



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Kleba, Maria Elisabeth; Maroso Krauser, Ivete; Vendruscolo, Carine
O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 20, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 184-193
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71419103022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO ENSINO DA GESTÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Maria Elisabeth Kleba², Ivete Maroso Krauser³, Carine Vendruscolo⁴

¹ A experiência contou com subsídios financeiros do Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde 1.

² Doutora em Filosofia e Enfermagem. Professora do Centro de Ciências da Saúde e do Mestrado Profissional em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Santa Catarina, Brasil. E-mail:lkleba@unochapeco.edu.br

³ Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Unochapecó. Santa Catarina, Brasil. E-mail:ivete@superip.com.br

⁴ Mestre em Saúde Pública. Professora do Curso de Enfermagem da Unochapecó. Coordenadora da Estratégia Saúde da Família da Gerência de Saúde da região oeste de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil. E-mail:carineven@unochapeco.edu.br

RESUMO: O Sistema Único de Saúde exige novas habilidades na gestão em saúde coletiva, incluindo efetivar a participação social e a resolutividade da assistência. Esse artigo relata uma experiência de planejamento estratégico situacional, vivenciada no curso de enfermagem da Unochapecó, no segundo semestre de 2008. Como atividade do Pró-Saúde, buscou-se analisar a aplicação desse planejamento como ferramenta de gestão na saúde coletiva. A partir dos problemas priorizados foram estabelecidas as seguintes metas: formação e atuação coerentes com a estratégia saúde da família, ressaltando o diagnóstico situacional e a programação de ações intersetoriais em parceria com a comunidade. Apesar da resistência de alguns trabalhadores à mudanças, destacam-se como aspectos favoráveis: reuniões semanais das equipes, existência de conselhos locais de saúde e iniciativas de ações educativas na comunidade. Esse exercício fortaleceu nos estudantes competências de comunicação, liderança e tomada de decisões, aproximando atores do ensino e do serviço.

DESCRIPTORES: Educação em enfermagem. Planejamento estratégico. Gestão em saúde.

SITUATIONAL STRATEGIC PLANNING IN FAMILY HEALTH MANAGEMENT TEACHING

ABSTRACT: The Brazilian Unified Health Care System (*Sistema Único de Saúde*) demands new skills for collective health care management, including effecting social participation and the case-resolving capacity of assistance. This article reports a situational strategic planning experience carried out by the nursing school at Unochapecó in the second semester of 2008. As a Pro-Health activity, the use of this management tool in collective health care was analyzed. From the prioritized problems, the following goals were established: professional education and performance which are coherent with the family health care strategy, emphasizing the situational diagnosis and the schedule of inter-sector actions. Despite the resistance of some workers concerning changes, favourable aspects were emphasized: weekly team meetings, the existence of local health care councils, and the initiatives of community educational actions. This exercise strengthened the students' communication, leadership, and decision-making skills, bringing together subjects involved in education and service.

DESCRIPTORS: Nursing Education, Strategic planning. Health care management.

LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SITUACIONAL EN LA ENSEÑANZA DE LA GESTIÓN EN SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN: El Sistema Único de Salud exige nuevas habilidades en la gestión en salud pública, incluyendo hacer efectiva la participación social y la eficacia de la asistencia. Este artículo relata una experiencia de planificación estratégica situacional vivida en el curso de enfermería de la Unochapecó en el segundo semestre de 2008. Como actividad del *Pro-Salud* se examinó la aplicación de esa planificación como una herramienta de gestión en salud pública. A partir de los problemas priorizados fueron establecidas las siguientes metas: formación y actuación coherentes con la estrategia de salud de la familia, resaltando el diagnóstico situacional y la programación de acciones intersectoriales con la comunidad. A pesar de la resistencia de algunos trabajadores a los cambios, se han podido destacar como aspectos favorables: reuniones semanales de los equipos, consejos locales de salud activos y acciones educativas en la comunidad. Ese ejercicio fortaleció en los estudiantes las competencias de comunicación, liderazgo y toma de decisiones, aproximando a los actores de la enseñanza y del servicio.

