

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

**FABIOLA DE CASTRO NEVES**

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: A EXPERIENCIA DE  
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARMO DE MINAS - MG**

**CARMO DE MINAS / MINAS GERAIS**

**2010**

**FABIOLA DE CASTRO NEVES**

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: A EXPERIENCIA DE  
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARMO DEMINAS - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

**Orientadora:** Maria Terezinha Gariglio

**CARMO DE MINAS / MINAS GERAIS**

**2010**

## AGRADECIMENTOS

À Deus por iluminar meus caminhos;

À minha mãe Fátima e meu namorado Giulliano que sempre me incentivaram e souberam compreender meus momentos de ausência;

Aos amigos da equipe do PSF III que compartilharam comigo este momento de crescimento e muito contribuíram para este trabalho;

À Maria Terezinha, minha orientadora, pelo apoio e disponibilidade.

Aos amigos da Pós Graduação pela amizade

Às tutoras do CEABSF

Meu muito obrigado!

**“Ganho liberdade à medida que penso e enumero possibilidades futuras, porque me liberto da cegueira ou da prisão de não saber que posso escolher ou, pelo menos, tentar escolher”.**

**Carlos Matus**

# **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CARMO DE MINAS – MG**

Fabiola de Castro Neves

**Orientadora:** Maria Terezinha Gariglio

Neves, Fabiola Castro. **Planejamento Estratégico Situacional: A Experiência de Uma Unidade Básica de Saúde de Carmo de Minas – MG** 2009. 39p. Monografia [conclusão de especialização em atenção básica em saúde da família]- NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo horizonte, 2009.

## **RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo abordar o planejamento em saúde como ferramenta de transformação das ações e reorganização do processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família - ESF. Para tanto, faz-se uma discussão do Planejamento em Saúde tendo como base a experiência com o Planejamento Estratégico Situacional de uma ESF do município de Carmo de Minas. O trabalho contempla inicialmente, uma breve explanação sobre o Programa de Saúde da Família como proposta para reorganização do modelo assistencial. Em seguida, faz-se uma aproximação com a realidade local onde a experiência do planejamento estratégico foi implementada. Buscou-se a revisão bibliográfica sobre o desenvolvimento histórico-conceitual do planejamento em saúde e sobre o Planejamento Estratégico Situacional com ênfase em Carlos Matus. O Planejamento foi visto como importante ferramenta de gestão para resolução de problemas de saúde no âmbito do Programa de Saúde da Família capaz de estimular a motivação dos profissionais em modificar situações de saúde indesejadas, promover maior integração entre os atores envolvidos e atribuir maior capacidade de governo aos profissionais através da apropriação de novos conhecimentos.

**Palavras-chaves:** Planejamento em saúde, Planejamento Estratégico Situacional, Processo de trabalho, Programa de Saúde da Família

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>CEABSF</b>	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>TGA</b>	Teoria Geral da Administração
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>CENDES</b>	Centro de Estudos para o Desenvolvimento econômico e Saúde
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional
<b>VDP</b>	Vetor de Descrição de um Problema
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Priorização dos problemas levantados- média das pontuações dos participantes.

**Tabela 2:** Descritores do problema selecionado

**Tabela 3:** Definição dos Nós Críticos

**Tabela 4:** Desenho das operações

**Tabela 5:** Análise da viabilidade do plano

**Tabela 6:** Definição das operações estratégicas – Plano operativo

**Tabela 7:** Planilha para acompanhamento de projetos

**Tabela 8:** Planilha de acompanhamento e avaliação dos resultados

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2. INTRODUÇÃO: .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Desenvolvimento Histórico-Conceitual do Planejamento em Saúde. ....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Planejamento Estratégico Situacional – PES. ....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 O Processo de Trabalho em Saúde orientado pelo Planejamento Estratégico. ....</b>	<b>18</b>
<b>3. Relato da Experiência local com Planejamento em Saúde.....</b>	<b>20</b>
<b>4. Considerações Finais.....</b>	<b>33</b>
<b>5. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>35</b>

### **ANEXOS:**

**Anexo A: Fluxograma Situacional**



## **1. APRESENTAÇÃO:**

O presente trabalho aborda o planejamento em saúde como instrumento para a gestão e reorganização do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família – ESF III - do interior do estado de Minas Gerais. As questões aqui pontuadas são alguns dos problemas enfrentados no dia a dia do serviço local e representa o desafio do entendimento da problemática que envolve a organização dos serviços como forma de fornecer ferramentas operacionais para o desenvolvimento de projetos e planos de ação para a resolução de problemas estratégicos que resultem num impacto positivo na qualidade de vida da comunidade.

Nesse sentido, estudar as causas que levam ao desempenho inadequado das ações da Estratégia de Saúde da Família, poderá contribuir para a resolução das dificuldades apresentadas e resultar na melhora da efetividade do atendimento através da implantação de instrumentos gerenciais que promovam uma sistematização dos processos de trabalho. Desta forma, o planejamento Estratégico situacional é abordado como instrumento de discussão deste processo.

O recorte que aqui se faz sobre a temática do planejamento em saúde é a discussão feita entre a experiência local com planejamento em saúde da ESF III do município de Carmo de Minas e os referenciais teóricos sobre o tema.

Através do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF)/NESCON/UFMG/UAB, cursado pela enfermeira da equipe iniciou-se um processo de mudanças na equipe que abrangeu os demais profissionais através do envolvimento nas atividades do curso. Assim, através do módulo 3 “Planejamento e avaliações das ações de saúde” foi possível começar uma discussão sobre o planejamento das ações desenvolvidas pela equipe.

Adotou-se como fio condutor deste trabalho a própria experiência da autora na qualidade de profissional de saúde a quatro anos atuando nesta Unidade Básica - PSF- e também as construções e observações realizadas durante o CEABSF através da revisão do Portfólio construído ao longo deste.

Este estudo foi estimulado pela percepção das mudanças potenciais que o planejamento em saúde pode trazer para a gestão local, pela necessidade de se pensar as práticas de saúde e por entender o planejamento como ordenador do processo de trabalho. Tem como objetivo, argumentar sobre o planejamento em saúde e sua aplicação na atenção básica e discutir o planejamento estratégico situacional como possibilidade de mudanças no processo de trabalho das equipes.

## 2. INTRODUÇÃO:

A Estratégia de Saúde da Família - ESF – surgiu como alternativa para reorganização da oferta de serviços de saúde e como reorientação do modelo assistencial vigente, predominantemente hospitalocêntrico e curativo. (BRASIL, 1998). Nas conclusões de Rosa e Labate (2005) o PSF tem potencialidades como estratégia para mudança do modelo assistencial, porém é preciso conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria entre PSF, Família e Comunidade.

A principal mudança que vem atrelada à proposta de inversão do modelo está no foco da atenção, que deixa de ser individual para ser também coletiva, social e com base na família. Para Brasil (1998):

“Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de Atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.”

