

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE**

LEONARDO DICSON SANCHEZ BETIN

**AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DAS
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Itaqui
2012**

LEONARDO DICSON SANCHEZ BETIN

**AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DAS
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto de conclusão de curso apresentado ao Curso de Gestão em Saúde, da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador Prof. Takevoshi Imasato

Itaqui

2012

AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

O planejamento é considerado um instrumento essencial de gestão no SUS, contribuindo para que o mesmo responda com qualidade e eficiência às demandas e necessidades de saúde, conforme Brasil, (2009). Objetivou-se analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no planejamento das atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família; Descrever a Estratégia de Saúde da Família no município de Uruguaiana/RS; Identificar se há planejamento nas Unidades de Saúde e quais ferramentas são utilizadas pelos profissionais no planejamento das ações realizadas na Unidade de Saúde da Família no município de Uruguaiana/RS; Identificar a importância e os benefícios trazidos pela utilização de ações de planejamento na unidade de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório descritiva, com abordagem qualitativa. Foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família no município de Uruguaiana. Os informantes foram os profissionais de nível superior e técnico das unidades selecionadas. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada, com base no auto-relato. A análise dos dados foi realizada com base na interpretação descritiva das informações coletadas. Os resultados mostram que falta melhor integração equipe/equipe e equipe/comunidade. Há grande rotatividade ou falta de profissionais nas unidades que comprometem a realização do planejamento. Constatou-se a não utilização de métodos específicos de planejamento e sim ferramentas alternativas. Porém, independente dos métodos, o importante é utilizar esta ferramenta essencial que é o planejamento, afinal, somente assim será possível reorganizar a saúde no país, com ações mais eficazes e efetivas.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família. Planejamento. Saúde Pública.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	04
2	OBJETIVOS.....	08
2.1	Objetivos Geral.....	08
2.2	Objetivos Específicos.....	08
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
4	METODOLOGIA.....	14
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	14
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	14
4.3	INFORMANTES.....	15
4.4	COLETA DE DADOS.....	15
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	16
4.6	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	16
5	RESULTADOS E ANÁLISES - A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	18
5.1	DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA/RS.....	18
5.2	O PLANEJAMENTO EM SAÚDE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
5.3	FERRAMENTAS UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS.....	24
5.4	A IMPORTÂNCIA E OS BENEFÍCIOS TRAZIDOS PELA UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
6.1	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	38
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39

1. INTRODUÇÃO

O interesse em elaborar a presente pesquisa surgiu a partir de experiências de trabalho junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município na fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul, onde, pude perceber o quão importante é a utilização de ferramentas que auxiliam na gestão e planejamento das ações da unidade de saúde da família, tanto voltada aos recursos humanos, insumos, medicamentos e quanto à organização do próprio trabalho dentro da unidade (SANTOS et al, 2004).

A importância deste estudo justifica-se também pela produção de dados e informações que podem contribuir na tomada de decisões do gestor local, além de trazer resultados e sugestões que possam fornecer subsídios para os profissionais de saúde aperfeiçoarem suas práticas de planejamento e gestão dentro das unidades de saúde da Família (USF).

Há muitos anos a saúde do país tem passado por diversas mudanças, tornando-se mais notórias tais alterações a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1998, através da promulgação da Constituição Federal (SOUZA, 2008). É importante destacar que, após a criação do SUS, houve uma grande melhora na saúde, entretanto, a mesma encontrava-se muito longe do esperado, pois, mesmo seguindo as diretrizes da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização, da hierarquização e da participação da comunidade, o que se via era um modelo de assistência hospitalocêntrico, com uso irracional de recursos financeiros e tecnológicos associado à baixa resolutibilidade (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2000).

Avaliando todo este conceito e também as diversas pesquisas realizadas ao longo dos anos, indicando o quanto as unidades básicas de saúde, se funcionando adequadamente, de forma organizada e resolutiva, poderiam resolver até 85% dos problemas de saúde da população, foi que o Ministério da Saúde resolveu inovar e reorganizar o modelo de assistência à saúde no país (OLIVEIRA E SPIRI, 2006; BRASIL, 2000).

A partir dessa premissa de reorganização do sistema de saúde, que em 1994 foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada de Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objetivo principal a mudança no paradigma da saúde do país, que até então, estava única e exclusivamente centrado no modelo médico assistencial. (SOUZA, 2008; ROSA; LABATE, 2005).

Desde a sua criação, tal estratégia tem sido caracterizada como o modelo de reorientação e organização do modelo assistencial em todo território nacional. (BRASIL, 2006).

A ESF trouxe inúmeras mudanças no modelo de saúde até então vigente no país, através da transformação no pensamento e foco da assistência em saúde voltada para a atenção básica, onde, segundo Rosa e Labate (2005) e Souza (2008), a ESF surge como uma nova forma de se trabalhar em saúde, partindo da política de organização das ações da atenção básica nos sistemas municipais de saúde, através do fortalecimento da mesma no âmbito do SUS, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida, tendo as famílias e comunidades como o centro das atenções e não apenas o sujeito que se encontra doente.

Através da centralização da atenção na família e da percepção de seu ambiente físico e social, as equipes de saúde da família vêm ampliando a sua compreensão acerca do processo saúde/doença e também das necessidades de intervenção que ultrapassam as práticas curativas (BRASIL, 1997).

As Unidades de Saúde da Família (USF) funcionam através da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e mais agentes comunitários em saúde (ACS). Tais profissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (entre 600 a 1.000), correspondendo a 2.400 a 4.500 habitantes, localizadas em uma área geográfica delimitada. Estas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, garantindo a manutenção da saúde dessa população (BRASIL, 2006; BRASIL 2001).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (2009), o município de Uruguaiana, localizado na fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul, possui população estimada de 127.138 habitantes. Se levarmos em consideração a taxa de habitantes, podemos identificar que o município apresenta cobertura dentro da ESF de apenas 5,43% da população total. Tal índice, se comparado com a taxa média nacional, que é de 50,7% da população brasileira coberta, é considerado bastante baixo (MS/SAS/DAB, 2011).

Um aspecto importante a ser destacado dentro da ESF é o trabalho em equipe. Constituído através de equipes multiprofissionais que devem atuar dentro de uma perspectiva interdisciplinar. Tal equipe atua prestando assistência integral e contínua para as famílias, permitindo também a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento dos profissionais para com a população residente na sua área de responsabilização. Através do

trabalho em equipe, todos os profissionais são de fundamental importância, porém, destaca-se o valor do Agente Comunitário de Saúde (ACS), peça de referência no elo entre as famílias/população e os demais profissionais (OLIVEIRA; SPIRI, 2006; PEDROSA; TELES, 2001).

Conforme Araújo (2004), uma das principais capacidades da ESF está na disposição de formar novas alianças, seja dentro da própria rede e sistema de saúde, quanto fora dela, através de ações em parcerias com outros setores, como educação, meio ambiente, cultura, transporte e também com as instituições e organizações do próprio bairro.