DESCRIPTORES: Educación en enfermería. Planificación estratégica. Gestión en salud

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 90, no Brasil, trouxe novos e inúmeros desafios à gestão e gerência em saúde coletiva. Com a descentralização político-administrativa e a universalização do acesso aos serviços de saúde, os gestores municipais e gerentes de unidades de saúde assumiram um papel fundamental no planejamento e na execução dos serviços. Como parte de suas atribuições, estes devem cumprir e fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a resolutividade das ações, incluindo o uso da epidemiologia no planejamento e programação, a integralidade, igualdade e preservação da autonomia das pessoas na assistência à saúde, bem como a garantia de informações e da participação da comunidade na efetivação do SUS.¹

Em relação à participação social, a Lei nº 8142 de 1990² reafirma a necessidade de incluir diferentes segmentos da sociedade, na deliberação e fiscalização da política de saúde. Mais recentemente, políticas e diretrizes do Ministério da Saúde reforçam a importância da participação da sociedade na gestão do SUS, entre elas a Política Nacional de Humanização³, a Política Nacional de Atenção Básica⁴ e os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.⁵

Editada em 2004, a Política Nacional de Humanização prevê entre suas diretrizes a promoção da gestão participativa, através da ampliação do diálogo “entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e gestão”.^{3:29} Esta política define gestão participativa como a “construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde”.^{3:41}

A Política Nacional de Atenção Básica, estratégia do Estado brasileiro para a reorientação do modelo assistencial, define, entre seus princípios, o estímulo à participação popular e ao controle social. Neste contexto a participação das equipes no planejamento das ações e o fortalecimento da gestão local e do controle social é uma das atribuições da equipe de atenção básica, sendo que às equipes da Saúde da Família compete ainda promover e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.⁴

O Pacto de Gestão, firmado em 2006, reitera os princípios de participação e controle social nos

serviços de saúde.⁵ Nesta perspectiva, “o Ministério da Saúde, em seu Plano Nacional de Saúde, prevê o fortalecimento da gestão democrática, com a participação dos trabalhadores de saúde na gestão dos serviços, assegurando a valorização profissional, bem como fortalecendo as relações de trabalho [...], com vistas a efetivar a atuação solidária, humanizada e de qualidade”.^{6:516}

Essas novas demandas do SUS requerem da formação dos profissionais de saúde a adequação de conhecimentos e habilidades relacionados à gestão e gerência. Neste sentido, as Novas Diretrizes Curriculares (NDCs) para a área da saúde, aprovadas em 2001, orientam a formação de profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, capazes de intervir sobre problemas prevalentes no perfil epidemiológico local/regional/nacional, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania. O papel do enfermeiro é enfatizado nas competências de comunicação, liderança, tomada de decisões e administração e gerenciamento, habilidades que devem ser promovidas e fortalecidas não apenas na formação, mas como processo de educação permanente no cotidiano, a partir das demandas da vida profissional.⁷

Em 2005, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, visando promover mudanças na formação profissional, bem como fomentar a integração ensino-serviço, que assegurassem a abordagem integral nas práticas da atenção à saúde. O Pró-Saúde fomenta mudanças na produção do conhecimento, no processo ensino-aprendizagem e na prestação de serviços, oferecendo “à sociedade, profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS”.^{8:13} Entre seus objetivos o Pró-Saúde propõe uma escola com forte interação com os serviços e inovações na gestão.⁸

O curso de enfermagem da Unochapecó, em parceria com a Secretaria da Saúde de Chapecó, foi um dos contemplados com recursos do Pró-Saúde, favorecendo-o a implantar mudanças coerentes com as NDCs e o SUS. Um dos projetos previstos para fortalecer a interação ensino-serviço no município é a aplicação de ferramentas do planejamento estratégico situacional como exercício de aprendizagem de gestão e gerência em saúde coletiva. Este envolve professores e estudantes do oitavo período do curso de enfermagem, bem como atores considerados refe-

rência no território de abrangência de unidades de saúde, incluindo os trabalhadores destas unidades. Esse exercício possibilita a construção de um processo ensino-aprendizagem coerente com tal proposta, proporcionando vivências que contemplam observação, reflexão e avaliação das condições existentes no cotidiano dos trabalhadores da saúde e do território onde esses atuam. Os estudantes são instigados a criar e formular propostas para a mudança e aprimoramento das condições reais de trabalho.

Este artigo apresenta o relato desta experiência, desenvolvida no segundo semestre de 2008. A partir de reflexões sobre a implementação das etapas do planejamento estratégico situacional nas unidades selecionadas, pretende-se analisar possibilidades de aplicação desta ferramenta, ressaltando-se desafios e potencialidades na construção de relações de interação entre os espaços da formação, da gestão e do cuidado em saúde.

