação dos profissionais de saúde torna-se, portanto, questão fundamental para a política de saúde, pois a ESF

necessita de recursos humanos capazes de produzir vínculo, acolher e proporcionar a autonomia do sujeito no cuidado de sua saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43), a formação na área da saúde deveria objetivar a transformação das práticas profissionais, com o intuito de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde.

O processo de trabalho da ESF deve se diferenciar pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das demandas locais, através do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com a finalidade de garantir a efetividade da Atenção Primária (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Em se tratando de SUS, vale enfatizar que o mesmo organiza a atenção à saúde a partir de três princípios fundamentais, sendo eles a universalidade, a integralidade e a equidade (FIOCRUZ, 2009). A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990), reforça a necessidade de articulação entre as ações e serviços, seja preventivos ou curativos, individuais ou coletivos.

No entanto, a implementação da ESF aconteceu em contextos distintos e com características também muito diversificadas, tanto na estrutura, quanto disponibilização de equipamentos, remuneração, formas de contratação, realização de reuniões com a comunidade, entre outros (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 46):

Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes.

5.2 Avaliação em Saúde

O processo de avaliação em saúde, quando institucionalizado e afirmado como atividade regular do serviço, constitui em importante ferramenta de tomada de decisão. Assumir novas responsabilidades, tais como a análise crítica sobre o

cotidiano do trabalho, permite a transformação dos valores e práticas que caracterizam determinado serviço (FELICIANO, 2005).

Para Sanders (2003) citado por Felisberto *et al.* (2010, p. 1080) a implantação de políticas de avaliação, quando associada ao sentimento de que as evidências produzidas possam ocasionar mudanças e outras consequências, é quase sempre permeada de certa resistência.

Felisberto *et al.* (2010, p. 1080) complementa que “superar essa resistência dependerá da capacidade da gestão em articular os envolvidos em torno de uma proposta (intervenção) qualificadora das práticas [...]”.

Contudo, a construção da cultura avaliativa demanda grandes alterações na rotina da instituição. Segundo Stevenson *et al.* (2002) citado por Feliciano (2005, p. 84) é preciso seguir algumas etapas para o sucesso do processo avaliativo, tais como a definição das questões a serem avaliadas, o embasamento teórico, a formulação dos objetivos, entre outras.

Conforme afirma Felisberto *et al.* (2009, p. 340): “Têm surgido vários movimentos visando a institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica, que estimulam a mudança nas práticas de pessoas e organizações de saúde”.

Em 2003, o Ministério da Saúde deu início à implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, que tem como finalidade a melhoria da qualidade desse nível de atenção à saúde, através das contribuições com a integralidade, resolubilidade, equidade e universalidades das ações ofertadas pelo SUS (BRASIL, 2005 *apud* FELISBERTO *et al.*, 2009, p. 340). Assim, a cultura avaliativa a partir da implementação de dispositivos bem fundamentados suscita métodos de avaliação com vistas à qualificação da atenção básica.

As atividades desenvolvidas para o sucesso da avaliação e da proposta de intervenção deve buscar permanentemente o envolvimento e comprometimento dos participantes no processo, a motivação de identificar e buscar respostas aos problemas identificados, a valorização dos produtos elaborados e a criação de um compromisso com a implementação de um produto como resultado do seu próprio trabalho (TAMAKI *et al.*, 2010).

A comunicação é a ferramenta indispensável da avaliação em saúde. A linguagem deve ser utilizada no sentido de permitir o entendimento de um determinado tópico, mostrando-se neutra e universal (FELICIANO, 2010).

Portanto, alguns autores sugerem a indicação de avaliadores externos sem qualquer tipo de envolvimento com o serviço, para permitir um julgamento isento de intencionalidade (ARRETCHE, 2001 *apud* FELICIANO, 2005, p.85).

A Estratégia de Saúde da Família permite a criatividade dos integrantes da equipe para enfrentar as demandas locais, ao mesmo tempo em que regulamenta as possibilidades de trabalho (BRASIL, 2000). O entendimento entre necessidades e processos de intervenção é exigido ao profissional de saúde a todo o momento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Na saúde, a autonomia é vista sob o ponto de vista da habilidade dos profissionais para desenvolver suas atividades e resolver problemas na sua área de atuação (CECÍLIO, 1999 *apud* TAMAKI *et al.*, 2010, p. 203). Este propósito provoca enormes desafios, já que é a partir da orientação das ações com base na própria capacidade de julgamento do indivíduo é que a autonomia será viabilizada, conforme afirma Tamaki *et al.* (2010, p. 203).

Diante do conhecimento da realidade, a equipe é capaz de negociar a proposta de intervenção, após análise e diálogo acerca das contraposições possíveis. Dessa forma, é possível validar as decisões, desde que a observação e avaliação aconteçam constantemente, visto que o desenvolvimento das ações pode não corresponder ao que foi idealizado (FELICIANO, 2010).

A qualidade das informações acerca da realidade trabalhada deve ser ressaltada durante a coleta de dados, visto que pode ser feito por meio de diversas fontes e métodos. A partir dos dados apurados, a equipe terá a missão de analisar quanto à confiabilidade, validade e interpretação da informação coletada (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005 *apud* FELISBERTO *et al.*, 2008, p. 2096).