Dentro da lógica da assistência em saúde, a ESF é considerada como a porta de entrada dos indivíduos, famílias e comunidade dentro do serviço de saúde. Considerando-a como o primeiro contato entre os usuários e o serviço de saúde. Tal estratégia comprovadamente se bem articulada, pode resolver até 85% das necessidades da comunidade local, ou seja, grande parte dos problemas gerados naquela região, ficando apenas 15% para os serviços de referência (ROSA 2005; COSTA et al., 2009).

A ESF certamente trouxe muitas contribuições positivas para a atenção primária em saúde, onde podemos destacar dois aspectos importantes, um relacionado a melhora no acesso ao serviço devido às práticas mais humanizadas exercidas pelo ESF, sempre buscando a satisfação dos usuários e um melhor relacionamento entre os profissionais e a população e também pela significativa melhora nos indicadores de saúde, contribuindo para um aumento nas coberturas vacinais, na assistência a saúde da criança, da mulher e gestantes, dos adultos e também dos idosos. (OLIVEIRA E SPIRI, 2006; RIBEIRO, 2004).

Dentro da ESF, os profissionais realizam diversas atividades, tais como, prestar assistência integral, atividades educativas, visitas domiciliares e muitas outras atividades voltadas no âmbito da assistência. Entretanto, não podemos deixar de mencionar que não só de assistência vivem os estabelecimentos de saúde, mesmo que tal questão seja prioritária, as atividades gerenciais também possuem papel importante dentro do gerenciamento da unidade. Atividades como avaliar os indicadores de saúde da sua área de cobertura, identificação da realidade das famílias sobre sua responsabilidade, seus problemas mais comuns, suas necessidades, além da elaboração de um plano de enfrentamento dos fatores de risco que expõem esta população. Todos estes fatores estão relacionados ao planejamento e gerenciamento da unidade, não sendo menos importante que a assistência e sim, parte importante dela (BRASIL, 2006; CUBAS, 2005; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

É importante destacarmos que, quando relacionamos planejamento e gerência com a ESF, referimo-nos a como “um instrumento de processo de trabalho capaz de contribuir para a

transformação deste processo de trabalho na direção de um modelo assistência usuário centrado, e não em função do controle e dos procedimentos” p.3, e enquanto método de trabalho, ser responsável por mudanças interessadas na defesa da vida e saúde dos usuários (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Ao falarmos em gerência, torna-se importante caracterizá-la, onde segundo Mishima (1995), o termo gerência é visto como uma atividade extremamente burocrática, relacionada à manipulação de papéis, como um trabalho rotinizado, pré-determinado, onde as chances de criação são poucas, onde se tem “intensa padronização e alta dose de inflexibilidade frente às normas colocadas” (MISHIMA, 1995). Tal concepção vai contra a vontade de se desenvolver um trabalho mais ampliado (MISHIMA, 1995).

Sabe-se que planejar e gerir são ações de muita importância dentro dos serviços de saúde, e na ESF não é diferente. Por isso a importância em identificar e analisar as ações que os profissionais de saúde da família no município de Uruguaiana, situado na fronteira oeste do Rio Grande do Sul desempenham no planejamento das atividades realizadas na unidade, tendo em vista que, tais ações, se bem articuladas, são ferramentas importantes para garantia de atuações mais efetivas e eficazes de acordo com as reais necessidades da população (SANTOS et al, 2004).

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no planejamento das atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever a Estratégia de Saúde da Família no município de Uruguaiana/RS;

Identificar se há planejamento nas Unidades de Saúde e quais ferramentas são utilizadas pelos profissionais no planejamento das ações realizadas na Unidade de Saúde da Família no município de Uruguaiana/RS;

Identificar a importância e os benefícios trazidos pela utilização de ações de planejamento na unidade de Saúde da Família.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No setor saúde o planejamento e a gestão são ferramentas de bastante importância, pois possibilitam a melhoria no desempenho, a otimização da produção, permitindo assim, a eficiência e eficácia dos sistemas no incremento de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo como objetivo principal a cobertura e o acesso a bens e serviços de saúde, tal como a melhoria da qualidade de vida da população (SANTOS et al, 2004).

É importante frisar que o planejamento é algo inerente ao ser humano, ou seja, faz parte do cotidiano de todos nós, mesmo sem nos darmos de conta. Planejar não garante que alcançaremos nossos objetivos, mas certamente, através do melhor aproveitamento de nossos recursos, nosso tempo, nossas ações, as possibilidades de alcançar melhores resultados aumentam consideravelmente (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

Segundo Chorny, (1998). “Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro”.

Na área da saúde, o planejamento é o instrumento capaz de permitir a melhora no desempenho, a otimização da produção e o aumento da eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde da população (TANCREDI; BARRIOS e FERREIRA, 1998).

O planejamento surgiu na nova política econômica do Estado Soviético, no início dos anos 1920, logo se firmando como um instrumento de organização da economia socialista (DAGNINO, 2009).

De acordo com Dagnino (2009), as experiências do planejamento, no Brasil, surgiram a partir dos anos 50, através do plano de metas (1956-1961), no governo de Juscelino Kubitschek, com grande sucesso devido aos resultados obtidos. No período militar inúmeros planos foram formulados e implementados a partir de 1964, tornando o país mais experiente no uso do planejamento (DAGNINO, 2009).

Segundo Kuschnir, Chorny e Lira (2010), países como o Brasil, que possuem um sistema de saúde de base universal, ou seja, a saúde como um direito de todos e dever do estado, somente conseguiram garantir cobertura e acesso a todos através de planejamento e organização de seus serviços, adotando modelos de redes regionalizadas e hierarquizadas. Isso significa que, se não houver planejamento nas ações e gestão dos serviços, não será possível descobrir as reais necessidades da população (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, 2010).

De acordo com Santos et. al. (2004), “planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança”. Para que isso ocorra é importante aliar conhecimentos teóricos e práticos, constituindo assim estratégias e ações que possibilitem o alcance das metas e objetivos propostos.

Kuschnir, Chorny e Lira (2010) descrevem que, embora na maioria das vezes pensemos que planejamento significa elaborar um plano, definir normas a serem seguidas por todos os envolvidos nas ações das instituições e o cálculo dos recursos, sejam eles humanos, financeiros ou materiais, indispensáveis para que um serviço funcione, devemos destacar que planejar é muito mais que tudo isso. Sabemos que as ações descritas anteriormente fazem parte importante do planejamento, porém ele é muito mais que apenas algumas partes de seu processo operacional, onde Kuschnir, Chorny e Lira (2010), pg. 89, de forma sucinta descrevem que “o planejamento parte de uma determinada visão de como as coisas deviriam ser e permite definir que caminhos podemos seguir para chegar lá”.

Por mais que se imagine que planejar é pensar, podemos dizer que é muito mais, e sim pensar e agir, até porque, no planejamento é importante pensar antes e durante a ação. (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010; MATOS, 1989).

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), pg. 20 “planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão), e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação”.

Assim como a gestão, o planejamento como ferramenta também é capaz de promover transformações no processo de trabalho na saúde da família, principalmente relacionado às mudanças nas práticas de saúde (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Conforme Barbosa e Carvalho (2010), fazer gestão significa “ter foco em resultados, considerando objetivos e metas pré-estabelecidas”.