A compreensão deste processo dinâmico de saúde–doença com ênfase para os determinantes sociais da saúde e ainda da complexidade que envolve as organizações de saúde, remete à necessidade de um enfoque metodológico de planejamento adaptado a esta especificidade para que as intervenções propostas atinjam os principais e reais problemas de saúde das populações. Na Estratégia de Saúde da Família a própria equipe tem a responsabilidade de administrar seu processo de trabalho. Neste modelo de organização é necessário que a equipe tenha competência gerencial, técnica e política. Desta forma, se faz imprescindível a discussão de um modelo de gestão que forneça a essas equipes instrumentos potentes para gerenciarem seu dia-a-dia. (FARIA et al, 2008)

Nas definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) as equipes de saúde da família têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita. Para atingir tais objetivos, requer-se entre outras ações, abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho e compartilhamento do processo decisório. Desta forma, analisaremos o processo de trabalho da equipe de saúde da família sob a perspectiva do Planejamento Estratégico Situacional por julgar o mais adequado ao atendimento

de tais objetivos e se tratar de um método abrangente aplicável a situações diversas. Segundo Rivera & Artmam (1999):

“O caráter totalizador e rigoroso da explicação situacional facilita a escolha de operações de caráter transversal ou horizontal, que transcendem setores, departamentos e unidades e, nesta medida, o planejamento situacional favorece a integração horizontal, sob a forma de uma estrutura matricial por projetos. A horizontalização pode ser entendida aqui como sinônimo de descentralização e de criatividade, de tratamento multidisciplinar.”

Para uma melhor aproximação com o lócus desta pesquisa, faz-se uma breve descrição local do município e da equipe de saúde. Carmo de Minas é uma cidade de 13.657 habitantes e uma área territorial de 323 Km<sup>2</sup>, situada no sul de Minas Gerais, tendo uma grande extensão territorial rural. Tem como principal atividade econômica a agricultura cafeeira e a criação de gado. Grande parte da população sobrevive do trabalho temporário gerado na época da colheita do café. Entre outras fontes empregadoras estão as pequenas fábricas instaladas no município, o comércio local e a prefeitura. Na área da saúde, o município é 100% coberto pelo Programa de Saúde da Família através de cinco equipes. Possui um centro de saúde que concentra a imunização do município e as especialidades de ginecologia, pediatria, cardiologia, e clínica geral; um hospital de pequeno porte, porém de pouca resolutividade, e uma unidade da APAE que conta com médicos especialistas. Destaca-se ainda que o município não possui consultórios e clínicas de atendimento médico particular. O município referencia exames diagnósticos e especialidades através do consórcio intermunicipal de saúde. A Equipe de Saúde da Família -PSF III- abrange 727 famílias que perfazem um total de 2.682 pessoas. A composição da equipe está constituída por uma Médica, uma Enfermeira, uma Técnica de enfermagem, uma Dentista, uma auxiliar de consultório dentário, uma Técnica de higiene Bucal e cinco Agentes Comunitários de Saúde.

O que se observa primariamente é que o processo de trabalho das equipes de saúde da família está muitas vezes centrado no atendimento à demanda dos pacientes e na execução de alguns programas e ações de saúde pré-definidos. Raramente as ações são planejadas ou baseadas em informações sistematizadas. Não se observa uma avaliação sistemática daquilo que está sendo feito e de seus resultados. As ações são fragmentadas e pouco resolutivas. O planejamento cotidiano, na maioria das vezes, é feito de forma intuitiva ou pouco sistematizada, reproduzindo práticas sem que estas sejam avaliadas e reorganizadas, o que se convencionou chamar de “apagar incêndios”.

Para Paim (2006, p. 767):

“No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade [do planejamento] torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.”

Entendendo que a atenção primária utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade e deve resolver os problemas de saúde de maior e relevância das populações (CONASS, 2004), é necessário adotar métodos de planejamento para que tais objetivos sejam alcançados.

O Planejamento em saúde é uma das principais ferramentas no desafio da implementação do SUS e no fortalecimento da atenção básica, sendo um instrumento capaz de identificar os principais problemas de saúde de nossas comunidades e possibilitar a definição de intervenções eficientes e eficazes. “Neste quadro, o planejamento no setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS”. (BRASIL, 2009).

O Planejamento permite determinar os objetivos a serem alcançados e as ações a serem desenvolvidas no plano de ação. É a elaboração, por etapas, de ações e programas com objetivos definidos. É a preparação para qualquer tipo de ação ou atividade, seguindo métodos determinados. Nas palavras de Matus “O Planejamento é um cálculo que precede e preside a ação. Significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método, explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens”. (MATUS, 1993; 1996). Vilasbôas e Paim (2008) ainda definem o planejamento como sendo um meio para desenhar, organizar e acompanhar a execução de proposições destinadas a operacionalizar decisões institucionais. Merhy (1995) aponta ainda três modos de ser do planejamento: O planejamento como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações; como prática social transformadora e como método de ação governamental.

No que se refere aos instrumentos de planejamento, existem distintos modelos e métodos que variam desde aqueles que só contemplam a simples projeção de tendências, até modelos complexos, com fundamento em diferentes marcos teóricos e conceituais, que propõem uma visão mais elaborada da situação problematizada, levando em consideração as variáveis externas ao problema, as

visões e proposições dos diferentes atores sociais envolvidos e do planejamento em particular.

O Planejamento é abordado aqui na vertente do *Planejamento Estratégico Situacional* e o processo de trabalho da equipe de saúde da família é discutido através do triângulo de governo desenvolvido por Carlos Matus.

O Planejamento Estratégico Situacional foi desenvolvido por Carlos Matus, quando este era ministro da economia do Chile do governo Salvador Allende no período de 1970-73, surgindo assim em um âmbito mais geral do planejamento econômico-social. Porém, este método vem sendo utilizado e adaptado em diversas áreas. Para Matus (1985) o planejamento é um método de governo, sendo que o governo se refere ao comando de um processo, não apenas do Estado, mas também de um ministério, sindicato ou unidade de saúde, por exemplo.

## 2.1 Desenvolvimento Histórico-Conceitual do Planejamento em Saúde

Segundo Giovanella (1991) o planejamento foi introduzido na América Latina, na década de 40 sob a prerrogativa de ser um instrumento para o alcance do desenvolvimento e crescimento econômico. Logo, era concebido inicialmente para o campo da economia, porém foi sendo ampliado progressivamente para os setores sociais.

A relação entre os serviços de saúde e a área de administração já se mostrava entrelaçada antes mesmo da década de 60 por modelos de gestão organizacional vindos da Teoria Geral da Administração (TGA), porém para a América Latina é na década de 60 que se inicia a construção de uma metodologia de planejamento própria para o setor saúde. (MERHY,1995).

Rivera (1992) esclarece que a evolução histórico-conceitual pela qual passa o planejamento da saúde na América Latina, progride de um enfoque normativo (tradicional) para um enfoque estratégico.

O enfoque normativo funda-se no método Cendes-OPAS que nasceu dos esforços de organizações internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e das instituições venezuelanas de estudo e formação de recursos humanos como o Cendes (Centro de Estudos para o Desenvolvimento econômico e Saúde) que desenvolvia pesquisas e cursos de formação na área da economia e saúde (MERHY,1995). Este método constitui-se na programação sanitária, onde o desenvolvimento de métodos e técnicas de programação social impunham mudanças racionalmente planejadas como alternativa para a crise social. (LANA & GOMES, 1996).