A avaliação dos cuidados em saúde na APS é um desafio de gestão no SUS, porém é em nível local que as mudanças precisam ser realizadas de forma mais rápida, o que justifica a implantação e consolidação de propostas avaliativas integradas aos serviços (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Para Silva e Caldeira (2011, p. 102):

Existe, pois, a necessidade de se compatibilizar instrumentos e de pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que ela constitui uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde.

5.3 Planejamento Participativo

Segundo Gelbcke (2006, p. 516):

As organizações públicas, mesmo submetidas às regras político-administrativas, que definem, em última instância, sua missão e objetivos, precisam repensar permanentemente o seu papel, visando às mudanças sociais, a sua vocação, bem como a sua capacidade enquanto instituição e enquanto conjunto de trabalhadores, ou seja, seres humanos com capacidades cognitivas e sociais.

Atualmente, a gestão democrática destaca-se no setor saúde, a partir do momento em que é possível identificar sua contribuição para o estreitamento das relações de trabalho e garantia da valorização profissional (GELBCKE, 2006).

Alguns autores, como Colomé (2008), Kawata (2009), Mishima (2003) e Shimizu (2009) citados por Sarti *et al.* (2012, p. 538) atestam uma carência de iniciativas para o planejamento das ações de saúde, o que repercute em um processo de trabalho parcelar, pouco reflexivo e imediatista.

As abordagens gerenciais que preconizam, dentre outras, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho, como a gerência participativa e os programas de qualidade, têm ganhado grande visibilidade (MEDEIROS *et al.*, 2010).

A institucionalização é entendida como o processo pelo qual dispositivos institucionais são criados, transformados ou extinguidos, sendo eles compreendidos enquanto recursos, estimativas, procedimentos, participação dos atores envolvidos e monitoramento, além de organizações e de regras que contribuem ao desenvolvimento e à perenidade da prática avaliativa dentro de um espaço definido (JACOB, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2006 *apud* FELISBERTO *et al.*, 2010, p. 1080).

O ato de planejar incita a relação interativa, a negociação como estratégia possível, a valorização da elucidação do outro como parâmetro de crítica e até mesmo complemento das nossas próprias explicações (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Oliveira e Wendhausen (2014) consideram relevante que atores diversificados se encontrem para refletir sobre suas práticas e se fortalecer na integração do serviço de saúde com a comunidade em que o mesmo está inserido.

No entanto, são reconhecidas as dificuldades de interação dos profissionais entre si no âmbito da ESF para o estabelecimento de ações que incidam sobre os problemas prioritários de saúde da população adscrita e na articulação de

intervenções intersetoriais (CREVELIM, 2005; SHIMIZU, 2009; SILVA 2010 *apud* SARTI *et al.*, 2012, p. 538).

O trabalhador precisa entender que, ao ser o elo para a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, é possível viabilizar a construção de sujeitos mais fortalecidos, desde que adquira uma postura de mediador do processo educativo, despidos de comportamentos indutivos e opressores (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Possibilitar espaços interativos para que a equipe possa expressar as diferenças de opiniões, sentimentos e ideias, são processos de democratização que permitem o crescimento coletivo (BRASIL, 2005 *apud* MEDEIROS *et al.*, 2010, p. 41).

Assim, realizar um planejamento participativo permite o estabelecimento de metas e planos de ação, mas também a responsabilização dos trabalhadores envolvidos (GELBCKE, 2006). Ocorre o compartilhamento de poder, a valorização da comunicação e da opinião dos diferentes sujeitos, o que dá espaço ao pensamento coletivo perante o pensamento individual, que se reflete no trabalho em equipe (ROMERO, 2001 *apud* LANZONI *et al.*, 2009, p. 431).

A utilização de problemas reais vivenciados pelos profissionais e a produção de propostas concretas para solucionar os problemas existentes, indicam o potencial de sucesso dos resultados esperados diante das técnicas participativas de ensino-aprendizagem e da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde (TAMAKI *et al.*, 2010).

Segundo Angeloni (2003) citado por Medeiros *et al.* (2010, p. 41): “A tomada de decisão nas organizações vai exigir cada vez mais trabalhos em equipe e maior participação das pessoas”. No entanto, não há garantia de sucesso, mostrando que planejamento é também um processo dinâmico e ativo, mas que sem ele as chances de fracasso são maiores (LANZONI *et al.*, 2009).

À medida que a equipe de saúde valoriza e compreende a importância da participação, ao invés de considerá-la como apenas mais uma atividade dentre tantas outras, é possível perceber a motivação em buscá-la como um dos objetivos de seu trabalho. A repercussão de tal atitude pode ser interpretada como o início de um processo de avaliação crítica de suas práticas, com o potencial de resultar na busca sistematizada de melhor compreensão do que realmente seja a participação e sobre como promovê-la (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação e Priorização de Problemas

Para o levantamento de questões referentes à saúde municipal, foi realizada a análise do Diagnóstico Situacional de Congonhas do Norte em conjunto com as equipes, para identificação dos principais problemas. Em seguida, foi proposto um debate ampliado através do Seminário Local, com os demais profissionais de saúde no município para definir as prioridades de trabalho, buscando atingir melhorias para o serviço de saúde e população local. O Seminário Local ocorreu com a presença de vinte e três participantes das diversas categorias profissionais de saúde do município de Congonhas do Norte, no dia 8 de Outubro de 2013, na Unidade de Saúde Ulisses Moraes.