A instituição formadora como proponente do planejamento participativo

O Curso de Enfermagem da Unochapecó estabeleceu, em seu Projeto Pedagógico (PP), a gestão e a gerência como um dos eixos condutores do curso, ao lado da promoção da saúde e do cuidado holístico. Essa decisão refletiu não apenas a necessidade de garantir coerência entre o perfil do egresso e as NDCs aprovadas em 2001, mas também o reconhecimento de demandas formuladas por gestores dos serviços de saúde da região. Neste sentido, conteúdos de gestão e gerência são trabalhados ao longo do curso como temas transversais das práticas de cuidado, promovendo no estudante o reconhecimento do planejamento como componente essencial do cuidado em saúde, bem como de seu papel na coordenação e liderança como membro da equipe multiprofissional. O PP do curso salienta a relevância do domínio dos instrumentos da gestão e gerência para a consolidar a enfermagem como profissão autônoma, capaz de dialogar com outros trabalhadores da saúde, formular propostas às políticas da área e interferir nos rumos da saúde nas várias instâncias.*

No oitavo semestre do curso, os estudantes vivenciam práticas de gestão e gerência em um componente curricular focado nesta temática, cujo objetivo geral é instrumentalizar os acadêmicos para a prática de gestão e gerência em saúde coletiva, promovendo a comunicação, a liderança e a motivação no trabalho.** As práticas desenvolvidas têm como fundamento a legislação do SUS, prevendo exercícios que problematizam o cumprimento de seus princípios e diretrizes, especialmente: a participação social; o uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades, na alocação de recursos e na orientação programática; e a capacidade de resolução dos serviços, em todos os níveis da assistência, prevendo otimização dos recursos, através da organização de fluxos de referência e contra-referência e do estabelecimento de ações conjugadas, na lógica da intersetorialidade.¹

Visando garantir coerência com esses princípios, os professores adotaram o Planejamento Estratégico Situacional (PES), como estratégia de ensino-aprendizagem neste componente curricular, que propõe identificar e intervir sobre problemas de saúde da população, cuja delimitação resulta de negociação e consenso entre distintos modos de entender a saúde.⁹ Algumas premissas do PES foram essenciais para esta decisão. Primeiro, o planejamento focaliza problemas de uma realidade, sobre a qual se pretende agir, cuja delimitação considera a perspectiva dos atores que os vivenciam e reconhece que há modos diversos de perceber e explicar a realidade, o que confere diferentes sentidos e graus de relevância aos problemas identificados. A resolução dos problemas depende da disponibilidade e do acesso a recursos, mas também da viabilidade política, ou seja, de quanto os atores reconhecem a necessidade de mudanças, e de quanto eles estão abertos e se comprometem em sua efetivação. Segundo, o PES considera a realidade social complexa e imprevisível, o que requer leituras e intervenções de natureza interdisciplinar e intersetorial. Ao mesmo tempo, reconhece especificidades inerentes à localização espaço-temporal de cada problema, que lhe confere dinâmicas e significados particulares, exigindo formas próprias de abordagem.⁹

* Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Chapecó: Unochapecó, 2006 (Digitado).

** Plano de ensino da disciplina de Gestão e Gerência em Saúde Coletiva - Curso de Enfermagem. 2008 (Digitado).

Estas premissas requerem abertura e flexibilidade do gestor, além de competência técnica e política, à medida que ressalta a necessidade de partilhar decisões sobre as ações a serem implementadas, para contar com a adesão e o apoio dos envolvidos, sejam executores, sejam usuários. Quanto maior for a participação desses atores em todas as etapas do planejamento, maior será o sentimento de pertencimento e, através deste, o engajamento no processo.

A partir desse debate, os professores de enfermagem vêm exercitando junto à rede de atenção básica do município de Chapecó exercícios de PES, assumindo desafios inerentes à formação de habilidades para decidir, sistematizar e avaliar condutas mais adequadas, baseadas em evidências, considerando perspectivas de diferentes atores envolvidos no cuidado em saúde. O PES é entendido aqui como instrumento e processo que possibilita o exercício de competências de comunicação, tomada de decisões e liderança, conforme preconizam as NDC, promovendo compromisso, responsabilidade e empatia, e favorecendo a formação de competências para maior efetividade e eficácia na administração e no gerenciamento.⁷

O planejamento estratégico situacional e a prática gerencial em saúde coletiva

O planejamento estratégico situacional foi concebido na década de 80 por Carlos Matus, economista chileno, como proposta teórico-metodológica para planejar e governar. Defende que dirigentes que planejam são parte da realidade planejada, coexistindo com outros atores que também planejam nessa mesma realidade, o que requer diálogo e interação. Salientando que não há um único diagnóstico, nem uma verdade objetiva, Matus define o planejamento como uma ferramenta de liberdade, “pois permite explorar possibilidades e escolher, o que propicia à razão humana ter domínio sobre as circunstâncias”.^{10:99} Utilizado e adaptado em áreas como saúde e educação, a flexibilidade desta estratégia de planejamento favorece a sua aplicação nos níveis setoriais, sem deixar de situar os problemas em um contexto amplo, mantendo a riqueza da análise de viabilidades e de possibilidades de intervenção na realidade.