O método Cendes-OPAS teve Mario Testa como um de seus idealizadores, sendo publicado em 1965 sob o título de *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*. Este método constituiu-se em uma proposta tecnocrática, um método normativo e economicista, onde a norma e o estabelecimento de prioridades tem como fundamento principal a relação custo/benefício. (GIOVANELLA, 1991)

Matus aponta para o fracasso do planejamento tradicional/normativo, por ser um tipo de planejamento que ignora todos os atores do processo social, tem um viés autoritário e tecnocrático, além de restringir-se ao econômico, com poucas projeções para o social. (HUERTAS, 1996)

Não só Carlos Matus, como também outros autores pontuam a fragilidade da metodologia do método Cendes-OPAS como Francisco Rivera e mais tarde o próprio

Mário Testa, tanto em relação a seus princípios básicos, quanto aos poucos resultados que revela.

O enfoque estratégico surge a partir do questionamento à prática do planejamento normativo. De acordo com Lana e Gomes (1996) e Giovanella (1991) existem três tendências de planejamento que se contrapõem ao planejamento normativo: Enfoque Estratégico da Programação em Saúde: formulação feita pela escola de Saúde Pública de Medellín, 1975; Pensamento Estratégico de Mário Teta, 1981; e o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, 1982.

Estas três vertentes possuem como ponto comum a ação estratégica e sua crítica ao modelo normativo de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade, admitindo a impossibilidade de contar-se com um plano pré-estabelecido que dê conta de todas as condições do real, devido a complexidade dos processos sociais. (GIOVANELLA, 1991) Este estudo não pretende abordar e comparar cada uma destas tendências, mas opta-se pelo enfoque dado ao método do Planejamento Estratégico Situacional, tomando-o como referência para a discussão de um planejamento local em saúde.

Ainda em Merhy (1995) é possível apontar quatro caminhos para o planejamento em saúde no Brasil: ação programática em saúde, vigilância em saúde, planejamento comunicativo e a gestão estratégica em saúde que segundo o mesmo autor são "caminhos que têm algo em comum, uma vez que reconhecem um clima de crise na forma atual de organizar o setor saúde e a necessidade de reformar suas práticas".

## 2.2 O Planejamento Estratégico Situacional – PES

O Planejamento Estratégico Situacional, embora seja influenciado pelo trabalho de outros autores como Ackoff (1974) e Mason & Mitroff (1981), tem em Carlos Matus seu grande mentor intelectual e maior entusiasta. (RIEG & ARAUJO FILHO. 2002).

O PES é um método de planejamento criado pelo economista chileno Carlos Matus, com início de desenvolvimento nos anos 70. Tem a tentativa de reconhecimento da complexidade ao colocar a questão da superioridade do político sobre o econômico e da possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais. (RIVERA & ARTMANN, 1999).

Segundo Artmann (2000) o PES é um método de planejamento por problemas e embora, possa se partir de setores específicos, os problemas são sempre abordados em suas multidimensões (política, econômica, social, cultural, etc.).

O processo de planejamento estratégico situacional é concebido por Matus através de quatro momentos não-sequenciais, simultâneos e em constante processo e por isso não devem ser confundidos com etapas.

O momento explicativo busca explicar a realidade. A explicação dos problemas é feita a partir do conceito de situação e não de diagnóstico como faz o planejamento normativo. Para o autor, há uma grade diferença entre diagnóstico e situação. O diagnóstico reduz-se a uma explicação única enquanto a análise situacional obriga a diferenciar as explicações, considerando que cada ator tem diferentes interpretações da realidade.

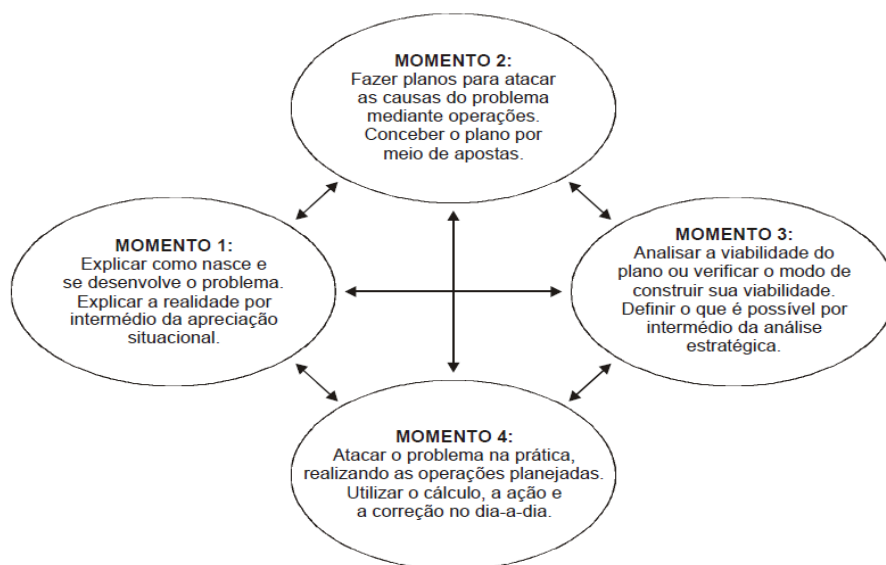
O momento normativo trata do modo como se formula o plano, onde se busca soluções para os problemas identificados. Segundo o autor, tem como objetivo produzir as respostas de ação em um contexto de incerteza e surpresas. Para Matus o conceito de Plano “é o produto momentâneo do processo pelo qual um ator seleciona uma cadeia de ações para alcançar seus objetivos” (MATUS, 1991).

O momento estratégico procura examinar a viabilidade política do plano e a construção desta viabilidade. Seu propósito é formular propostas estratégicas.

O momento tático-operacional pode ser definido citando as palavras do autor: “Trata da ação com o suporte do plano. Tem a finalidade de criar um processo contínuo, sem rupturas, entre os três momentos anteriores e a ação diária”. (HUERTAS, 1996). Ainda neste momento está presente a avaliação do plano que pode ser recalculado de acordo com as circunstâncias.

A seguir mostra-se um modelo esquemático destes quatro momentos, desenvolvido por Rieg & Araújo Filho (2002):





**Figura 1 – Os quatro momentos do PES.**

Um dos sistemas operacionais do Planejamento Estratégico Situacional é o Triângulo de Governo de Matus onde três variáveis interdependentes constituem um sistema triangular. (MATUS, 1996). (Figura 2)

O Projeto de governo consiste no plano que uma equipe elabora e pretende realizar. Neste sentido “o projeto de governo refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se a realizar para alcançar seus objetivos.” (MATUS, 1996. p.51). A governabilidade é uma relação entre o peso das variáveis que uma ator controla e as que não controla. Quanto maior o número de variáveis decisivas que um ator controla, maior é a sua liberdade de ação e maior é, para ele, a governabilidade do sistema. Já a capacidade de governo é uma capacidade de condução ou de direção e refere-se ao conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades. Diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos de uma equipe para implementar o plano. (MATUS 1996).



**Figura 2 – Triângulo de Governo de Matus**

### **2.3 O Processo de Trabalho em Saúde orientado pelo Planejamento Estratégico.**

O processo de trabalho é o modo que desenvolvemos nossas atividades profissionais. Nossa atuação profissional está orientada por concepções e modos de agir, ou seja, a atuação se faz a partir de modelos. Porém, muitas vezes, não refletimos sobre nossas ações, seguimos realizando nossas atividades diárias de forma automática e improvisada guiados pela intuição e pelo improviso.

O que se observa nas equipes de saúde da família é certa insatisfação dos profissionais em relação às expectativas do programa e seus resultados. Almeja-se trabalhar a prevenção, a educação em saúde, os grupos operacionais, mas o que vemos na prática são estas atividades abafadas pela demanda, pelos trabalhos burocráticos e pela pressão por atendimento. Neste sentido Fertoni (2003), observa em seu estudo sobre o trabalho de equipes do PSF de Maringá, que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo; que o trabalho dos profissionais envolvidos está baseado na execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência.