Desse encontro e fundamentada nos pressupostos do Diagnóstico Situacional proposto no Módulo de Campos, Faria e Santos (2010) fez-se a confirmação coletiva dos problemas mais prementes de serem solucionados no município.

A fim de separar os participantes aleatoriamente em grupos, cada profissional recebeu um cartão, com a possibilidade de três cores (vermelho, amarelo e verde) para identificar qual o grupo faria parte, e a lista de questões contida no material teórico. A partir disso, cada grupo elegeu um coordenador com função de intermediar o debate entre os participantes, e um relator com função de registrar as decisões do grupo.

Seguem abaixo as tarefas que deveriam ser executadas para cada questão apresentada em listagem subsequente.

1. Discutir sobre os temas levantados;
2. Enumerar questões que exigem uma ação prioritária e imediata;
3. Excluir ou acrescentar questões, justificando a ação;
4. Desenvolver quais os possíveis encaminhamentos a serem oferecidos para a resolução dos três (03) primeiros problemas eleitos.
 - a. O que pode ser feito para modificar a situação apresentada?
 - b. Quais as ações necessárias para viabilizar estas soluções?
 - c. Quais os fatores poderão facilitar ou dificultar estas ações?

- Questões

1. Eventual falta de medicamentos;
2. Ausência de insumos para realização de procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde (teste de Schiller, coberturas, algodão, lençol) e no Laboratório de Análises Clínicas;
3. Dificuldade de entendimento por parte da população do caráter preventivo da Atenção Primária à Saúde, levando a procura por consultas de caráter curativo e emergencial, ao invés de prevenção e promoção da saúde;
4. Trabalho multidisciplinar dentro das Equipes de Saúde da Família pouco expressivo, especialmente na formulação de estratégias de promoção, prevenção e recuperação (nutricionista, odontóloga, fisioterapeuta, psicóloga);
5. Deficiência de mobilização do Conselho Municipal de Saúde;
6. Deficiência na clareza dos níveis de hierarquização dentro do serviço de saúde, especialmente em relação à responsabilização pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;
7. Ausência de Comitês de Saúde atuantes;
8. Indefinição do profissional responsável pelo funcionamento do SISVAN (atividades em prática: suplementação de ferro e vitamina A, e pesagem de crianças);
9. Plano de Metas ainda não formulado pela Diretoria Municipal de Saúde;
10. Deficiência de ações educativas em planejamento familiar;
11. Deficiência da abordagem dos Agentes Comunitários de Saúde e da busca ativa de gestantes e/ou desinformação das usuárias pertencentes a grupo de maior atenção quanto à importância do acompanhamento;
12. Falta de planejamento e/ou descumprimento do mesmo para a disponibilização do transporte às comunidades rurais;
13. Deficiência das políticas públicas de assistência à população carente;
14. Ausência da figura de um gerente na Unidade Básica de Saúde (com características e formação gerencial);
15. Deficiência de planejamento e ações em assistência para grupos específicos (adolescentes, adulto, homem, saúde do trabalhador, saúde mental, mulheres – sexualidade, DST, prevenção de cânceres);
16. Deficiência na promoção de atividades que contemplem o lazer e auxiliem na diminuição do número de alcoólatras no município;

17. Ausência de anotação das triagens realizadas no prontuário do paciente;
18. Ausência de manuais de normas e procedimentos para todos os profissionais de saúde (médico, nutricionista, enfermagem – em confecção);
19. Deficiência dos registros nos livros de curativos, observação e visitas domiciliares;
20. Inexistência de médico exclusivo para a Unidade Mista;
21. Deficiência das reuniões com a presença de toda a equipe de saúde;
22. Necessidade de configurar e reavaliar o perfil de saúde da população para posterior direcionamento das ações de saúde e classificação das famílias de acordo com o risco;
23. Melhor abordagem em saúde da mulher nas consultas de coleta de material citopatológico e câncer de mama;
24. Deficiência/ausência de funcionário treinado para auxiliar nos procedimentos da sala de imunização na ausência do profissional responsável;
25. Deficiência de padronização no acompanhamento do crescimento das crianças, devido à não utilização dos gráficos das cadernetas;
26. Ineficiência da abordagem da higiene oral dos profissionais de saúde durante a assistência prestada;
27. Deficiência de padronização no acompanhamento do crescimento das crianças, devido à não utilização dos gráficos das cadernetas;
28. Presença marcante da cultura de auto-medicação na população do município;
29. Deficiência da participação comunitária nas tomadas de decisões das questões de saúde do município;
30. Déficit na divulgação de informações para a população quanto aos exames pactuados/conveniados disponíveis;
31. Déficit na intersetorialidade das ações (diretorias);
32. Necessidade de realização de ações educativas coletivas, por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

6.2 Descrição dos Problemas

A discussão das questões em grupo, que inicialmente foi definida para durar 40 minutos, foi estendida para 50 minutos devido ao interesse dos participantes em

continuar o debate. Após tal momento, as prioridades de atuação da equipe de saúde eleitas pelo grupo foram brevemente expostas por seus representantes (coordenador e relator).