O PES propõe quatro momentos em um processo sistemático, visando a organização de intervenções e a produção de resultados sobre

uma determinada realidade. Quando adotado como ferramenta de gestão em saúde coletiva, o PES possibilita a organização do trabalho, com base nos princípios do SUS, pois promove a participação da comunidade, requer a divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, exige a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, e tem como finalidade a resolutividade dos serviços.¹

A primeira etapa, **momento explicativo**, propõe estratégias para identificar, descrever e explicar os problemas, considerando informações objetivas como dados quantitativos, normas e rotinas, mas também informações subjetivas como a percepção dos diversos atores sobre os problemas analisados. Para Matus, há três tipos de problema, tendo como referência tempo, significado e natureza do resultado para um ator: ameaças, ou seja, o risco “potencial de perder uma conquista ou agravar uma situação”; oportunidades, como possibilidades que podem ser aproveitadas ou desperdiçadas; e problemas, identificados como deficiências que provocam desconforto, inquietação e exigem enfrentamento.^{10:106}

A explicação dos problemas se dá através da identificação das causas a eles atribuídas e suas interações, conhecendo de que forma estas interferem na produção de um ou mais problemas, e quais podem ser consideradas nós críticos. Os nós críticos concentram a intervenção que gera mudanças, tendo alto impacto sobre os descritores do problema. Devem ser centros práticos de ação, permitindo que diferentes atores atuem sobre a causa, sem que seja necessário atuar sobre outras causas afins. Devem ser centros oportunos de ação política, o que requer análise preliminar sobre sua viabilidade política e da relação custo-benefício.¹⁰

Na prática pedagógica relacionada à área da saúde, nesta etapa – nominada por Teixeira, fase de análise da situação de saúde⁹ – é crucial que os estudantes reconheçam atores e contexto do serviço sobre o qual se realiza a prática gerencial. Os atores incluem trabalhadores de saúde, usuários, lideranças da comunidade, agentes de outros setores – governamentais e não governamentais – que atuam no território adscrito, bem como atores que atuam fora desta área, importantes na resolução dos problemas. O contexto inclui a dimensão sócio-ambiental e político-administrativa daquele território, as

instituições, organizações não governamentais e os grupos organizados da comunidade, mas também a dinâmica dessas organizações, ou seja, sua atuação, interação e os resultados em benefício ou não daquela comunidade.

Para o PES, o valor atribuído pela população usuária aos problemas é critério fundamental e indispensável na seleção dos problemas prioritários à intervenção. A descrição dos problemas, contextualizados à realidade analisada, deve traduzir, assim, o diálogo realizado entre diferentes atores, os quais explicitam suas posições, conscientes de sua coexistência numa realidade conflitiva. Admitindo outras formas de perceber e explicar a realidade, esses atores podem exercitar a formulação de planos de ação consensuados.¹¹

Por outro lado, a priorização dos problemas deve levar em conta o impacto que sua resolução pode produzir, incluindo tanto seu efeito sobre a percepção dos atores, quanto sobre os demais problemas identificados. Além disso, os problemas devem apresentar-se como oportunidade política favorável, evitando frustrações e desperdício de energia. Mesmo que ainda de forma provisória, já devem ser identificados nessa etapa: o impacto político dos problemas e de sua resolução nos diferentes grupos populacionais, sua potencialidade epidêmica, a disponibilidade de recursos e de tecnologia e o custo da intervenção. Outro aspecto importante é verificar as propostas de solução formuladas e os espaços requeridos para sua implementação, verificando o grau de dependência enfrentado pelos atores envolvidos.⁹

A segunda etapa, o **momento normativo**, propõe a definição de objetivos e resultados a alcançar, bem como a previsão de estratégias e ações necessárias para seu alcance. Essa etapa – nominada por Teixeira de desenho da situação-objetivo⁹ – requer análise das tendências de natureza política, econômica e social que poderão influenciar o contexto assistencial, definindo cenários favoráveis ou desfavoráveis à implementação do modelo gerencial. Esta análise deve considerar sempre as finalidades a serem alcançadas, preservando tanto à coerência interna, que diz respeito aos princípios da instituição, quanto à coerência externa, que se refere ao SUS. O planejamento requer aqui que se observem obstáculos e oportunidades internas e externas, bem como o tempo que a resolução dos problemas requer e o tempo próprio do período de gestão. Os estudantes aprofundam nessa etapa conhecimentos

sobre a legislação do SUS, e recorrem a saberes de outras áreas como sociologia, comunicação e ética, ampliando sua capacidade de análise, bem como de formulação de objetivos viáveis.