Da mesma forma que o planejamento, a gestão é um conceito bastante amplo, que ultrapassa os limites da administração de recursos, contratação de pessoal, construção, reformas, compras, entre outros. Fazendo uma relação, fazer gestão significa planejar, coordenar, organizar, executar, avaliar, identificar problemas, desafios, necessidades e principalmente, saber selecionar os problemas, ou seja, priorizar os que causam maior impacto na realidade desejada sempre na busca pelo ideal (BARBOSA e CARVALHO, 2010).

Tendo o planejamento com enfoque na saúde, conforme Tinoco (1980), podemos considerar que o planejamento surge como um instrumento de trabalho que conta com procedimentos dispostos em seqüência, permitindo a aplicação do método científico no estudo

de situações de saúde coletiva, seja para fins de programação e até mesmo avaliação de instituições prestadoras de serviços de saúde.

Segundo estudo realizado por Alves (2008), a não utilização do planejamento na condução das ações realizadas nas unidades de saúde pode ser considerada um aspecto negativo, pois, pode comprometer a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços. Partindo do mesmo princípio, Castiel e Rivera (1985), reforçam que sem planejamento, se tornará difícil a utilização de informações estratégicas, de qualidade e com dinâmica social, restando assim, a utilização de outros mecanismos que podem não ser tão eficazes e não trarão resultados suficientes.

O planejamento em saúde é considerado uma importante ferramenta para a efetividade da missão das organizações, por isso a importância na sua contextualização (KURCGANT, 2006).

Campos; Faria e Santos, (2010) reforçam que devido a contínua implementação do SUS, para que seja possível identificar os principais problemas de saúde de nossa população, torna-se imprescindível a utilização de novas tecnologias e ferramentas que possam contribuir para intervenções mais efetivas e eficazes. Nesse contexto, o planejamento em saúde, sem dúvidas, é uma delas.

Dentro da ESF o processo de planejamento em saúde é uma importante ferramenta, pois, pode contribuir para a detecção de problemas de saúde que ocorrem na comunidade, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas para enfrentamento das situações de adversidade, tal como, colaborar como instrumento no contínuo processo de reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde da família (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

É importante frisar que planejar não é fazer um plano e sim, segundo Matos (1989), o plano deve ser considerado parte momentânea de um processo de planejamento. Serve como um instrumento que em certos momentos contribui para a o compartilhamento dos projetos já elaborados. O Plano nunca está acabado e serve como instrumento para orientar e guiar a equipe que planeja no acompanhamento das ações executadas, na correção e avaliação dos resultados obtidos em relação aos objetivos sugeridos (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

Além de ser uma importante ferramenta na área da saúde, o planejamento possui outra particularidade que merece destaque, que é o processo de planejamento permanente na área da saúde. Mas e por quê? A resposta é simples, quando se trabalha no setor governamental, sempre se persegue objetivos onde os recursos são menores que as condições necessárias para resolvê-los (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

O planejamento como instrumento e todo o seu processo fazem parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde - SUS, seja indicando processos e métodos de formulação e até subsídios para fins de repasses de recursos, controle e auditoria dos mesmos (BRASIL, 2009).

De forma destacada, possuímos dois grandes instrumentos no SUS que dão maior expressão ao planejamento em saúde, são eles as Leis Orgânicas da Saúde, Lei N° 8080/90 e a Lei 8142/90. Levando em conta que um dos principais princípios do SUS é trabalhar de forma hierarquizada, o instrumento de planejamento inicia no topo da hierarquia, ou seja, na direção nacional do SUS, onde a Lei 8080/90 confere como uma das principais atribuições, “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o distrito federal” (inciso XVIII do Art. 16) (BRASIL, 2009; BRASIL, 1990).

Outro documento que reforça e consolida ainda mais o planejamento como uma importante ferramenta dentro do arcabouço do SUS é o Pacto pela Saúde. Subdivido em três componentes, pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto pela gestão, o pacto pela saúde, implantado sob a portaria n° 399, do dia 22 de fevereiro de 2006, dá destaque para o planejamento no âmbito do SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006).

Sendo objeto do item 4 da portaria n° 399/2006, o sistema de planejamento do SUS estabelece cinco pontos prioritários pactuados, são eles: 1° Consideração das necessidades da população como parte importante para o processo de planejamento no SUS; 2° a integração dos instrumentos de planejamento levando em conta o SUS como um todo, no contexto de cada esfera de gestão; 3° A inclusão da avaliação e monitoramento como instrumento estratégico de gestão do SUS e o fortalecimento do PlanejaSUS; 4° A adoção e revisão dos diversos instrumentos de planejamento, com adequação destes instrumentos para a realidade do SUS e 5° A gestão cooperativa entre as três esferas do governo promovendo a equidade e fortalecimento do sistema de planejamento do SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2009), o planejamento é considerado um instrumento essencial de gestão dentro do SUS, contribuindo para que o SUS de respostas com qualidade em relação as demandas e necessidades de saúde, avançando de forma ágil e eficaz em direção a sua consolidação.

Mesmo sendo considerado essencial, a organização do planejamento das ações ainda é considerada bastante precária, principalmente nos municípios de médio e grande porte (menos de 50 mil habitantes), que correspondem a 90 % dos municípios brasileiros. Mesmo com os diversos esforços realizados desde a criação do SUS e seus avanços, o que se observa na

realidade das três esferas de governo é um sistema carente de recursos humanos em quantidade e principalmente em qualidade (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) reconhece a importância do planejamento em saúde, pois, nesse contexto que o MS, através de diversas reuniões e discussões realizadas em 2005 e 2006, contando com a participação de mais de duas centenas de dirigentes técnicos atuantes na área de planejamento que, foram definidas as bases e organização do sistema de planejamento do SUS, o PlanejaSUS (BRASIL, 2009).

O planejaSUS, sistema de planejamento em saúde do Ministério da Saúde, criado a partir de elementos e características operacionais específicas, visando dotar os gestores, de forma específica de acordo com as características de cada esfera de gestão, de mecanismos para o planejamento das maiores necessidades, garantindo assim a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Em outras palavras, podemos defini-lo como “Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (BRASIL, 2009).

O planejamento na ESF pode ser considerado contraposto ao planejamento tradicional centralizado, utilizado habitualmente na administração clássica, pois, possui como pressuposto básico o fato de que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre o qual se planeja, ou seja, possui algumas características específicas tais como, abertura a democratização, concentração em problemas específicos da comunidade e aproximação dos seus objetivos a vida das pessoas. Além disso, o processo de planejamento deve ser organizado como um todo e focado na resolução dos problemas que forem identificados no território na qual a unidade de saúde é responsabilizada, com vistas à melhoria gradativa das condições de saúde e de qualidade de vida da população (BRASIL, 1997).

Barbosa e Carvalho (2010) referem que, devemos planejar como propósito de mudar a realidade, criando novas expectativas de um futuro melhor em relação ao presente. Relacionando planejamento com a saúde, queremos menos doenças e mortes e mais saúde, mais qualidade de vida, ou seja, superar problemas e desafios que impedem a população de ter uma vida melhor e mais saudável. (BARBOSA E CARVALHO, 2010).