A seguir, a autora, responsável pelo encontro abriu espaço de debate, complementação ou sugestão de outros grupos para o enfrentamento das situações, permitindo a interferência dos presentes nas questões expostas por outros grupos. Este debate durou aproximadamente 60 minutos, finalizando com agradecimento da participação dos profissionais e sugestões dos participantes de que este momento fosse recorrente dentro das atividades da equipe de saúde.

A lista de questões e prioridades eleitas foi apresentada e afixada em um painel na Unidade Básica de Saúde de Congonhas do Norte, assim como foi disponibilizada uma cópia deste documento para cada Equipe de Saúde e Diretoria Municipal de Saúde.

Segue a lista de prioridades apresentadas pelos grupos.

Lista de prioridades eleitas

- **Grupo Vermelho**

Prioridade 1: Trabalho multidisciplinar dentro das Equipes de Saúde da Família pouco expressivo, especialmente na formulação de estratégias de promoção, prevenção e recuperação (nutricionista, odontóloga, fisioterapeuta, psicóloga).

Prioridade 2: Dificuldade de entendimento por parte da população do caráter preventivo da Atenção Primária à Saúde, levando a procura por consultas de caráter curativo e emergencial, ao invés de prevenção e promoção da saúde.

Prioridade 3: Deficiência da educação permanente e em saúde para todos os profissionais.

- **Grupo Amarelo**

Prioridade 1: Ausência de insumos para realização de procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde (teste de Schiller, coberturas, algodão, lençol) e no Laboratório de Análises Clínicas.

Prioridade 2: Falta de insalubridade para os profissionais da saúde.

Prioridade 3: Ausência de Comitês de Saúde atuantes.

- **Grupo Verde**

Prioridade 1: Eventual falta de medicamentos.

Prioridade 2: Necessidade de realização de ações educativas coletivas, por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Prioridade 3: Ausência de anotação das triagens realizadas no prontuário do paciente.

6.3 Nós Críticos

Os grupos selecionaram, para cada problema priorizado, quais as causas precisavam ser atacadas para que o mesmo fosse efetivamente transformado, de acordo com as possibilidades de enfrentamento do município. Os nós críticos identificados foram:

- **GRUPO VERMELHO**

Prioridade 1: Trabalho multidisciplinar dentro das Equipes de Saúde da Família pouco expressivo, especialmente na formulação de estratégias de promoção, prevenção e recuperação (nutricionista, odontóloga, fisioterapeuta, psicóloga).

❖ **Nós críticos:** Demanda grande de atendimentos dificulta os encontros entre os diversos membros da equipe; Dados insuficientes do perfil da população para planejamento das ações de prevenção, recuperação e promoção da saúde.

Prioridade 2: Dificuldade de entendimento por parte da população do caráter preventivo da Atenção Primária à Saúde, levando a procura por consultas de caráter curativo e emergencial, ao invés de prevenção e promoção da saúde.

❖ **Nós críticos:** Baixa escolaridade da população; Falta de capacitação para os funcionários (auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos); Única porta de entrada para o atendimento da população, atuando como UBS e Pronto-atendimento.

Prioridade 3: Deficiência da educação permanente e em saúde para todos os profissionais.

❖ **Nós críticos:** Falta de apoio da administração; Demanda grande dos serviços, impossibilitando seu fechamento para realização dos encontros; Falta de valorização profissional.

- **GRUPO AMARELO**

Prioridade 1: Ausência de insumos para realização de procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde (teste de Schiller, coberturas, algodão, lençol) e no Laboratório de Análises Clínicas.

- ❖ **Nós críticos:** Necessidade ou alegação da necessidade de licitação de compra de insumos; Falta de profissionais responsáveis pelo planejamento e realização de orçamentos.

Prioridade 2: Falta de insalubridade para os profissionais da saúde.

- ❖ **Nós críticos:** Ausência de interesse do poder público em remunerar os profissionais; Receio dos profissionais em reclamar por medo de punições; Ausência de união entre as classes profissionais.

Prioridade 3: Ausência de Comitês de Saúde atuantes.

- ❖ **Nós críticos:** Baixo nível socioeducativo da população; Falta de interesse do poder público e dos profissionais do setor.

- **GRUPO VERDE**

Prioridade 1: Eventual falta de medicamentos.

- ❖ **Nós críticos:** Ausência de empresas no processo licitatório; Falta de profissional capacitado para realizar licitação; Verba insuficiente para adquirir todos os medicamentos necessários.

Prioridade 2: Necessidade de realização de ações educativas coletivas, por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

- ❖ **Nós críticos:** Programação das atividades com constantes alterações, diante do elevado absentéismo, rotatividade e deficiência de profissionais nas equipes; Insatisfação salarial.