A terceira etapa, o **momento estratégico**, enfatiza a importância de analisar recursos econômicos, administrativos e políticos, necessários e/ou disponíveis. A partir dos objetivos traçados, devem ser previstos projetos de intervenção, estabelecendo sua sequência temporal, bem como os efeitos esperados. Nesse momento, são revisados os nós críticos selecionados e sua interação com os demais problemas identificados na matriz explicativa.

A análise dos recursos políticos avalia a motivação dos atores para se engajar e comprometer no processo. Reconhece a existência de conflitos de interesse e disputa por posições de poder que emergem nos processos de decisão, especialmente quando estes requerem mudanças de concepções e práticas. Matus salienta que as forças sociais lutam por objetivos próprios, resultando na co-existência de planos em conflito ou em competição e de vários fins possíveis para uma mesma situação.¹⁰ O gestor deve identificar nesse processo brechas que sinalizem necessidades e possibilidades de intervir, elaborando projetos dinamizadores que catalizem recursos e energias, viabilizando a implementação das estratégias e ações propostas.⁹

Planejar junto com e não para outros atores requer uma postura dialógica, superando-se a concepção normativa do deve ser, e incorporando como possibilidades o pode ser e a vontade de fazer.¹⁰ Como desafios de aprendizagem se colocam aqui competências de investigação, pois requer do estudante aprender a fazer perguntas pertinentes, ouvir e valorizar o que os outros dizem, ao invés de provar que tem todas as respostas, e que estas são as únicas válidas.

A quarta etapa, o **momento tático-operacional**, prevê a programação da implementação das propostas, incluindo cronograma, recursos, atores responsáveis e participantes na execução. É essencial ainda rever os objetivos, definindo estratégias e parâmetros de acompanhamento e avaliação, seja dos resultados, seja do processo, reconhecendo-se a necessidade de flexibilizar o planejamento, mas garantindo sua efetividade e eficácia. Neste sentido, é necessário prever momentos de análise das informações e de revisão das ações e dos recursos programados, assegurando não apenas a visibilidade do processo aos atores

envolvidos, mas também a capacidade gerencial e assistencial de adaptar-se e adequar-se frente a situações imprevistas.⁹

A prática do planejamento estratégico situacional como exercício de aprendizagem na gestão e gerência: desafios e possibilidades da interação ensino-serviço

Para desenvolver o PES, como exercício acadêmico na rede da Secretaria da Saúde (SSA) de Chapecó, são selecionadas unidades assistenciais e temáticas, em comum acordo entre gestores e profissionais da SSA e os professores que acompanham essa prática, visando garantir o acolhimento dos estudantes, por parte dos trabalhadores, e favorecer a implantação das propostas formuladas. Critério fundamental na definição do tema é o que os atores da rede consideram problema relevante, cuja resolução traria impactos significativos ao serviço.

No ano de 2008, a Estratégia Saúde da Família (ESF) – estabelecida como modelo prioritário de organização do sistema de saúde no município – foi definida como “objeto” da prática gerencial. Através do exercício do PES os estudantes puderam vivenciar desafios inerentes à implementação de princípios da ESF, tais como: a) realização do diagnóstico situacional; b) desenvolvimento de atividades com base nesse diagnóstico; c) realização de ações pactuadas com a comunidade; e d) desenvolvimento de parcerias com instituições e organizações sociais, em especial da área de abrangência da unidade assistencial.⁴

Cinco unidades foram selecionadas para o exercício, sendo organizados grupos de dez a doze estudantes por unidade, divididos em duas etapas de inserção ao longo do segundo semestre de 2008. Em cada momento foram garantidos no máximo três estudantes – nos períodos matutino e vespertino – por unidade, evitando sobrecarregar o cotidiano do trabalho local. Para possibilitar a aprendizagem, como processo contínuo, foram promovidos encontros com os estudantes ao final de cada momento do PES, nos quais estes socializavam o processo vivenciado, os resultados alcançados e as dificuldades encontradas, tendo como tarefa formular análises críticas e propostas fundamentadas que revelassem sua apropriação de conhecimentos e competências requeridas à gestão e gerência.