4. METODOLOGIA

Para uma melhor organização a metodologia está subdividida em: tipo do estudo, local do estudo, informantes, coleta de dados, análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório descritiva, com abordagem qualitativa.

Segundo Minayo et al. (2004), a pesquisa qualitativa preocupa-se com o universo dos significados, atitudes, motivos, crenças, valores e aspirações, sendo análogo ao espaço profundo dos fenômenos e das relações nas quais os seres humanos vivenciam.

Para Pope e Mays (2005, p.13), ela “está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências no mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo”, tentando interpretar tais fenômenos sociais (comportamentos, interações, etc) de acordo com os sentidos que as pessoas os dão.

A pesquisa exploratória permite iniciar com alguns fenômenos de interesse, investigando a natureza complexa e outros fatores relacionados com o mesmo. Ou seja, “a pesquisa qualitativa exploratória destina-se desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta assim como os processos subjacentes” (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004, p.34).

4.2 Local de Estudo

Tal estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) existentes no município de Uruguaiana no Estado do Rio Grande do Sul. Cada USF possui uma equipe de Saúde da Família, sendo composta por, um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e uma média de três agentes comunitários de saúde (ACS), (BRASIL, 2006).

Foram escolhidas apenas duas unidades, pois, são apenas as duas que estão credenciadas junto ao Ministério da Saúde como Unidades de Saúde da Família, sendo que as demais aguardam credenciamento.

4.3 Informantes

Para este estudo os informantes foram todos os profissionais de nível superior e técnico das unidades selecionadas, que totalizam sete informantes. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), informantes são indivíduos que cooperam com um estudo, onde os mesmos participam mais ativamente que passivamente.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da saúde com formação superior ou técnica, atuar em uma das equipes das USF selecionadas, ter disponibilidade e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estar em estado de saúde que lhe permita responder ao questionário.

Como medida de garantia do sigilo pessoal de cada informante, seu nome será substituído pela palavra “Informante”, seguida por uma seqüência numérica aleatória, sem necessariamente caracterizar a seqüência das entrevistas. Tal conduta será utilizada com o objetivo de preservar o anonimato dos informantes que colaborarão com a pesquisa.

Foram entrevistados cinco informantes, todos profissionais das unidades selecionadas e aptos a participar deste estudo. Dos informantes aptos a participar, dois não aceitaram por serem novos no local de trabalho.

O período de realização das entrevistas foi de 15 de fevereiro de 2012 até 10 de março de 2012.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram obtidos através do auto-relato, onde os informantes responderam as perguntas do pesquisador através de uma entrevista semi-estruturada, permitindo-lhes uma melhor abertura.

Conforme Polit, Beck e Hungler (2004), a abordagem de auto-relato consiste em uma série de técnicas que podem variar de acordo com a estrutura imposta. De um lado estão os métodos pouco estruturados, que não são envolvidos de questões extremas. No outro lado, encontram-se os métodos rigidamente, estruturados, no qual estão envolvidos os documentos formais, como os questionários, por exemplo.

A justificativa pela escolha deste tipo de método deu-se pelo fato de que o auto-relato frequentemente proporciona informações que seriam difíceis ou até mesmo impossíveis de se obter com outros instrumentos (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

As entrevistas foram gravadas por meio de um gravador digital (MP4 Player) e transcritas posteriormente. Todo conteúdo coletado foi gravado em um compact disk (CD) e posteriormente arquivadas por cinco anos. Passado este prazo, as mesmas serão destruídas, segundo recomendações da lei dos direitos autorais, Lei 9610/98.

4.5 Análise dos Dados

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a função da análise dos dados é organizar, prover estrutura e extrair os significados dos dados da pesquisa.

Para uma melhor tradução dos dados obtidos optou-se por adaptar um roteiro com o objetivo de extrair o máximo possível dos dados coletados. Anteriormente a análise profunda dos dados, foi realizada a organização dos mesmos de acordo com as entrevistas e os objetivos propostos pelo estudo.

A análise dos dados foi realizada com base na interpretação descritiva das informações coletadas, buscando sempre o melhor entendimento/correlação das informações através da associação das mesmas, sempre que possível, com o referencial teórico pertinente ao tema.

As fases da análise de dados propostas por este estudo foram: a observação, a análise, a interpretação e a descrição dos resultados.

4.6 Aspectos Éticos

Tal pesquisa foi realizada levando em conta todos os preceitos éticos cabíveis, priorizando o respeito e a integridade de todos participantes envolvidos.

O mesmo foi realizado seguindo todos os preceitos exigidos pela resolução 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde.

O termo de consentimento livre e esclarecido é o documento onde os indivíduos autorizarão sua participação voluntária na pesquisa. Aos indivíduos será assegurado o direito de retirar o consentimento livre e esclarecido em qualquer fase da pesquisa sem nenhum dano, prejuízo ou penalização, tal como o direito ao anonimato e privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa. Aos autores será garantida a propriedade intelectual dos dados com resguardo na divulgação dos mesmos (CAMON, 1997).

A coleta dos dados somente foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana.

5. RESULTADOS E ANÁLISES - A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Para uma melhor organização, este capítulo será subdividido em quatro temas.

Na primeira subseção será descrita como ocorre o funcionamento das ESF no município de Uruguaiana e suas demais especificidades.

Na segunda subseção será descrita de que forma o planejamento está sendo realizado pelos profissionais nas USF.

Na terceira subseção será descrita que ferramentas os profissionais das unidades utilizam para realizar o planejamento de suas ações desenvolvidas na estratégia de saúde da família.

Na quarta subseção será apresentada a importância e os benefícios que a utilização de ferramentas de planejamento trazem para o cotidiano das USF e suas equipes.

5.1 Descrição da Estratégia de Saúde da Família no município de Uruguaiana/RS

Localizado na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Uruguaiana é considerado o município de referência na região. Referência, pois além de ser a maior cidade, mais populosa, com cerca de 127.138 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (2009) e também a de maior PIB – Produto Interno Bruto na região, com a 15ª posição no estado, de acordo com o ranking da Fundação de Economia e Estatística (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Falando especificamente da estrutura de saúde do município, relacionada à atenção básica, podemos mencionar os seguintes serviços: Posto de Saúde Central, sendo o mesmo responsável pelos principais serviços de saúde no município, como o serviço de saúde da mulher, o programa de saúde bucal através do CEO - centro de especialidades odontológicas, atenção às crianças e adolescentes através dos programas PIM – Primeira Infância Melhor e Viva Criança. A atenção às doenças sexualmente transmissíveis DSTs/AIDS funciona através do COAS – centro de orientação e apoio sorológico e CAMMI – programa de enfrentamento de hepatites virais. O serviço de atendimento às urgências e emergências ficam por conta do SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência. O município conta também com o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), e serviços de vigilância municipal, tais como

vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e também o laboratório municipal (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Distribuídos pelas diversas regiões do município, de forma estratégica e descentralizada temos as 22 UBS – Unidades Básicas de Saúde, sendo dessas 22, apenas 02 são ESF – Equipes de Saúde da Família e mais o PACS – programa de agentes comunitários de saúde, que atua em parceria com a ESF, conforme regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Infelizmente, há um contraste inverso ao da realidade nacional no município de Uruguaiana ao falarmos sobre a Estratégia de Saúde da Família, pois, enquanto que no país a ESF cresce de forma acentuada, no município ela ainda caminha a passos lentos. Conforme comprovam os dados do Ministério da Saúde - MS - e Departamento da Atenção Básica DAB, (2011), o município possui cobertura do programa de apenas 5,43% da população total, ou seja, cobertura esta muito inferior se comparado à média nacional, que é de 50,7% da população coberta pela ESF. Levando em conta o número atual de unidades existentes no município, 22, torna-se inadmissível que apenas 02 sejam de ESF e que apenas mais 02 estejam aguardando credenciamento (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE; DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA – DATASUS; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012).