Prioridade 3: Ausência de anotação das triagens realizadas no prontuário do paciente.

- ❖ **Nós críticos:** Preenchimento incorreto dos prontuários; Dificuldade de localização dos prontuários nos arquivos da recepção; Atendimento a mais de um paciente da mesma família.

6.4 Desenho das Operações

• GRUPO VERMELHO

Prioridade 1: Trabalho multidisciplinar dentro das Equipes de Saúde da Família pouco expressivo, especialmente na formulação de estratégias de promoção, prevenção e recuperação (nutricionista, odontóloga, fisioterapeuta, psicóloga).

- ❖ **Operação:** Promover a interação/contato entre os profissionais, uma vez que atualmente esta é fragmentada; Construir um cronograma de reuniões mensais para discutir casos de pacientes e os processos de trabalho; Realizar um levantamento de dados, problemas e necessidades em saúde a partir dos dados obtidos através das reuniões de equipe; Formular estratégias e programar ações, grupos, etc. contemplando os dados levantados nos encontros entre profissionais.
- ❖ **Resultados esperados:** Aproximação dos profissionais de saúde; Construção de fluxos assistenciais; Conhecimento do perfil populacional.
- ❖ **Produtos esperados:** Agenda preservada para os encontros mensais; Cronograma semestral das reuniões.
- ❖ **Recursos necessários:** Bom relacionamento interpessoal; Presença dos profissionais mínimos para funcionamento da equipe.

Prioridade 2: Dificuldade de entendimento por parte da população do caráter preventivo da Atenção Primária à Saúde, levando a procura por consultas de caráter curativo e emergencial, ao invés de prevenção e promoção da saúde.

- ❖ **Operação:** Orientar a população quanto ao caráter preventivo do serviço de saúde.
- ❖ **Resultados esperados:** Diminuição da demanda espontânea com queixas clínicas passíveis de prevenção.
- ❖ **Produtos esperados:** Espaço no cronograma mensal das equipes para atividades coletivas de promoção e prevenção da saúde.
- ❖ **Recursos necessários:** Financeiros para aquisição dos materiais educativos, tais como panfletos; Espaço na rádio local; ACS, recepcionista e demais profissionais aptos para orientar a população.

Prioridade 3: Deficiência da educação permanente e em saúde para todos os profissionais.

- ❖ **Operação:** Ofertar educação permanente para os profissionais do setor saúde regularmente.
- ❖ **Resultados esperados:** Motivação dos profissionais e melhoria da qualidade do serviço prestado à população.
- ❖ **Produtos esperados:** Participação dos profissionais em simpósios, seminários e outros eventos profissionais.
- ❖ **Recursos necessários:** Instalação dos canais Minas Saúde e Telessaúde; Disponibilizar computador com acesso à internet para transmissão das videoconferências.

- **GRUPO AMARELO**

Prioridade 1: Ausência de insumos para realização de procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde (teste de Schiller, coberturas, algodão, lençol) e no Laboratório de Análises Clínicas.

- ❖ **Operação:** Planejar a compra de materiais; Propor materiais alternativos para realização dos procedimentos, quando possível.
- ❖ **Resultados esperados:** Avaliar o consumo e necessidades do setor, através dos registros de solicitação semanal à farmácia local.
- ❖ **Produtos esperados:** Controle dos gastos e uso racional dos insumos.
- ❖ **Recursos necessários:** Verba disponibilizada para a compra/licitação dos insumos.

Prioridade 2: Falta de insalubridade para os profissionais da saúde.

- ❖ **Operação:** Garantir aos profissionais os direitos trabalhistas.
- ❖ **Resultados esperados:** Aumentar a satisfação profissional.
- ❖ **Produtos esperados:** Remunerar os plantões de sobreaviso dos auxiliares/técnicos de enfermagem e punir profissionais que não comparecem ao plantão; Remunerar horas extras dos profissionais de saúde; Definir planos de carreiras (com definição de indicadores de produtividade, bonificação por capacitação profissional) e bonificação para avaliação e incentivo a melhores resultados.

- ❖ **Recursos necessários:** Informação sobre a legislação trabalhista; Interesse da administração pública.

Prioridade 3: Ausência de Comitês de Saúde atuantes.

- ❖ **Operação:** Criar Comitês de Saúde com profissionais interessados em melhorar as condições de saúde da população.
- ❖ **Resultados esperados:** Cronograma permanente de reuniões.
- ❖ **Produtos esperados:** Propostas concretas com a participação da comunidade para a saúde do município; Decisão compartilhada dos investimentos no setor.
- ❖ **Recursos necessários:** Profissionais interessados em participar dos Comitês; Divulgar na rádio local sobre a participação social; Apoio do poder público.

- **GRUPO VERDE**

Prioridade 1: Eventual falta de medicamentos.

- ❖ **Operação:** Planejar a compra dos medicamentos; Propor alternativas para tratamentos, quando possível, valendo-se das medicações disponíveis na farmácia local.
- ❖ **Resultados esperados:** Reduzir o tempo entre a requisição e realização da licitação, a partir da cooperação entre os setores e solicitação de orçamentos; Agilidade nos processos burocráticos da administração pública; Continuidade dos trabalhos intersetoriais para o sucesso das requisições.
- ❖ **Produtos esperados:** Controle geral de estoque e cadastro de usuários; Aquisição de medicamentos sem processo licitatório no valor máximo de 8 mil reais;
- ❖ **Recursos necessários:** Verba disponibilizada para a compra/licitação dos insumos.