O **momento explicativo** foi desenvolvido, tendo-se como *locus* de referência o território de

atuação das cinco unidades de saúde do município de Chapecó selecionadas para a atividade. O território, conceito aqui referido para o planejamento em saúde, “compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la”.^{12:21} A área de abrangência de um serviço básico de saúde se refere à área geográfica definida, cuja população adscrita tem como referência aquele serviço, responsável pelos cuidados sanitários dessa população.¹²

Na ESF o território é referência importante na delimitação do espaço de atuação das equipes, e na definição das ações desenvolvidas, que devem ter como fundamento a realidade sócioambiental dos limites definidos para atuação. A Portaria 648 do MS prevê que a equipe da ESF utilize dados sobre a família e indivíduos para analisar sua situação de saúde, considerando características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território. Para isto é essencial a definição e o mapeamento do território de atuação, com reconhecimento do segmento populacional da área adscrita.⁴

Chapecó, município pólo da região do oeste de Santa Catarina, situado a 580 quilômetros da capital do Estado, conta atualmente com aproximadamente 170 mil habitantes e tem como fonte de renda principal atividades baseadas nas agroindústrias. O município de Chapecó dispõe de 25 Centros de Saúde, sendo que destes, 23 atuam na lógica da ESF. São 32 equipes implantadas e, destas, 19 equipes contemplam a saúde bucal. Os Centros de Saúde e os serviços de referência do município atuam como cenários de prática para instituições formadoras com cursos na área de saúde, dentre estas, a Unochapecó.

O levantamento realizado pelos estudantes revelou como aspecto favorável a localização das unidades de saúde selecionadas para o estudo, com acesso fácil à maioria da população, próximo a escolas, salões comunitários ou outros espaços públicos ou coletivos, que podem facilitar à equipe de saúde local a realização de ações intersetoriais, visando à promoção da saúde. Estes espaços vêm sendo disponibilizados para a realização de atividades físicas e de encontros com os conselhos locais da saúde, organizados em cada unidade no município.

Em relação à divisão administrativa do território no município de Chapecó, cada setor da administração pública define e organiza de

forma independente os limites de sua área de abrangência, o que dificulta algumas iniciativas de ações intersetoriais. Um exemplo é a assistência social, cuja parceria com a saúde pode favorecer o desenvolvimento de ações mais resolutivas em relação à organização comunitária, bem como junto a grupos de idosos, adolescentes e crianças em situação de vulnerabilidade social e de enfrentamento à violência, consumo de drogas e alcoolismo. Em Chapecó, há Centros Regionais de Assistência Social (CRASs) que atuam como referência a duas ou mais unidades de saúde, como há unidades de saúde que têm em seu território dois CRASs atuando.

Uma das unidades selecionadas para o exercício do PES conta com apenas uma equipe de saúde da família, o que facilita o vínculo de seus trabalhadores com os moradores locais. Nas demais unidades, os profissionais da ESF organizam suas atividades por programas específicos – saúde da mulher, hiperdia, entre outras. – com o argumento de excesso de demanda ou de desequilíbrio na divisão das famílias por área de abrangência. Duas unidades constituem-se referência para algumas especialidades, além de dispor de equipes de saúde da família, o que dificulta a construção de vínculos com os moradores da área adscrita. Tal organização favorece aos profissionais uma atuação com base em dois modelos, simultaneamente: para atender a demanda espontânea os profissionais dividem-se a partir dos programas, realizando porém atividades na lógica da Estratégia Saúde da Família, como as visitas domiciliares.

Entre as causas consideradas como nós críticos ressaltam-se *déficits*: de formação específica para a ESF; de previsão de atribuições da equipe de saúde da família, com base num diagnóstico situacional no planejamento das unidades; e de integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de ações intersetoriais na comunidade, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados à promoção da saúde.⁴

A análise sobre a competência dos diferentes atores para o enfrentamento e a resolução desses problemas revelou a dependência das equipes à Secretaria da Saúde de Chapecó, especialmente no que se refere à educação permanente. Por outro lado, no que se refere ao planejamento das atividades, coerente com os princípios da estratégia, identificou-se um alto grau de autonomia das equipes locais. A instrumentalização para o

diagnóstico situacional, base para a priorização e programação de atividades, poderia ser favorecida com o curso de metodologia da pesquisa oferecido anualmente pela Unochapecó, do qual profissionais de cada equipe já participaram.