As duas USF possuem cada uma, uma equipe de saúde da família, composta cada uma delas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. Cada uma das equipes é responsável, aproximadamente por uma média de 4650 pessoas, distribuídas por área geográfica delimitada de cobertura da unidade. Suas funções junto à comunidade, de forma sintética são: desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos e manutenção da saúde das famílias da comunidade sobre sua responsabilidade (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE; DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA – DATASUS; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012; BRASIL, 2006).

As unidades possuem estruturas físicas adequadas, todas as salas e equipamentos indispensáveis para o correto funcionamento e operacionalização da unidade. Porém, conforme dados municipais, as unidades cobrem mais que os 4.500 habitantes preconizados pela política nacional de atenção básica, aumentando a sobrecarga de trabalho aos poucos profissionais que atuam nas unidades. Outro problema está relacionado aos poucos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, onde cada unidade possui apenas 3 para os mais de 4.500 habitantes, tornando inviável a assistência e monitoramento de todos os habitantes naquela

determinada região. (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE; DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA – DATASUS; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012; BRASIL, 2006).

Um fato que se observa acerca do trabalho em equipe nas unidades, com base nos relatos dos profissionais é que ainda falta uma melhor integração equipe/equipe e equipe/comunidade.

“A comunidade não tem uma grande participação assim, de motivadores, eles não vão à frente” (Informante V).

“faz um mês e sete dias que eu trabalho aqui, não participei de nenhuma reunião”. (Informante I).

Segundo Vendruscolo et al, (2010) em seu estudo sobre o planejamento situacional na estratégia de saúde da família, constatou que os conflitos entre profissionais, sua falta de integração, a falta de organização e a falta de conhecimento acerca dos princípios e normas da ESF foram apontados como principais problemas relacionados ao planejamento.

Deve-se destacar que, uma importante barreira encontrada durante a realização desta pesquisa, certamente foi à dificuldade de se obter dados e bibliografias que expressassem melhor o funcionamento e as ações das unidades de saúde da família no município. De acordo com Tancredi; Barrios e Ferreira (1998), planejar de acordo com os dados tem se tornado cada vez mais difícil, tendo em vista que, nos municípios esses dados apresentam um grau de desagregação elevado, sendo então insuficientes para identificar as diferenças nas características que podem evidenciar as condições de vida da população.

5.2 O planejamento em saúde nas Unidades de saúde da Família

O planejamento em saúde, conforme relata Santos et al (2004), é uma ferramenta extremamente importante, pois, permite aumentar a eficiência e eficácia das ações realizadas pelos profissionais de saúde em prol da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população sobre sua responsabilização.

Com base nessas premissas, os profissionais que aceitaram participar deste estudo, foram questionados acerca da existência ou não de planejamento em saúde nas suas unidades, foi possível constatar que na grande maioria, o resultado foi positivo, onde os profissionais afirmaram que havia planejamento em sua unidade, conforme relato dos informantes.

“Sim há planejamento”. (Informante III).

“O planejamento é realizado todos os dias, agente planeja conforme a demanda”. (Informante V).

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o processo de planejamento, na estratégia de saúde da família é considerado uma ferramenta de grande valia, porque contribui para a identificação dos principais problemas que acometem a população, possibilitando o monitoramento e avaliação de todas as ações desenvolvidas em prol da saúde da comunidade, contribuindo para a reorganização do processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família. Por esse motivo justifica-se a importância da utilização do planejamento como ferramenta indispensável dentro das ações da ESF.

A necessidade e a demanda servem como fatores que dão início ao planejamento. Outros fatores como as condições de saúde, cultura, ética, políticas, possibilitam ao planejamento chegar ao sucesso ou insucesso, porém os mesmos devem ter lugar de destaque à suposição de ações e valores (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

Mesmo que a grande maioria dos profissionais afirme que há planejamento em sua unidade, houve profissionais que descreveram que não sabiam se havia planejamento, atribuindo o pouco tempo de serviço na unidade como justificativa para sua afirmação.

“Desconheço planejamento pra atendimento nessa unidade”. (Informante III).

“Primeiro eu gostaria de dizer que sou nova na unidade, faz um mês e sete dias que eu trabalho aqui, não participei de nenhuma reunião”. (Informante I).

“não sou o médico da unidade, eu estou apenas temporariamente. (Informante III).

Percebe-se que para esses profissionais, o fato de estar substituindo um colega ou o pouco tempo de trabalho na unidade serve como uma barreira para a utilização do planejamento em saúde nas suas atividades diárias. Podemos considerar alguns fatores para tal ocorrido, porém, merece destaque o fato da grande rotatividade de profissionais na ESF no município.

Constata-se que, para que o planejamento em saúde seja realizado, o conhecimento da região e demografia, tal como a distribuição da população neste determinado território é considerado um fator primordial, sendo o mesmo o ponto de partida para a realização do planejamento. Ou seja, a grande rotatividade faz com que, os novos profissionais, tenham

dificuldades em planejar devido ao fato de não conhecerem bem a região onde a unidade está localizada (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

A dificuldade de gestão de recursos humanos por parte dos serviços públicos torna-se um grande entrave na manutenção dos serviços de saúde, pois, há dificuldade em lidar com a legislação de pessoal. Essa má distribuição de profissionais acaba desmotivando o funcionário, comprometendo a realização de suas atividades (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

Certamente a alta rotatividade de profissionais ou falta de alguns profissionais nos serviços, tais como as condições inadequadas de trabalho surgem como um grande entrave para a realização do planejamento em saúde nas unidades, conforme relatos.

“eu não tenho uma equipe, eu não tenho profissional médico agora, eu não tenho agente de saúde eu tenho só três agente pra 5.600 habitantes, é uma população extremamente grande”. (Informante V).

“quando troco os médicos mostra que diminui bastante o número de atendimentos com os médicos”. (Informante II).

Nesses casos é importante destacar que a valorização do pessoal, priorização/retenção de talentos, desenvolvimento de equipes e otimização de pessoal, promoções por méritos e ambientes favoráveis para a realização de ações em saúde certamente contribuirão para a qualidade de vida dos trabalhadores e conseqüentemente, repercutirá positivamente na qualidade dos serviços prestados aos usuários das unidades de saúde da família. Todos esses fatores podem contribuir para a diminuição da rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

Tancredi; Barrios e Ferreira (1998), pg. 32 reforçam ainda que, “O planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar”. Com base nessas premissas, constata-se que, novos profissionais desconhecem a realidade atual do serviço e principalmente da população, dificultando ainda mais o processo de planejamento.