Prioridade 2: Necessidade de realização de ações educativas coletivas, por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

- ❖ **Operação:** Capacitar os profissionais a realizar ações educativas.
- ❖ **Resultados esperados:** Profissionais estimulados na realização das atividades coletivas.

- ❖ **Produtos esperados:** Grupos diversificados e contínuos de ações educativas coletivas.
- ❖ **Recursos necessários:** Parcerias com instituições de ensino; Recursos materiais permanentes (computador, data show); Disponibilização de lanches para os participantes dos grupos.

Prioridade 3: Ausência de anotação das triagens realizadas no prontuário do paciente.

- ❖ **Operação:** Modificar o processo de trabalho da equipe de enfermagem.
- ❖ **Resultados esperados:** Aumentar os registros dos enfermeiros diante das triagens, em prontuário dos pacientes.
- ❖ **Produtos esperados:** Organização dos prontuários com preenchimento completo e adequado do cabeçalho; Sequência numérica dos prontuários em arquivo coincidente com os registros de cadastramento das famílias; Valorização do registro da assistência prestada e compreensão do respaldo legal por parte dos enfermeiros.
- ❖ **Recursos necessários:** Organizacional, por parte das Agentes Comunitárias de Saúde e recepcionista da unidade para manutenção dos prontuários; Motivacional, por parte dos enfermeiros, para continuidade dos registros das triagens.

6.5 Elaboração do Plano Operativo

Em sequência, foi avaliada a viabilidade de cada operação, a partir dos atores designados e motivados a realizar cada ação e os prazos acordados, conforme exposto a seguir.

• GRUPO VERMELHO

Prioridade 1

Operação: Promover a interação/contato entre os profissionais, uma vez que atualmente esta é fragmentada; Construir um cronograma de reuniões mensais para discutir casos de pacientes e os processos de trabalho; Realizar um levantamento de dados, problemas e necessidades em saúde a partir dos dados obtidos através

das reuniões de equipe; Formular estratégias e programar ações, grupos, etc. contemplando os dados levantados nos encontros entre profissionais.

❖ **Atores:** Todos os profissionais de saúde; Diretoria de Saúde.

❖ **Prazos:** Mensal, com avaliação semestral.

Prioridade 2

Operação: Orientar a população quanto ao caráter preventivo do serviço de saúde.

❖ **Atores:** Todos os profissionais da UBS e do setor saúde e educação.

❖ **Prazos:** Permanente.

Prioridade 3

Operação: Ofertar educação permanente para os profissionais do setor saúde regularmente.

❖ **Atores:** Diretoria de Saúde e parcerias com instituições de ensino.

❖ **Prazos:** Elaborar projeto e apresentar em quatro meses, com início em oito meses.

• GRUPO AMARELO

Prioridade 1

Operação: Planejar a compra de materiais; Propor materiais alternativos para realização dos procedimentos, quando possível.

❖ **Atores:** Diretoria de Saúde, Farmacêutica, Chefe de Seção de Compras.

❖ **Prazos:** Apresentar orçamentos e requisição anualmente em fevereiro, Realizar licitação ou compra direta anualmente em abril, ou em caráter de urgência, quando se fizer necessário.

Prioridade 2

Operação: Garantir aos profissionais os direitos trabalhistas.

❖ **Atores:** Diretoria de Saúde, Recursos Humanos e Gabinete do Prefeito.

❖ **Prazos:** Apresentar Plano de Carreiras e Projeto de Insalubridade em quatro meses e início em oito meses.

Prioridade 3

Operação: Criar Comitês de Saúde com profissionais interessados em melhorar as condições de saúde da população.

❖ **Atores:** Diretoria de Saúde, rádio local, Diretoria de Educação e parceiros dos demais setores.

- ❖ **Prazos:** Divulgar os interessados em participar das eleições de composição do Comitê em dois meses juntamente com o planejamento das reuniões regulares.

- **GRUPO VERDE**

Prioridade 1

Operação: Planejar a compra dos medicamentos; Propor alternativas para tratamentos, quando possível, de medicações disponíveis na farmácia local.

- ❖ **Atores:** Diretoria de Saúde, Farmacêutica, Chefe de Seção de Compras.
- ❖ **Prazos:** Apresentar orçamentos e requisição anualmente em fevereiro, Realizar licitação ou compra direta anualmente em abril, ou em caráter de urgência, quando se fizer necessário.

Prioridade 2

Operação: Capacitar os profissionais a realizar ações educativas.

- ❖ **Atores:** Diretoria de Saúde e parcerias com instituições de ensino.
- ❖ **Prazos:** Elaborar projeto e apresentar em quatro meses e início em oito meses.

Prioridade 3

Operação: Modificar o processo de trabalho da equipe de enfermagem.