O nó crítico definido – planejamento da ESF – foi validado com as coordenadoras das unidades e na reunião semanal com as equipes, quando os estudantes colheram impressões sobre a problemática identificada, bem como sugestões que subsidiaram a formulação de objetivos, estratégias e ações para seu enfrentamento. A gestão do trabalho deve envolver todos os trabalhadores, rompendo com a apatia e favorecendo a liberdade, a solidariedade e a responsabilização, para que cada um se reconheça parte da equipe. Participação é uma conquista processual, que supõe envolvimento, compromisso, auto-expressão, autonomia, responsabilidade, sendo um caminho para o ser humano buscar a sua realização.^{6:519}

No **momento normativo**, os estudantes propuseram objetivos a alcançar e definiram módulos operacionais, prevendo possibilidades de intervenção e visualizando elementos requeridos, como atores, recursos, tempos e lugares. Além de restringir essa definição à esfera do nível local, considerando nós críticos cuja resolução depende dos atores e recursos deste nível, os estudantes deveriam priorizar até três objetivos, exercitando sua capacidade de tomar decisões a partir da análise sobre a relevância dos problemas e sobre a viabilidade de sua superação.

Essa análise deve responder três perguntas: a primeira, relacionada a metas alcançáveis (que resultados posso esperar na realização das operações planejadas?); a segunda, analisando a governabilidade e reconhecendo as incertezas na condução do processo e na obtenção dos resultados (quais as situações que estão fora do controle da gestão que podem interferir nestes resultados e como adequar as operações frente a tais situações?); e a terceira refere-se à efetividade do plano (que impacto os resultados podem provocar sobre a gestão política e na relação entre os problemas específicos?).¹⁰

Como objetivo principal foi definido a reorganização da ESF, prevendo metas como a realização do diagnóstico e mapeamento local, a programação de ações para a equipe na lógica da integralidade, a negociação com o gestor local para a realização do curso introdutório à ESF, bem como ações de diálogo e parceria com outros atores/setores da comunidade, visando

organizar atividades de promoção da saúde. Foram previstas ainda ações de motivação à participação da comunidade junto ao planejamento e avaliação das unidades.

Esta etapa do planejamento exigiu dos estudantes estudo aprofundado da legislação do SUS, especialmente a Lei nº 8080¹, que define princípios e diretrizes para a implementação do sistema de saúde, e a Portaria 648⁴, que define princípios da ESF, bem como descreve características do processo de trabalho da equipe. Esse estudo foi necessário não apenas para nortear a formulação de propostas de intervenção, mas, principalmente, para garantir a coerência externa do planejamento, conforme prevê o momento normativo do PES.

Definidos os objetivos e respectivos módulos operacionais, os estudantes desenvolveram o **momento estratégico**, analisando recursos disponíveis e/ ou necessários para a implementação das estratégias e ações. Não tem sido tradição da gerência das unidades de atenção básica a análise da relação entre custo e benefício, uma vez que estas normalmente não têm acesso e autonomia sobre os recursos financeiros que custeiam a assistência, seja infra-estrutura e equipamentos, seja o processo de trabalho e seus agentes. Neste sentido, os estudantes procederam a análise sobre recursos existentes, considerando normas, dinâmicas e rotinas do trabalho da unidade (recursos operativos), além dos aspectos relacionados ao apoio, à resistência e à indiferença dos atores envolvidos (recursos políticos).

Neste caso, foram consideradas brechas relevantes o desconhecimento dos trabalhadores da ESF sobre princípios e atribuições previstas na portaria 648⁴ e a resistência a mudanças de rotinas. Todavia, destacam-se como aspectos favoráveis a existência de reuniões semanais da equipe, espaço de planejamento, informações, trocas e afetividade; a existência dos conselhos locais de saúde, espaço de comunicação com lideranças comunitárias; além das iniciativas de alguns membros da equipe para ações educativas e dialógicas com a comunidade.

Entre seus princípios norteadores, a Política Nacional de Humanização ressalta a “construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS”^{3:17}.

Esta etapa, como as demais, exigiu dos estudantes o aprimoramento da capacidade de comunicação, habilidade promovida e exercitada com os professores nos momentos de tutoria e socialização. Freire reflete que a educação, como relação entre sujeitos cognoscentes, mediatizados por objetos cognoscíveis, é um que fazer problematizador, no qual ambos – estudante e professor – são problematizados. Na problematização, cada movimento dado por um dos sujeitos no sentido de aprofundar-se na situação problematizada abre novos caminhos de compreensão do objeto de análise aos demais sujeitos. “Esta é a razão pela qual o educador continua aprendendo, e, quanto mais humilde seja na ‘re-admiração’ que faça através da ‘ad-miração’ dos educandos, mais aprenderá”^{13:82}.