Quanto questionados acerca de qual profissional era o mais indicado para realizar o planejamento das ações desenvolvidas pela unidade, obtivemos algumas respostas, porém, a grande maioria descreveu ser o profissional enfermeiro como mais importante para realizar o planejamento.

“Com certeza é a enfermeira”. (Informante III).

“O profissional do posto que eu acho mais importante é sempre a enfermeira” (Informante I).

Um profissional ainda justificou o porquê a enfermeira seria o profissional mais importante para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela unidade.

“O profissional do posto que eu acho mais importante é sempre a enfermeira, ela além de ser a chefe de nossa unidade, ela organiza as programações, ela é uma das pessoas que tem mais conhecimento sobre a população, tanto em condições econômicas, quanto sanitárias, ela que recebe em primeira mão as informações da secretaria de saúde, com certeza é ela a pessoa mais importante. (Informante I).

Alguns autores, conforme Witt e Almeida, (2006) que em muitos serviços de saúde, a arte de planejar é desenvolvida pelo enfermeiro, devido principalmente pelas divisões de tarefas dentro das unidades e pelas práticas de planejamento da assistência de enfermagem. Isso ocorre pelo fato de que o enfermeiro é o profissional que detém mais informações sobre o funcionamento dos serviços e também por ser considerado um profissional facilitador das relações do processo de trabalho da equipe de saúde (WITT E ALMEIDA, 2006).

Alguns profissionais descreveram que, no seu ponto de vista, para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela unidade, não havia um profissional mais importante e sim, que todos são importantes.

Eu acho que o ideal seria que todos participassem, todos. (Informante IV).

Eu acho que toda a equipe, todos. (Informante II).

Sabe-se que planejar é uma atividade intrínseca do ser humano e que faz parte do seu dia a dia, porém, é correto afirmar que ninguém nasce com tal habilidade e sim, a desenvolve no decorrer da vida. Quando falamos em planejamento em saúde, nos referimos as ações voltadas especificamente na área da saúde, ou seja, ações estas que exigem habilidades que precisam ser desenvolvidas e aprimoradas na formação profissional de cada um. Com base nessas premissas, os profissionais das unidades foram questionados se na sua formação os mesmos tiveram disciplinas ou cursos que abordavam o planejamento. A grande maioria respondeu que não abordaram planejamento durante seus cursos de formação.

“Planejamento em saúde Não.” (Informante IV).

“especificamente sobre planejamento não.(Informante I).

“Não, teve uma mas foi bem superficial. (Informante II).

Segundo Araújo e Lima (2009), há um grande número de profissionais que se formam com perfil distante ao exigido para atuar na saúde pública, desconhecendo até mesmo os princípios básicos do SUS e principalmente, não tendo como base na sua formação a utilização do planejamento como ferramenta importante na resolução de problemas de saúde.

Alguns profissionais, entretanto, relataram que durante sua formação abordaram sim o tema planejamento, dando a devida valorização ao tema que, como se sabe, é de bastante importância dentro da área da saúde.

“Sim vários. Nos últimos dois semestres a gente passa só planejando né, faz o planejamento das atividades e depois faz o planejamento do trabalho de conclusão de curso. No começo do ano da faculdade de enfermagem a gente começa o planejamento estrutural, planejamento disciplinar, agente faz, acho que toda faculdade é voltada nisso. (Informante V).

Trabalhar com planejamento desde a universidade possibilita aos futuros profissionais compreender como funciona a sistemática do SUS e principalmente, torna esse profissional apto a planejar o processo de trabalho e a implementar ferramentas de planejamento como por exemplo o Planejamento Estratégico Situacional – PES, tendo como foco a saúde da família, com base nas vivências locais e na inserção deste acadêmico no serviço (VENDRUSCOLO et al, 2010).

5.3 Ferramentas utilizadas pelos profissionais no planejamento das ações desenvolvidas

Falando especificamente de ferramentas utilizadas no planejamento das ações, foi possível inferir que, nenhum profissional utiliza ferramentas específicas de planejamento, como é o caso do Planejamento Estratégico Situacional, por exemplo. Porém, o que se constata, é que os profissionais utilizam ferramentas, digamos assim, alternativas para desenvolver o planejamento das suas ações, conforme relata o informante.

“As fichas de atendimentos dos pacientes. Reuniões”. (Informante III).

“tem uma agenda do idoso, do hipertenso, do diabético, da gestante e pelo próprio prontuário do paciente”. (Informante II).

De acordo com Campos; Faria e Santos (2010), registros, fichas, entrevistas e observações ativas servem como ótimas ferramentas de coleta de dados. Salienta-se que, conforme Tancredi; Barrios e Ferreira (1998) o sucesso do planejamento depende, diretamente da qualidade das informações e dados coletados.

A falta de um método certamente afeta o planejamento, pois, o inadequado levantamento, tratamento, armazenamento e distribuição das informações comprometem a qualidade do conhecimento, prejudicando a execução e monitoramento das ações (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), quanto mais complexos são os objetivos que se deseja alcançar e maior necessidade de fazê-los de forma coletiva, caso dos problemas em saúde, torna-se ainda mais importante e evidente a utilização da ferramenta do planejamento e de um método de planejamento.

A utilização de um método contribui para que todos os envolvidos no planejamento utilizem a mesma linguagem, possibilitando a compreensão e compartilhamento dos mesmos instrumentos e terminologias, contribuindo assim para um diálogo adequado e que todos os envolvidos no processo de planejamento possam participar de forma efetiva na operacionalização de um plano (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

Mesmo que a não utilização de um método específico possa comprometer o planejamento, torna-se importante relatar que, conforme Tancredi; Barrios e Ferreira (1998), pg. 26 “o melhor método é aquele que melhor ajudar numa determinada situação”, ou seja, a criação de novas ferramentas de auxílio no planejamento das ações torna-se válida, desde que as mesmas contribuam para que se alcance um objetivo almejado no futuro.

Outra ferramenta identificada no auxílio do planejamento foram os mapas das regiões de cobertura das unidades.

“Agente tem o mapa da unidade, agente tem o número de pacientes por quadra”, (*Informante II*).

Tais mapas servem, além de parâmetros para delimitar a área de cobertura, como um importante instrumento que auxilia os profissionais de saúde na organização de suas atividades, ou seja, no planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, tendo em vista que, tal mapa, mostra a realidade da população que se encontra sobre a responsabilidade da equipe local.

De acordo com alguns profissionais, as Agentes Comunitárias de Saúde – ACS também foram consideradas uma importante ferramenta no auxílio do planejamento das ações desenvolvidas pelos profissionais, devido ao fato de que elas atuam diretamente com a população.

“elas no momento estão sendo uma ferramenta ótima no planejamento”, (*Informante I*).

“elas que estão diretamente na comunidade, elas que estão vivenciando a realidade, a gente que está ali dentro não está tão na realidade como elas que estão dentro das casas né, dentro das famílias”. (*Informante V*).