- ❖ **Atores:** Equipe de Enfermagem, COREN-MG e Diretoria de Saúde.
- ❖ **Prazos:** Início em três meses.

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

O planejamento e a avaliação em saúde apoiam-se na coerência entre a autonomia do julgamento dos atores envolvidos no processo e a expectativa de conseguir acordos na elaboração de projetos de intervenção. Segundo Feliciano (2010, p.223-224), “dos envolvidos na rede de negociações são requeridas habilidades comunicativas e uma capacidade de reflexão que qualifique a mediação de compromissos sobre a melhor forma de agir”.

A avaliação deve ser incluída como preocupação cotidiana na Estratégia de Saúde da Família, com destaque para o compromisso dessa estratégia com a participação social com o intuito de identificar as necessidades, programar e avaliar as ações propostas com base na realidade local (FELICIANO, 2010).

Alguns aprofundamentos podem ser obtidos a partir de investigações durante e após o processo de elaboração e execução do plano operativo, como destacam Rivera e Artmann (1999, p.365):

Desenvolvimento de habilidades de liderança e de negociação, que configuram junto com o trabalho cultural o campo do que denominamos gestão pela escuta; [...]; Possibilidades de diálogo entre o planejamento situacional e os enfoques da administração estratégica [...]; O resgate da subjetividade no campo da gestão, em processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão.

A postura dialógica, quando adotada pelo trabalhador, repercute em benefícios para o mesmo e para a comunidade, através do intercâmbio entre eles e a atuação em parceria na busca por melhorias e qualidade de vida (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

A construção coletiva, além de buscar planejar e estabelecer metas constitui-se num repensar das ações de saúde, do cuidado e ensino. Mobilizar as pessoas para a participação da identificação e planejamento de ações prioritárias em saúde no município de Congonhas do Norte foi importante, no sentido de que foi possível compartilhar responsabilidades, mas principalmente, compartilhar um olhar para o serviço e população local.

Em consonância com Campos e Wendhausen (2007) acredita-se ser importante que os trabalhadores da equipe estejam realmente comprometidos com a

comunidade e acreditem no diálogo e na participação como estratégias na busca do crescimento e desenvolvimento da comunidade com a qual trabalham.

Para Pessanha e Cunha (2009, p.234):

O SUS encontra, ainda hoje, múltiplos obstáculos para sua efetividade. Encontramos “nós” na macropolítica em saúde, que vão desde a falta de recursos financeiros passando pela deficiente intersetorialidade, até a carência de profissionais aptos a trabalhar com a concepção de saúde ampliada. Estas dificuldades implicam em baixa virtude de produzir efeitos nas ações e serviços públicos de saúde; no descrédito da população usuária que não percebe melhorias em sua qualidade de vida e na insatisfação e frustração dos trabalhadores de saúde.

Em função disso, vêm sendo discutidos, formulados e implementados, mecanismos e estratégias político-organizativas, atreladas com princípios de inovação no campo da educação e no processo ensino-aprendizagem, com o intuito de qualificar os profissionais de saúde, tornando-os comprometidos com as demandas atuais do sistema de saúde e com o desenvolvimento da ESF no espaço do SUS, conforme afirma Marsiglia (2004) citado por Costa e Miranda (2008).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Estratégico é um instrumento de grande importância para a qualificação do trabalho em saúde, permitindo a potencialização de esforços para a melhoria do cuidado ao usuário e organização do processo de trabalho em saúde. Ele permite à Equipe de Saúde da Família o aperfeiçoamento do serviço prestado, através da otimização do tempo para atender não somente à demanda da população, mas também a do serviço, a fim de identificar melhorias a serem alcançadas e novos caminhos para a saúde.

A união da prática com a reflexão proporcionada pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família permite um aprendizado não somente tecnicista, mas também oferece experiências únicas e grandiosas para a formação profissional. Considero importante a continuidade das reflexões direcionadas ao longo do curso e a associação à realidade trabalhada, para dar seguimento aos avanços já alcançados, além de permitir melhorias para a Atenção Básica do município.

A realização do Diagnóstico Situacional foi importante para a análise das variáveis da situação-problema, sendo possível palpar os meios disponíveis a serem utilizados para atingir os objetivos e direcionar as ações. O desenvolvimento do planejamento e execução do plano traçado demandam esforços e dedicação por parte de todos os atores, e permite aprimorar o funcionamento da unidade e da assistência.

As atividades realizadas abriram espaço para a reflexão e modificação de algumas práticas no serviço de saúde. Como perspectivas, é considerado importante o estímulo proporcionado pela atuação profissional ao desenvolvimento de atividades multiprofissionais e a necessidade de continuidade destas.

A implantação do Plano de Ação permitiu uma melhor visualização dos problemas dificultadores no bom andamento do serviço, sendo o envolvimento de todos os atores de extrema importância para modificar o cenário de Congonhas do Norte e organizar o processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde.