Diante desta realidade impera a necessidade da adoção de instrumentos que levem à organização do processo de trabalho com ênfase em resultados, e ainda contribua para ruptura do modelo de reprodução de práticas institucionais não sistematizadas. O desejo de agir dos profissionais pode ser fomentado pelo planejamento. De acordo com Matus (1996), “o planejamento não é mais que a tentativa de viabilizar a intenção que o homem tem de governar o próprio futuro; de impor às circunstâncias a força da razão humana”.

O processo de trabalho vem sendo considerado como o componente fundamental sobre o qual a gerência deveria atuar se desejasse produzir mudanças (CAMPOS, 1992, 1994; MERHY, 1997). Em Faria (2008), encontramos a percepção desta necessidade quando o autor coloca que no caso do setor saúde, apresentam-se, cotidianamente, situações de grande complexidade, envolvendo uma diversidade de relações e uma forte pressão por resultados. Lidar com as demandas e as necessidades de indivíduos, famílias e comunidades requer, entre outras questões, instrumentos também complexos, para que façamos intervenções e avaliações adequadas.

A organização do processo de trabalho em saúde da família é determinante para a eficácia e eficiência dos serviços. O trabalho em equipe, envolvendo múltiplos saberes entre os diversos profissionais sendo local privilegiado para se desenvolver o planejamento em saúde. Para Pires (2000. p.91):

“É preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde”

O Planejamento em saúde inserido na Estratégia de Saúde da Família contribui para o diálogo entre a equipe, permite avaliar o problema sob os diversos olhares dos diferentes profissionais e, sobretudo promove a motivação dos envolvidos para a ação. O grande diferencial do planejamento estratégico seria destacar a importância do diálogo. Nesta interpretação o planejamento estratégico de Matus surge como a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, como a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política (RIVERA & ARTMANN. 1999).

Adotar o planejamento, envolvendo todos os profissionais da ESF impulsiona para ação, motiva e tira a alienação imposta pelo “sempre foi assim”; além de retirar da inércia tantas possibilidades travadas pelas dificuldades encontradas no dia a dia do serviço. Justifica esta posição citando-se a visão quase poética de Matus (1996, p. 18) sobre o planejamento como *ferramenta de liberdade*:

“Ganho liberdade à medida que penso e enumero possibilidades futuras, porque me liberto da cegueira ou da prisão de não saber que posso escolher ou, pelo menos, tentar escolher. Em contrapartida, se estiver inconscientemente dominado pela única possibilidade que hoje o presente permite-me ver, este caminho passará ser o único possível e imaginável. No primeiro caso sou capaz de criar meu futuro; no segundo, aceito com resignação e passividade o que o destino me oferecer.”

Organizar o processo de trabalho de uma equipe de saúde da família requer planejamento. O processo de trabalho precisa ser pensado e construído e não apenas reproduzido. Para Schraiber et al (1999), encontramos que o planejamento consiste na transformação de um objeto em um produto atrelado a um dado objetivo. Essa afirmação aproxima o planejamento do conceito de processo de trabalho, permitindo abordá-lo como um determinado tipo de trabalho que organiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais.

### 3. Relato da Experiência local com Planejamento em Saúde:

A experiência local com o planejamento na Estratégia de Saúde da Família da equipe PSF III do município de Carmo de Minas ainda é incipiente. O planejamento das ações, anteriormente á implementação do planejamento estratégico através das atividades desenvolvidas durante o CEABSF, não eram realizadas pela equipe rotineiramente e de forma sistematizada. Mensalmente realizava-se uma programação das atividades, porém estas não seguiam um roteiro ou método de planejamento. Desta forma planejavam-se os dias e horários de consultas e de visitas domiciliares, puericultura, do grupo de gestantes, da caminhada e outras ações, porém não fazia-se um planejamento teórico com definição de objetivos, meios e métodos e instrumento de avaliação. Estas ações, pode-se dizer, eram realizadas de forma intuitiva. Matus destaca esta situação quando diz que “ou sabemos planejar ou estamos condenados à improvisação”. Explica ainda que a experiência, o senso comum, a intuição e o improviso possuem valor, porém são complementos ao planejamento, mas não substitutos deste. (MATUS apud HUERTAS,1996).

A primeira experiência, mais concreta, em relação ao planejamento aconteceu durante o desenvolvimento do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela enfermeira da equipe. Foi realizado um plano de ação através do Planejamento Estratégico Situacional, atividade de um dos módulos do referido curso, em conjunto com todos os profissionais da equipe.

A construção do referido plano de ação seguiu todos os momentos do processo de planejamento segundo Matus: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático operacional.

No primeiro momento foram levantados os principais problemas através da construção do diagnóstico situacional das condições de saúde da população sob responsabilidade da equipe por meio de três etapas. A Primeira etapa foi a **Coleta de dados secundários** (dados demográficos, aspectos ambientais, socioeconômicos e epidemiológicos, indicadores de cobertura e produção da equipe de saúde). A segunda etapa contou com a **Observação Ativa** (recursos de saúde da Equipe e observação dos problemas da comunidade. Por fim foi realizada a terceira etapa que se constituiu de uma **Reunião com informantes chaves da comunidade** onde representantes de cada microárea discutiram os problemas enfrentados.

Neste primeiro momento buscou-se conhecer a realidade local, o que Matus chama de análise situacional. Matus afirma que o diagnóstico possui explicação única dos problemas enquanto a análise situacional obriga a diferenciar as explicações levando em conta a interpretação de cada ator envolvido no processo. (MATUS,

1991). Neste sentido, o termo situacional vem do conceito de situação, que é o ponto principal para entender os outros atores envolvidos e suas interpretações da realidade, permitindo assim, uma ação mais eficaz no jogo social. (HUERTAS, 1996). Matus enfatiza esta colocação afirmando que “Nenhum plano real é formulado com base em diagnósticos; fazem-se planos reais a partir de análises de situações”. (HUERTAS, 1996, p.33).

Entende-se que este primeiro momento foi de muita relevância para a obtenção de resultados efetivos e conhecimento dos reais problemas da população. Este entendimento é ratificado pelo Ministério da Saúde quando este coloca que “Para planejar localmente, faz-se necessário considerar tanto *quem* planeja como *para quê e para quem* se planeja. Em primeiro lugar, é preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adscritas” (BRASIL,1998).

Através do diagnóstico situacional, levantaram-se vários problemas. A priorização dos problemas foi realizada com oito pessoas da Equipe, entre elas, agentes comunitários de saúde, técnica de enfermagem, médica e enfermeira da equipe. O modo de priorização foi através de pontuação para cada critério em relação aos problemas levantados (Tabela 1). Além da importância, urgência e capacidade de enfrentamento foi acrescentado o critério de “*motivação da equipe para trabalhar o problema*”, por acharmos que a motivação e o empenho de toda a equipe é fundamental para se obter resultados satisfatórios. O problema com maior número de pontos foi o alto índice de casos de Hepatite A no município.