O **momento tático-operacional** norteia a orientação programática da execução e da avaliação do plano, reconhecendo a dinamicidade da realidade, o que requer a não cristalização da análise e das propostas de ação. Além disso, “a permanente avaliação dos impactos através de indicadores desenhados especificamente para acompanhar e monitorar o plano possibilita a sua atualização e correção para que não se desvie da situação objetivo”^{14:118}.

Na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis. O plano é um compromisso que prevê ações visando o alcance de resultados, ou seja, impactos favoráveis sobre os problemas selecionados, cujo processo exige formas adequadas de gerenciamento e monitoramento. Assim as informações disponíveis e disponibilizadas no processo são importantes em todas as etapas do PES. No entanto, é necessário trabalhar com informação seletiva, reduzindo-se a variedade de informações, para que os atores envolvidos, e especialmente o gestor, não se percam em inúmeros dados inúteis, que podem dispersar o foco ao invés de contribuir na análise do processo e dos resultados produzidos. “O maior ou menor sucesso do plano depende, além de variáveis não controláveis do cenário, da definição clara de responsabilidades, de mecanismos e dispositivos de prestação regular e sistemática de contas, da competência comunicativa e da flexibilidade frente às mudanças.”^{14:118}

Nesta etapa os estudantes confrontaram-se com as dificuldades inerentes ao processo de definição de indicadores de avaliação frente aos objetivos propostos. A maior parte dos indicadores estabelecidos restringiu-se a resultados quantitativos.

vos de ações produzidas, como número de eventos educativos oferecidos e número de participantes nestes eventos; número de ações realizadas e de usuários atendidos. Essa tendência reproduz em parte o que tem sido o foco dos diferentes sistemas de informação alimentados no banco de dados do Ministério da Saúde. Este que, sem desconhecer sua relevância para estudos epidemiológicos, tem pouca capacidade de medir indicadores como satisfação do usuário, nível e qualidade da participação social ou qualidade do serviço ofertado, incluindo práticas coerentes com o princípio da integralidade. Cabe ainda um aprofundamento de alguns documentos que sugerem indicadores mais complexos para acompanhamento e avaliação, como o Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão⁵ ou o Manual de Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Humanização³ na Rede de Atenção e Gestão do SUS, editados pelo Ministério da Saúde em 2006 e 2007, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade de exercitar o planejamento estratégico situacional como prática pedagógica tem sido um desafio constante, pois sua implementação requer habilidades de comunicação e abertura de todos os atores envolvidos. O diálogo necessário implica confrontar diferentes pontos de vista, formas diversas de perceber e significar a realidade, bem como expectativas que podem ser conflitantes, visando consensuar explicações, proposições e programações. No caso da saúde, sem perder de vista diretrizes e princípios norteadores do Sistema Único. O exercício do PES permitiu aos estudantes desenvolver competências de comunicação, liderança, tomada de decisões e administração e gerenciamento, além de promover maior aproximação entre atores do ensino e do serviço.

O processo dialógico requerido no PES exigiu dos estudantes capacidade de ouvir dos atores envolvidos seus pontos de vista e argumentos sobre a realidade percebida e sobre as propostas apresentadas, não como atitude acrítica, mas com respeito e humildade de quem reconhece ser também ser inacabado, sempre pronto a aprender e ressignificar o aprendido. Exigiu também capacidade de argumentar de forma amorosa, ou seja, como quem se compromete com o crescimento do outro, tendo como finalidade a melhoria de suas condições de trabalho e de vida, sem perder a razão maior deste trabalho que é a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 20 de setembro de 1990.
2. Brasil. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2. Ed. Brasília: MS; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília: MS; 2006.
6. Gelbcke F, Matos E, Schmidt IS, Mesquita MPL, Padilha MFC. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. Texto Contexto Enferm. 2006 Jul-Set; 15(3):515-20.
7. Conselho Nacional de Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União. Câmara de Educação Superior. Brasília, 09 nov. 2001.
8. Ministério da Saúde, Ministério da Educação (BR). Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde - Pró-saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: MS; 2007.
9. Teixeira CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. p. 237-265
10. Carazatto J. Planejamento público: a contribuição teórico-metodológica de Carlos Matus [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Educação; 2000.
11. Artmann E. Démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca mudança através

- da comunicação e da solidariedade em rede [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2002.
12. Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CAL. Distritos sanitários: concepção e organização. São Paulo (SP): USP; 1998.
13. Freire P. Extensão ou comunicação? 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1977.
14. Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Social; 2000. p.98-119.