“elas que sabem a situação de cada casa” [...] “elas tem bastante conhecimento do mapa”. (*Informante I*).

Tancredi; Barrios e Ferreira (1998) reforçam que, para que se tenha sucesso no planejamento, a qualidade das informações e dados coletados é considerada como fator primordial, sendo nesta perspectiva, os ACSs, uma excelente ferramenta na busca pelas informações adequadas a fim de, tornar mais eficaz os resultados do planejamento. Somente a partir da busca dessas informações que a epidemiologia poderá tornar-se uma ferramenta bastante efetiva na definição das necessidades de saúde e de auxílio no planejamento (TANCREDI; BARRIOS e FERREIRA, 1998).

Cabe destacar que, além das ferramentas descritas anteriormente, existe uma outra que assim como as demais, pode fazer total diferença no momento de planejamento das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, pelo fato dela trazer as principais necessidades da comunidade.

“Então esse é meu planejamento, tem a população que fala, olha agente precisava disso, nós precisávamos daquilo né, precisa de mais agentes né, a população mesmo consegue me orientar pra mim me planejar”.
(Informante V).

“Eu planejo ali junto com a escola também né, a escola esta junto ali conosco, o fato mesmo local do prédio, então eu tenho reuniões os professores estão presentes, tanto da escola quanto da creche”.
(Informante V).

Assim sendo, podemos considerar que, a população de um modo geral, podendo ela ser a comunidade local, os professores das escolas próximas à unidade, os diretores e colaboradores dos centros comunitários, entre outros, constituem uma importante ferramenta de auxílio na descoberta das necessidades prioritárias da população e conseqüentemente, servem como importante ferramenta no planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde da família.

Tais parcerias visam melhorar a qualidade da assistência prestada e uma forma diferenciada de se fazer saúde, fortalecendo a participação social, onde, os profissionais utilizam as diversas parcerias comunitárias, sejam as escolas, os centros comunitários, as igrejas entre outros, para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, garantindo assim a diminuição dos problemas que acometem aquela determinada região, melhorando assim a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006; SHIMIZU E ROSALES, 2009).

Além de ser um dos princípios garantidos em lei, conforme a Lei 8.142/1990, a participação e controle social permitem que, através desta participação, os profissionais de

saúde possam identificar as necessidades da população a partir de um diagnóstico e de um acompanhamento contínuo das famílias localizadas neste determinado território. Ou seja, segundo Brasil (1997), na ESF somente pode planejar quem está inserido na realidade sobre a qual se planeja, sempre visando à reorganização das ações e serviços de saúde com vista para as parcerias com a população e as possibilidades locais.

Somente através destas parcerias e principalmente, pelo fortalecimento das relações entre os profissionais de saúde e a comunidade, será possível formar o vínculo entre as partes, onde o vínculo surge como uma consequência das relações próximas entre os profissionais de saúde e a população, através da assistência contínua prestada pelo ESF e pelas visitas domiciliares, tal especificidade facilita a adesão da população para com o serviço e principalmente, forma um maior compromisso por parte dos profissionais com co-responsabilização para com a saúde da população (BRASIL, 1997; SHIMIZU E ROSALES, 2009; OLIVEIRA E SPIRI, 2006).

Segundo Tancredi; Barrios e Ferreira (1998), quando planejamos o funcionamento de uma determinada unidade, não devemos focar, por exemplo, diretamente nas consultas produzidas, e sim, num resultado mais amplo, que seriam os resultados que essas consultas trazem sobre a saúde da população tal como o impacto gerado pelo planejamento dessas ações em relação aos indicadores de saúde desta população.

5.4 A importância e os benefícios trazidos pela utilização de ferramentas de planejamento em saúde na unidade de Saúde da Família.

Em relação à importância e aos benefícios trazidos pela utilização de ferramentas no planejamento das ações em saúde, foi possível identificar que, o planejamento, contribui e muito para o aperfeiçoamento da estratégia de saúde da família, pois, conforme relatam os informantes, contribuem para:

“O meu ponto de vista é bem ergonômico, eu não vou tá tipo perdendo um tempo precioso em localidades que não precisam do meu tratamento, então, o planejamento é importante pra eu atingir o foco”. (Informante I).

“através do planejamento se torna mais fácil realizar tais atividades.”. (Informante III).

“Acho que uma melhor organização né”. (Informante II).

“eu acho que sem planejamento a gente não consegue desenvolver nada, se tu não planejar tu fica que nem uma barata tonta lá”. (Informante V).

É possível descrever que o planejamento traz inúmeros benefícios, tanto para os profissionais que o utilizam, quanto para a população coberta pela unidade de saúde, podendo, contribuir até com a melhoria na cobertura do serviço, na eficiência e na efetividade das ações realizadas.

“a maior cobertura né, cobertura dos pacientes. Só que nem sempre agente consegue fazer toda cobertura porque agente tem 8.000 habitantes, e dois agentes de saúde, então agente consegue fazer esse acompanhamento e essa organização até onde vai, tem uma parte que é descoberta, tem outros que agente ainda não consegue chegar e ter um conhecimento melhor da comunidade, então o planejamento ajuda agente a seguir um pouquinho mais além”. (Informante II).

“Eficiência no trabalho né, a gente consegue ser efetivo, a gente consegue trazer mais benefícios pros pacientes né, a gente só planeja em prol deles, a gente planeja pra tá atendendo, trazendo qualidade, quantidade, pra demanda do que eles precisam. Acho que se não tiver planejamento a gente não consegue trabalhar. (Informante V).

Falando especificamente da ESF, podemos considerar o planejamento como a ferramenta capaz de possibilitar a melhora na produção e desempenho das unidades, elevando a eficácia e eficiência na realização das ações que garantam a saúde da população tal como a melhora na sua qualidade de vida, como por exemplo, ações de promoção e prevenção de doenças (TANCREDI; BARRIOS e FERREIRA, 1998).

Sabe-se que podemos alcançar objetivos sem planejamento, entretanto, na área da saúde e nos dias atuais, não se deve correr o risco de errar, pois, tais erros geram consequências para a saúde da população. Ou seja, para que se possa alcançar os objetivos almejados, somente através do planejamento será possível aumentar as chances de termos sucesso em nossas ações (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se importante descrever que, para que o planejamento seja possível, deve se considerar tanto quem planeja quanto para que e para quem se planeja. Ou seja, antes de tudo, é imperioso que se identifiquem as necessidades da população, a partir da realização de um diagnóstico, do permanente acompanhamento das famílias, do cadastramento das famílias de abrangência e do levantamento de indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos (BRASIL, 1997).

Cabe ressaltar um aspecto identificado junto ao serviço no município, que é a dificuldade de se encontrar dados, principalmente na literatura. Ou seja, percebe-se que os profissionais não investem na pesquisa e publicações de estudos. Investir na realização de estudos locais certamente poderia gerar dados e subsídios para a realização de um planejamento mais amplo dentro da própria unidade e no município. Tais dados certamente contribuiriam para o sucesso de um planejamento na região, desde que fossem identificadas informações de relevância e qualidade.