**Tabela 1: Priorização dos problemas**

Carmo de Minas - Equipe de Saúde da Família- PSF III					
Priorização dos Problemas					
Média das pontuações dos participantes					
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Motivação da equipe para trabalhar o tema	Seleção
Lixos espalhados nas ruas	3	2	2	2	9
Alcoolismo	3	3	3	2	11
Falta de saneamento básico adequado	3	3	1	2	9
Ausência de água tratada	3	3	1	2	9
Desemprego	2	2	1	2	7
Aumento de casos de	3	3	3	2	11

HPV em mulheres jovens					
Alto índice de casos de hepatite A	3	3	3	3	12
Demora na liberação de exames e cirurgias	3	2	1	1	7
Falta de medicamentos na farmácia básica	3	3	2	1	9

Fonte: Registro do planejamento da equipe do PSF III – Carmo de Minas

No momento explicativo buscou-se ainda descrever todos os aspectos em relação ao problema selecionado, pois, ainda de acordo com Matus o PES exige que o problema seja descrito e que se façam enumerações precisas sobre os fatos. Essa descrição é denominada pelo autor de Vetor de Descrição de um Problema – VDP. O VDP é importante, pois reúne as diferentes interpretações possíveis para o problema, determina o que deve ser explicado, permite acompanhar a evolução do problema e verifica a eficácia da ação para enfrentá-lo. (HUERTAS, 1996). Desta forma, foram apontados os principais Descritores do problema “Aumento do número de casos de Hepatite A no município de Carmo de Minas. (tabela 2):

**Tabela 2: Descritores do problema selecionado**

• Número de casos de Hepatite A confirmados no Município por exames laboratoriais
• Número de casos de Hepatite A confirmados no Município por vínculo epidemiológico
• Número total de casos de Hepatite A no município
• Número total de casos de Hepatite A confirmados da área de abrangência do PSF III
• Situação de institucionalização das pessoas com casos de hepatite confirmados
• Tratamento de água no domicílio
• Tipo de abastecimento de água no município
• Distribuição temporal
• Tipo de exposição

Fonte: Registro do planejamento da equipe do PSF III – Carmo de Minas

Ainda neste momento foi realizada a construção de um fluxograma (Anexo 1) que explicasse esquematicamente as causas, conseqüências e determinantes do problema. De acordo com Matus, a idéia do Planejamento Estratégico Situacional é apresentar esta explicação de forma gráfica através do “Fluxograma Situacional” que expressa uma teoria qualitativa sobre o funcionamento e desenvolvimento do problema, permitindo que se descrevam propriedades e estruturas com sentido causal. Assim, entender o problema qualitativamente o torna manejável. (HUERTAS, 1996).

Nesta etapa não se considerou toda a complexidade do fluxograma situacional idealizado por Matus, mas sua adaptação à realidade da atenção básica em saúde.

Construído o fluxograma, é necessário identificar os nós-críticos, causas sobre as quais o planejador tem condições de atuar com eficácia e que têm influência direta sobre o VDP do problema. (TEIXEIRA e FERNANDES, 2003). O plano baseia-se, portanto, na explicação situacional de cada problema e compõe-se de operações que atacam os nós críticos do problema (HUERTAS, 1996). O nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Refere-se também a idéia sobre algo que o ator que está planejando pode intervir, ou seja, está dentro de sua governabilidade. (CARDOSO, FARIA e SANTOS, 2008).

A seleção dos nós críticos foi baseada no entendimento que se deve trabalhar com as causas do problema que os atores têm condições de atuar. Neste sentido os nós críticos selecionados relacionam-se com as medidas de prevenção que devem ser adotadas para evitar a transmissão e propagação da Hepatite A, assim como os meios pelos quais se alcançam tais objetivos. (Tabela 3)

**Tabela 3: Definição dos Nós Críticos**

---

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Insuficientes Medidas de higiene pessoal e alimentar (lavagem das mãos, desinfecção de frutas e verduras...)</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Falta de Saneamento Básico no município (tratamento de água e rede de esgoto)</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Baixo Nível de informação da população sobre prevenção da doença</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Falta de informação dos profissionais que atuam com pessoas institucionalizadas (desinfecção de objetos de uso coletivo, medidas de higiene para manipuladores de alimentos)</b></li></ul>

---

Fonte: Registro do planejamento da equipe do PSF III – Carmo de Minas

Um dos pontos-chave para a explicação da realidade e construção do diagnóstico situacional foi a reunião com pessoas da comunidade, pois nem sempre há uma coincidência de idéias da equipe de saúde e da comunidade em relação a priorização de problemas. Inserir a comunidade no processo de planejamento, buscando um consenso de interesses dos diversos atores envolvidos permite alcançar melhores resultados esperado por estes, assim como cria uma responsabilização dos atores envolvidos para cada um nas ações planejadas. Para Matus (1993, p.14):

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

A participação da comunidade no SUS está garantida na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198, inciso III. (BRASIL, 1988) e ainda pela lei 8.142 de 1990 que Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de saúde - SUS. (BRASIL, 1990). Desta forma, “este avanço no âmbito jurídico-normativo tem permitido a abertura de espaços políticos, de confrontos de interesses, de diagnóstico de necessidades e de construção de alternativas”. (ASSIS, PEREIRA & MISHIMA, 1997). Matus afirma ainda que o PES está baseado em problemas e não em setores e que “em torno de problemas, a participação cidadã é possível. (HUERTAS, 1996).

A reunião com informantes chave da comunidade possibilitou a convergência de interesses, além de possibilitar um espaço de escuta e participação comunitária nas decisões relacionadas às ações de saúde desenvolvidas pela equipe. Neste sentido, Cubas (2005) aponta que “hoje, uma demanda importante das equipes de saúde e da comunidade, enquanto controle social é a instalação de um processo de planejamento local mais acessível e comunicativo”. O envolvimento da comunidade no planejamento das ações leva a uma responsabilização por parte da comunidade, gerando melhores resultados e disseminação das informações.

No segundo momento definido como Momento Normativo procurou-se descrever como conceber o plano, ou seja, fazer “o delineamento das propostas de ações e operações que *devem ser* efetuadas para resolver cada problema, com base na definição de onde se quer chegar”. (MOTTIN, 1999). Para Matus, o Momento Normativo trata da formulação do plano, como objetivo de se produzir as respostas de ação em um contexto de incertezas e surpresas (HUERTAS, 1996). Ele apresenta um direcionamento que reúne a situação inicial analisada e a situação a qual se quer chegar (situação-objetivo), por meio desse direcionamento. O conceito de situação foi apropriado de Matus (1993) como sendo a condição a partir da qual os indivíduos explicam a realidade uma vez que esta pode ser explicada de formas distintas, pois os diferentes atores participam do jogo social com diferentes propósitos. É necessário, portanto, diferenciar as explicações dos diferentes autores, sem ignorar nenhuma, para que se possa agir de modo eficaz. Desta forma, a equipe de saúde realizou propostas para o problema identificado com desenho das operações, resultados esperados, produtos a serem implementados e operações estratégicas que podem ser visualizados através da Tabela 4:



**Tabela 4: Desenho das operações:**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Insuficientes Medidas de higiene pessoal e alimentar (lavagem das mãos, desinfecção de frutas e verduras...)</b>	<b>Higiene é saúde</b> Modificar e orientar quanto aos hábitos de higiene pessoal e alimentar adequados à prevenção da Hepatite A.	População conscientizada da importância das medidas de higiene para prevenção da Hepatite A.	Palestras em todas as escolas sobre medidas de higiene pessoal e alimentar;  Orientação durante as visitas domiciliares pelos ACSs sobre medidas de higiene.	Organizacional⇒ para organizar as palestras;  Cognitivo⇒ informação sobre o tema e estratégias de comunicação;  Político⇒ articulação intersetorial com a rede de ensino;  Financeiros⇒ aquisição de folhetos educativos.
<b>Falta de Saneamento Básico no município (tratamento de água e rede de esgoto)</b>	<b>Sim ao saneamento</b> Conscientizar a população da importância da implantação do tratamento de água e esgoto no município. Tratamento da água para consumo	População conscientizada da importância do saneamento básico para sua saúde e utilizando água tratada para consumo.	Reuniões para discussão do tema com pessoas-chaves da comunidade e formadores de opiniões;  Campanha educativa na rádio local  Orientação nas VDs sobre tratamento da água e distribuição de hipoclorito	Organizacional⇒ para organizar as reuniões e entrevistas na rádio;  Cognitivo⇒ informação sobre o tema e estratégias de comunicação;  Político⇒ conseguir o espaço na rádio local; mobilização social, aquisição de hipoclorito à 2% junto à GRS.
<b>Baixo Nível de informação da população sobre prevenção da doença</b>	<b>Saber para prevenir</b> Aumentar o nível de informação da população sobre hepatite A.	População mais informada sobre formas de prevenção e transmissão da hepatite A.	Campanha educativa na rádio local  Notas educativas nas missas de domingo  Distribuição de Folder explicativo sobre a doença nas casas pelos ACSs  Capacitação dos ACSs	Organizacional⇒ para organizar a campanha;  Cognitivo⇒ informação sobre o tema e estratégias de comunicação;  Político⇒ conseguir espaço na rádio e na igreja  Financeiros⇒ aquisição de folhetos educativos.

Cont.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<b>Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado</b>	<b>Equipe Mobilizada é Hepatite 0</b>  Mobilizar e motivar a equipe para ações de controle do surto de hepatite A.	Equipe motivada executando ações de prevenção e controle da hepatite A	Educação continuada sobre Hepatite A  Planejamento conjunto de todas as ações a serem desenvolvidas pela equipe	<b>Organizacional</b> ⇒ para organizar educação continuada; <b>Cognitivo</b> ⇒ informação sobre o tema e estratégias de comunicação; <b>Financeiros</b> ⇒ reprodução de material educativo sobre o tema da educação continuada
<b>Baixo nível de informação dos profissionais que atuam com pessoas institucionalizadas</b>	<b>Educação em Serviço</b>  Informar e conscientizar cantineiras, monitoras de creche, serventes e outros profissionais de escolas e creches sobre a Hepatite A	Profissionais executando corretamente suas atividades no sentido de prevenir a transmissão do vírus da hepatite A dentro das instituições.	Palestras educativas e de conscientização com cantineiras, monitoras, serventes e outros profissionais de escolas e creches sobre a Hepatite A	<b>Organizacional</b> ⇒ para organizar as palestras; <b>Cognitivo</b> ⇒ informação sobre o tema e estratégias de comunicação; <b>Político</b> ⇒ articulação intersetorial com a rede de ensino e creche; <b>Financeiros</b> ⇒ aquisição de folhetos educativos; confecção de transparências

Fonte: Registro do planejamento da equipe do PSF III – Carmo de Minas

Matus define como momento 3 o momento estratégico que trata de examinar a viabilidade do plano e do processo de construção desta viabilidade. (HUERTAS, 1996). Para Teixeira e Fernandes (2003), domina esta etapa a idéia central de que o ator que elabora o plano não controla todos os recursos para sua execução. Sendo assim, o PES seria um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Em conformidade, Rivera (1996) argumenta que na administração pública o poder é compartilhado por diversos atores que colaboram e tem conflitos, e que os processos de mudanças sociais implicam situações de governabilidade crítica que devem ser equacionadas mediante a potencialização da capacidade de governo. Azevedo (1992) complementa ainda, colocando que “é nesse momento que deve se dar o cálculo para a superação dos obstáculos que se colocam para a efetivação de mudanças, sejam eles relativos à escassez de recursos econômicos, políticos ou institucionais-organizacionais.

Na construção do momento estratégico, a equipe de saúde buscou analisar a viabilidade do plano através da análise dos atores que controlavam os recursos necessários a implementação dos projetos, assim como a motivação destes atores em

relação ao objetivo pretendido pelo plano. (Tabela 5). A motivação de um ator é classificada em três tipos segundo Cardoso, Faria e Santos (2008):

**Motivação favorável** - o ator que controla determinado recurso crítico coloca-o à disposição para o ator que está planejando;

**Motivação indiferente** - pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico;

**Motivação contrária** - caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, uma oposição ativa contra o plano.

Além da análise da motivação, é importante que se faça a análise da capacidade de ação do ator, denominada por Matus Vetor de Peso, isto é, a capacidade do ator em exercer pressão para apoiar ou obstaculizar a produção de um projeto, ou ainda o conjunto de elementos que enumeram e dão valor às capacidades de ação de um ator. (HUERTAS,1996). Neste contexto, é necessário que se tenha em mente que nem sempre todos os atores envolvidos para a implementação de um plano, compartilham das mesmas intenções e interesses. Neste sentido, BRASIL (1999) expõe que:

“O planejamento deve admitir que o meio no qual se desenvolve é um meio resistente, que se opõe à nossa vontade, e que tal oposição não provém da natureza, mas de outros homens com diferentes visões, objetivos, recursos e poder, que também prevêem o futuro e têm iguais ou maiores possibilidades que nós de conduzir o processo social por um caminho que diverge do nosso.”

**Tabela 5: Análise da viabilidade do plano**

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Higiene é saúde</b>	<b>Político</b> ⇒ articulação intersetorial com a rede de ensino;  <b>Financeiros</b> ⇒ aquisição de folhetos educativos.	Diretoras de cada instituição	Favorável	Explicar a importância da parceria ensino/saúde no controle do surto.
		Coordenadora da Vigilância Epidemiológica	Favorável	
<b>Sim ao saneamento</b>	<b>Político</b> ⇒ conseguir o espaço na rádio local;  mobilização social;  aquisição de	Diretora da rádio local	Indiferente	Enviar ofício com a solicitação, reforçando a importância dos meios de comunicação para ações sociais.
		ACS	Favorável	
		Gerencia vigilância epidemiológica	Favorável	

	hipoclorito de sódio à 2% junto à GRS para distribuição em todas as residências.			
<b>Saber para prevenir</b>	<b>Político</b> ⇒ conseguir espaço na rádio e na igreja <b>Financeiros</b> ⇒ aquisição de folhetos educativos.	Diretora da rádio e Pároco Coordenadora da vigilância epidemiológica	Indiferente Favorável	Enviar ofício com a solicitação, reforçando a importância dos meios de comunicação para ações sociais.
<b>Equipe Mobilizada é Hepatite 0</b>	<b>Financeiros</b> ⇒ Reprodução de material educativo sobre o tema da educação continuada.	Gestor municipal	Favorável	Fazer solicitação, reforçando a relação : profissionais orientados e melhoria da saúde da população
<b>Educação em Serviço</b>	<b>Político</b> ⇒ articulação intersetorial com a rede de ensino e creche; <b>Financeiros</b> ⇒ aquisição de folhetos educativos; confecção de transparências.	Diretora de cada uma das instituições vigilância epidemiológica	Favorável Favorável	Explicar a importância das medidas de controle da doença dentro de tais instituições