Muito se discute quanto ao detrimento da assistência em prol das atividades administrativas, citadas como menos importantes e responsáveis por ocupar o tempo do profissional enfermeiro em quase sua totalidade. Porém, através do

diagnóstico realizado, é possível perceber que sua utilização pode acarretar em melhor distribuição das tarefas durante o turno de trabalho, organização das atividades a serem desenvolvidas, envolvimento da equipe e melhoria da qualidade da assistência prestada. Portanto, o foco no usuário e no cuidado estará à frente ou por trás de toda e qualquer ação do enfermeiro, bastando para isso ampliar a visão e ultrapassar muros supostamente impossíveis de serem transpostos.

Por fim, seguem algumas pontuações referentes a este trabalho:

- ❖ A gestão do trabalho deve ser orientada através da participação coletiva e responsabilização dos atores envolvidos no estabelecimento de metas e planos de ação;
- ❖ O aprender e o ensinar quando incorporados ao cotidiano da instituição e ao trabalho, visam à transformação das práticas profissionais e dos processos organizacionais do serviço;
- ❖ O empoderamento dos atores sociais envolvidos implica em ampliação do controle sobre as práticas em saúde, através da participação, na busca de transformações na realidade social e política;
- ❖ O PES ressaltou o compromisso com uma assistência de excelência, através dos olhares que se voltaram para as relações, o cotidiano e o repensar sobre o cuidar;
- ❖ A sensibilização dos gestores é fundamental em qualquer tipo de mudança;
- ❖ Proporcionou-se, conforme estabelecido como objetivo, um espaço para compartilhar saberes e experiências, de promover a valorização de potencialidades individuais e coletivas entre os participantes.

REFERÊNCIAS

BAULI, J. D.; MATSUDA, M. L. Diagnóstico situacional do serviço de enfermagem de hospital de ensino sob a ótica dos profissionais de nível médio. **Revista de administração em saúde**, Maringá v. 11, nº 43, 2009. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=212&p_nanexo=%20104>. Acesso em: 14 Jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. A implantação da Unidade de Saúde da Família. 2 ed. Brasília: 2000. 36p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União [DOU]**, Brasília, DF, 20 de Setembro de 1990. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>>. Acesso em: 23 Jan. 2014.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – **DATASUS** [online], 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?bolsa/cnv/acomp_mg.def>. Acesso em: 28 Fev. 2014.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – **DATASUS** [online]. **População residente segundo município Congonhas do Norte**, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>>. Acesso em: 14 Jul. 2012.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – **DATASUS** [online], Banco de dados sobre Natalidade – SINASC, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>>. Acesso em: 01 Jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 26 Jun. 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2010. 118p.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, Jun 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Mai. 2014.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul. 2014.

COSTA, R.K.S; MIRANDA, F.A.N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul. 2014.

COSTA, C.; ROCHA, G.; ARCÚCIO, M. **A Entrevista**. 2004. 23 f. (Mestrado em Educação) - Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2005. Disponível em: <<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/entrevistat2.pdf>>. Acesso em: 11 Mai. 2012.

FELICIANO, K.V.O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 5, supl. 1, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun. 2014.

FELICIANO, K.V.O. Aspectos da comunicação nas práticas avaliativas na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun. 2014.

FELISBERTO, E. *et al.* Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul. 2014.

FELISBERTO, E. *et al.* Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 9, n. 3, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul. 2014.

FELISBERTO, E. *et al.* Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul. 2014.

FIOCRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [online]. Fiocruz. 2 ed – Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>>. Acesso em: 19 Jun. 2013.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1999, p. 345-353. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2 /0319.pdf>>. Acesso em: 4 Dez. 2013.

GELBCKE, F. *et al.* Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2014.

GOMES, K.O. *et al.* Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul 2014.

LANZONI, G.M.M. *et al.* Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a23.pdf>>. Acesso em: 08 Jul. 2014.

LIMA-COSTA, M.F.; TURCI, M.A; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, Jul 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun. 2013.

MEDEIROS, A.C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul. 2014.

MOREIRA, M.I.G.B. **Diagnóstico em Saúde como Instrumento do Programa de Saúde da Família – possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição de sujeitos?** Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2001. 230p.: Il. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17042005-220527/ptbr.php>>. Acesso em: 10 Mai. 2012.

OLIVEIRA, S.R.G; WENDHAUSEN, A.L.P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul. 2014.

PESSANHA, R.V.; CUNHA, F.T.S.A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0702009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul. 2014

PROENÇA, W. L. Observação Participante. **Revista Antropos**, maio/2008. v.2, ano 1, p. 15-19. Disponível em: <<http://revista.antropos.com.br/downloads/artigo%202%20200%20m%e9todo%20da%20observa%e7%e3o%20participante%20%20Wander%20d%20Lara%20Proen%e7a.pdf>>. Acesso em: 10 Jun. 2012.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jun. 2013.

SARTI, T.D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul. 2014.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun. 2014.

SILVA, J.M; CALDEIRA, A.P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul 2014.

TAMAKI, E. M. *et al.* A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, supl. 1, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul. 2014.

TONINI, N. S.; KANTORSKI, L. P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2007. v.28, n.1, p.126-32. Disponível em: <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:TbjyFKBzfMgJ:scholar.google.com/+Diagn%C3%B3stico+situacional+de+sa%C3%BAde&hl=ptBR&as_sdt=0&as_vis=1>. Acesso em: 10 Mai. 2012.