Fonte: Registro do planejamento da equipe do PSF III – Carmo de Minas

Após a identificação dos recursos críticos, atores que o controlam, bem como sua motivação buscou-se elaborar operações estratégicas que contribuíssem para motivar a colaboração de certos atores detentores de recursos importantes à viabilidade do plano. (Tabela 6)

**Tabela 6: Definição das operações estratégicas – Plano operativo**

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Higiene é saúde Modificar e orientar quanto aos hábitos de higiene pessoal e alimentar adequados à prevenção da Hepatite A.</b>	População conscientizada da importância das medidas de higiene para prevenção da Hepatite A.	Palestras nas escolas sobre medidas de higiene pessoal e alimentar; Orientação durante as VDs pelos ACSs sobre medidas de higiene.	Explicar a importância da parceria ensino/saúde no controle do surto.	Fabiola todos ACS	1 semana para início das atividades
<b>Sim ao saneamento Conscientizar a população da importância da</b>	População conscientizada da importância do	Reuniões para discussão do tema com pessoas	Enviar ofício com a solicitação, reforçando a	Josiane	1 semana para início das atividades

<b>implantação do tratamento de água e esgoto no município. Tratamento da água para consumo</b>	saneamento básico para sua saúde e utilizando água tratada para consumo.	chaves da comunidade e formadores de opiniões;  Campanha educativa na rádio local  Orientação nas VDs sobre tratamento da água e distribuição de hipoclorito	importância dos meios de comunicação para ações sociais	Nilcéa  Todos os ACs	término em 6 meses
<b>Saber para prevenir Aumentar o nível de informação da população sobre hepatite A.</b>	População mais informada sobre formas de prevenção e transmissão da hepatite A.	Campanha educativa na rádio local  Notas educativas nas missas de domingo  Distribuição de Folder explicativo sobre a doença nas casas pelos ACSs  Capacitação dos ACSs	Enviar ofício com a solicitação, reforçando a importância dos meios de comunicação para ações sociais	Nilcéa  Ariela  Todos ACS  Fabiola	2 semanas para início das atividades
<b>Equipe Mobilizada é Hepatite 0  Mobilizar e motivar a equipe para ações de controle do surto de hepatite A.</b>	Equipe motivada executando ações de prevenção e controle da hepatite A	Educação continuada sobre Hepatite A  Planejamento conjunto de todas as ações a serem desenvolvidas pela equipe	Fazer solicitação, reforçando a relação : profissionais orientados e melhoria da saúde da população	Fabiola	1 semana para início das atividades
<b>Educação em Serviço  Informar e conscientizar cantineiras, monitoras de creche, serventes e outros profissionais de escolas e creches sobre a Hepatite A</b>	Profissionais executando corretamente suas atividades no sentido de prevenir a transmissão do vírus da hepatite A dentro das instituições.	Palestras educativas e de conscientização com cantineiras, monitoras, serventes e outros profissionais de escolas e creches sobre a Hepatite A.	Explicar a importância das medidas de controle da doença dentro de tais instituições	Fabiola e Myrlla	3 semanas para início das atividades Término em 1 mês

Fonte: Registro do planejamento da equipe do PSF III – Carmo de Minas

O momento estratégico foi o mais polêmico para a equipe dentre os momentos do planejamento, no qual se discutiu a inércia de muitas equipes de saúde

da família e profissionais de saúde que, por não dominar todos os recursos necessários á implantação de um projeto, paralizam-se e tendem a reproduzir modelos assistencialistas não resolutivos.

Para analisar a viabilidade de um plano é necessário considerar o Projeto de governo, a Governabilidade e a Capacidade de Governo que uma equipe possui. Essas três variáveis condicionam-se mutuamente e são interdependentes, embora sejam bem distintas. São os vértices de um triângulo denominado, por Matus, Triângulo de Governo e um dos elementos centrais de análise neste estudo.

A análise do triangulo de governo de Matus permite identificar as inconsistências e os fatores não disponíveis para a realização do plano. Com isto, é possível rever os pontos deficitários a fim de torná-los favoráveis ao plano. Neste sentido, "a análise sobre o equilíbrio entre os vértices do triangulo permite avaliar quais são os pontos fracos de um processo de gestão, orientando, com maior clareza, o processo de tomada de decisões sobre as intervenções necessárias". (CARDOSO, FARIA E SANTOS, 2008. p.19).

A análise que pôde ser inferida pela equipe, foi que muitas vezes trabalhamos com pouquíssima governabilidade por falta de investimentos na atenção básica. As equipes não possuem recursos necessários para colocar em prática seus projetos por falta de materiais e apoio financeiro. A baixa governabilidade, entretanto, pode ser amenizada quando a equipe possui uma maior capacidade de governo, pois a experiência e o acúmulo de conhecimento permitem driblar situações em que faltam algumas variáveis, como ainda influenciar no alcance das mesmas. Já a baixa capacidade de governo de uma equipe influenciará negativamente tanto no projeto de governo como na governabilidade. Uma equipe que não possui experiência e técnicas para planejar não desenvolve um projeto de governo, assim como não controla seus recursos, resultando assim em uma baixa governabilidade. Matus (1991, p.35) explica muito bem esta relação de interdependência, citando que:

"a baixa capacidade de governo afeta a governabilidade, a qualidade da proposta e a gestão de governo. As exigências do projeto de governo põem em prova a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. A governabilidade do sistema, por fim, impõe limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo".

Desta forma, sabemos que os três vértices do triangulo são importantes para o sucesso do plano, porém não se pode desistir de planejar e agir alegando não se ter a totalidade destes recursos disponíveis. A planificação situacional nos diz que nunca se governa com total governabilidade do sistema e total capacidade de governo. Deve

haver um equilíbrio dinâmico entre projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo. (MATUS,1991).

Os três primeiros momentos do planejamento estratégico foram de acúmulo de conhecimentos e elaboração de produtos teoricamente. Porém o quarto momento caracteriza-se pela ação propriamente dita, sendo chamado de momento tático-operacional. Este momento trata da ação com o suporte do plano, tendo como objetivo a criação de um processo contínuo entre os três momentos anteriores e a ação diária. Trata ainda de recalculer o plano e de aprimorá-lo de acordo com as necessidades do momento da ação. (HUERTAS, 1996). Desta forma, o momento tático-operacional trata não somente da ação, mas da reavaliação do plano, procurando reorientar e adaptar o plano às circunstâncias que surgirão. Sendo assim, o planejamento não deve ser rígido mas dinâmico para responder a realidade vivida dentro das equipes de saúde, que se traduzem em situações de incertezas e mudanças inesperadas. Faria et al (2008, p. 11) descreve esta situação relatando que:

“Sempre estamos planejando em situações dinâmicas que sofrem constantes modificações. Portanto, é fundamental estabelecer um processo permanente de planejamento que dê conta de corrigir os rumos e manter a direcionalidade das ações desenvolvidas em relação aos objetivos a serem alcançados”.

Considerando a condição dinâmica do plano, foram ainda elaboradas planilhas para o acompanhamento dos projetos (tabela 7), assim como um instrumento de avaliação dos indicadores (tabela 8).

**Tabela 7: Planilha para acompanhamento de projetos**

Planilha para acompanhamento de projetos					
Nome do projeto:					
Coordenador:					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo

Fonte: Registro do planejamento da equipe do PSF III – Carmo de Minas

Para avaliação dos resultados alcançados com o plano, selecionaram-se indicadores que tivessem coerência com os resultados esperados, permitindo assim avaliar se estes foram ou não alcançados. A disposição dos dados em números e

porcentagens permitiu ainda uma transformação mais precisa dos dados em informações.

**Tabela 8: Planilha de acompanhamento e avaliação dos resultados**

<b>Aumento do número de casos de Hepatite A no município</b>			
<b>Planilha de acompanhamento</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Até o momento atual</b>	<b>Em 2 meses</b>	<b>Em 6 meses</b>
<b>Número de casos de Hepatite confirmados no Município por exames laboratoriais</b>			
<b>Número de casos de Hepatite confirmados no Município por vínculo epidemiológico</b>			
<b>Total de casos notificados no município</b>			
<b>Total de casos investigados</b>			
<b>Percentual de casos notificados que foram investigados</b>			
<b>Número total de casos de Hepatite A confirmados da área de abrangência do PSF III</b>			
<b>Porcentagem de casas com tratamento de água (filtração, cloração ou fervura)</b>			
<b>Hospitalizações devido a Hepatite A</b>			

Fonte: Registro do planejamento da equipe do PSF III – Carmo de Minas



#### **4. Considerações finais:**

A articulação dos conhecimentos adquiridos durante o CEABSF com o desenvolvimento prático das atividades de planejamento, proporcionou grandes mudanças na forma de se estruturar o processo de trabalho da equipe de saúde. O PES foi aceito como instrumento aplicável à atenção básica capaz de aumentar a capacidade de gestão das equipes, pois é capaz de proporcionar instrumentos de análise dos problemas assim como instrumentalizar os profissionais atribuindo-lhes maior capacidade de governo.

A inserção do Planejamento Estratégico no processo de trabalho das equipes de saúde da família contribui para o aumento das oportunidades de aprendizagem e conscientização que provêm das atividades técnicas e operacionais que fazem parte da dinâmica do processo de planejamento, mesmo que os resultados finais das ações não sejam completamente alcançados. Assim, alguns avanços podem ser mencionados antes mesmo da implantação das ações programadas. No processo de planejamento, surgem críticas, sugestões, busca-se o conhecimento da realidade com a qual se trabalha, discutem-se idéias de atores diferentes, buscam-se as causas e conseqüências dos problemas. Desta forma, o próprio processo de construção do plano já pode ser considerado como resultado positivo para uma equipe, pois contribui para um maior conhecimento sobre as características e situação de saúde da população pelos profissionais, atenta-se para a valorização da visão da comunidade sobre o processo saúde-doença, proporciona maior integração entre os membros da equipe, assim como desperta uma maior motivação para a realização das ações propostas e alcance dos objetivos propostos pelo plano. A decisão de se trabalhar com a metodologia do planejamento estratégico potencializa o desejo dos atores em transformar as situações de saúde.

Adotar o planejamento estratégico situacional como rotina da unidade de saúde dependerá de esforços de todos os membros da equipe em dar continuidade a esta proposta, compreendendo sua relevância e trabalhando na construção diária de um novo modo de se pensar e fazer as ações de saúde. Para tanto é preciso que o processo de trabalho não seja tomado pelas demandas e urgências, como também as práticas institucionais não sejam apenas reproduzidas, mas sim repensadas e discutidas. Caso contrário, a metodologia do planejamento estará destinada a ser mais um instrumento arquivado em nossas gavetas, alegando-se falta de tempo e difícil aplicabilidade.

O Planejamento deve ser visto, como um processo que leve a geração de conhecimentos entre os diversos atores envolvidos, como uma ferramenta na

construção da organização dos serviços, um espaço de trocas, participação e reflexão crítica e não como algo capaz de resolver todos os problemas a serem enfrentados pelos serviços de saúde. Construir novos modelos de processo de trabalho em saúde exige esforços e interesse dos profissionais envolvidos. Institucionalizar o planejamento situacional, implica enfrentar o desafio de mudar o modo de fazer e pensar as práticas do cotidiano dos serviços.

## 5. Referências:

- ARTMANN, E. **Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial** In "Desenvolvimento Local". Cadernos da Oficina Social 3 p 98-119 - 2000.
- ASSIS, M.M.A.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M. **Planejamento em saúde: uma possibilidade de ação participativa**. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 55-60 , outubro 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : organização e funcionamento** . 3º. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- \_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- \_\_\_\_\_.Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na questão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de dezembro de 1990.
- CAMPOS, G. W. S., 1994. **Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde**. In: *Planejamento Sem Normas* (G. W. S.Campos, E. E. Merhy & E. D. Nunes, org.), pp. 9-32, São Paulo: Editora Hucitec.
- CARDOSO, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 80p.
- CONASS, conselho Nacional de Secretários. **Atenção Primária**, seminário para estruturação de consensos. Brasília, n.2, 2004.
- CUBAS, Márcia Regina. **Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, vol.58, n.3, pp. 278-283. ISSN .
- FARIA, H.P, et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 66p
- FERTONANI, H.P. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR**. Florianópolis: Departamento de Enfermagem, UFSC; 2003.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIOVANELLA, Lígia. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina**. *Cad. Saúde Pública*. 1991, vol.7, n.1, pp. 26-44.
- HUERTAS, F. **O método PES: entrevista com Matus**. São Paulo: Fundap, 1996. 139p.
- LANA, F.C.F., GOMES, E.L.R. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, janeiro 1996.
- MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente: Governantes e Governados**. São Paulo: Fundap, 1996. 381p.
- MATUS, C. **O Plano como Aposta**. São Paulo em Perspectiva, 5(4): 28-42, outubro/dezembro 1991.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Editora IPEA, 1993.
- MERHY, E. E., **Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil**. In: *Razão e Planejamento* (E. Gallo, org.), pp. 117-148, São Paulo: Editora Hucitec.
- PAIM, J. S. Comentário: o "Plano Nacional de Saúde" de 1967 e os "planos de saúde", hoje: algo em comum?. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006.
- PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana Enfermagem**. 2000; 13:83-92.
- RIVERA, F.J.U & ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 355-365. ISSN 1413-8123.
- RIEG, D. L & ARAUJO FILHO, T. de. **O uso das metodologias "Planejamento Estratégico Situacional" e "Mapeamento Cognitivo" em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar**. *Gest. Prod.* [online]. 2002, vol.9, n.2, pp. 163-179. ISSN 0104-530X.
- ROSA, W.A.G; Labate R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. *RevLatino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.
- SCHRAIBER L.B, et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. *Ciênc.Saúde Coletiva* 1999; 4:221-61. In: *Práticas de Planejamento e Implementação de Políticas no Âmbito Municipal*. (VILASBÔAS, A.L.Q & PAIM, J. S.) *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, n.6.

- TEIXEIRA,A.B. e FERNANDES,P.C. **O Planejamento estratégico Situacional e a Gestão da Atenção de um Serviço Hospitalar: o caso da Unidade de Cardiologia Intensiva do Hospital Geral de Bonsucesso** – Ministério da Saúde – RJ. 2003. Monografia apresentada ao Curso de Pós Graduação *lato sensu* em Gestão Hospitalar.
- VILASBÔAS, A.L.Q e PAIM, J.S. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.6 ISSN 0102-311X.

## **ANEXOS**

# ANEXO 1: Fluxograma Situacional