De acordo com alguns relatos, um dos principais problemas identificados junto as ESFs, esta relacionado a alta rotatividade ou falta de alguns profissionais nas unidades. Tal situação certamente compromete a realização do planejamento dentro das unidades, pois, como os profissionais não ficam muito tempo no serviço, acabam interrompendo o planejamento das próprias ações, impedindo ainda que se planejem outras ações que necessitem da presença deste determinado profissional.

Esses relatos descrevem o que hoje é um dos principais problemas na ESF no país e que contribui para o desmantelamento da ESF, que é a falta de profissionais e as seguidas trocas das equipes, que ocorrem principalmente a cada mudança de gestão. Tal situação ocasiona um sério comprometimento no atendimento, resultando assim na quebra de uma das principais virtudes da ESF, o vínculo (SOUZA, 2008; ROSA E LABATE, 2005).

Outro aspecto importante de mencionarmos ao descrever as fragilidades apresentadas na ESF e ao planejamento, está relacionado à falta de um número satisfatório de profissionais qualificados, com perfil para atuar junto ao serviço e com capacidade de planejar as ações em saúde a serem desenvolvidas pela unidade. Isto ocorre principalmente, conforme relata Araújo e Lima (2009), porque inúmeros profissionais possuem formação distanciada da saúde pública, não sabendo até mesmo os princípios básicos e norteadores do SUS, comprometendo seriamente as ações a serem desenvolvidas pela unidade/equipe e conseqüentemente, a saúde da população sobre a sua responsabilidade.

É imprescindível considerar um aspecto na realização do planejamento e que dentro desta pesquisa foi identificado, a falta de conhecimento acerca da região e também das especificidades locais em torno da unidade, principalmente pelo fato de muitos profissionais serem novos nas unidades e pela grande rotatividade. Sabe-se que para que seja possível planejar, conhecer bem a região e principalmente, como está distribuída a população e suas necessidades prioritárias, configuram como uma característica essencial para a realização do planejamento, já que, se não conhecermos a realidade sobre a qual planejamos, não será possível planejar.

Portanto, além de evitar o grande rodízio e a falta de profissionais nestas unidades, deve-se investir mais nos profissionais, ou seja, investir em capacitações e educação continuada, para que, no futuro, todos ou a grande maioria destes sejam capazes e aptos a utilizar as ferramentas de planejamento que comprovadamente, contribuem e muito para melhoria da qualidade dos serviços prestados, garantindo mais eficiência e eficácia nas ações e serviços de saúde.

Foi observado também, com base em alguns relatos, que ainda falta uma melhor integração equipe/equipe e equipe/comunidade para que o trabalho possa fluir da melhor maneira possível e conseqüentemente, auxiliar na realização do planejamento em saúde junto as ESFs.

Porém, para afinar a integração entre os profissionais e a comunidade, faz-se necessário investir no aperfeiçoamento das relações, sejam elas internas entre profissionais/profissionais e ou, externas, profissionais/população. Investir mais na integração da equipe e da sociedade para que se possa atingir os objetivos e metas almejados. Melhorar a integração entre a equipe de saúde e a população serve como fator estimulante para que a população exerça uma importante função dentro do SUS, que é a participação da população, conforme preconiza a lei orgânica nº 8.080/1990 e 8.142/90, exercendo sua função de cidadão na fiscalização, acompanhamento e planejamento da assistência em saúde dentro do SUS. (BRASIL, 1990; SHIMIZU E ROSALES, 2009).

Somente com atuações de forma integrada, poderemos valorizar um aspecto importante e de destaque dentro da ESF, que é o trabalho em equipe que deve ser constituído através de equipes multiprofissionais atuantes dentro de uma perspectiva interdisciplinar. A equipe trabalha prestando uma assistência integral e contínua para as famílias, permitindo também a continuidade do acompanhamento e um maior envolvimento dos profissionais para com a população pela qual se responsabilizou.

Neste processo de trabalho em equipe, todos os profissionais são de fundamental importância, entretanto, segundo relatos de alguns informantes, destaca-se o valor dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são considerados como uma ferramenta de planejamento que contribui para a realização das ações desenvolvidas pela equipe. Reforçando que, desde a sua criação, os ACSs são considerados peça de referência no elo entre as famílias/população e os demais profissionais de saúde (OLIVEIRA; SPIRI, 2006; PEDROSA; TELES, 2001).

TEIXEIRA et al (2000), reforça que para que a equipe de saúde da família possa atender as reais necessidades das famílias e principalmente, o compromisso com a qualidade de vida da população pela qual se tornou responsável, é indispensável que se tenha uma boa interação entre seus membros.

Nessas circunstâncias podemos dizer que valorizar o profissional, com o objetivo de fornecer condições para que o mesmo possa efetuar suas atividades com satisfação, pode ser uma ótima alternativa na diminuição da grande rotatividade de profissionais. Investir também na contratação de profissionais com perfil adequado para atuar junto a ESF configura também uma importante alternativa na construção de equipes sólidas, com comprometimento e principalmente, com potencial para formação do vínculo com a sociedade.

Ao melhorarmos as relações, conseqüentemente o serviço de saúde se fortalece, pois, poderá usufruir de uma característica específica e diferenciada dentro da ESF, que é a criação de parcerias entre o serviço e a comunidade. Essas parcerias certamente contribuem e muito para o fortalecimento do elo entre os próprios profissionais e também para com a comunidade, garantindo assim a especificidade da ESF de fazer saúde de forma diferenciada, com a participação da população e o comprometimento dos profissionais para com a saúde e qualidade de vida da população sobre sua responsabilidade.

Alguns relatos descreveram o quão importante são as relações de parceria entre os profissionais de saúde e a comunidade em geral, onde através da atuação em conjunto, em prol de uma mesma causa que é a saúde e o bem da população, todos sairiam ganhando.

Podemos considerar que, quando possuímos uma situação almejada, necessitamos do planejamento para buscá-la. As condições de saúde da população, tal como as suas reais necessidades de saúde, relacionadas a outros diversos fatores podem servir como fator de estímulo para a realização do planejamento, tendo em vista que, somente através do planejamento poderemos aumentar as possibilidades de termos sucesso na resolubilidade dos problemas de saúde que acometem a população adstrita.

Sabe-se que planejar sem a utilização de um método propriamente dito pode comprometer, de certa forma, o planejamento em saúde. Porém, acerca desta questão, concordo com Tancredi; Barrios e Ferreira (1998) que relata que o melhor método é aquele que possa contribuir de forma positiva com uma determinada situação. Ou seja, se forem utilizar métodos alternativos, criados com base nas especificidades pelas quais se planeja, certamente tais ferramentas alternativas poderão contribuir e muito pela busca do objetivo almejado.

Planejar, portanto, traz inúmeros benefícios para a estratégia de saúde da família, onde através do planejamento poderíamos melhorar uma importante proposta trazida pelo ESF, que é a formação do vínculo entre profissionais/população. Essas relações próximas, obtidas através da assistência contínua prestada pela ESF, pelo compromisso dos profissionais de saúde para com a população e pela responsabilização com a saúde da comunidade, certamente expressam o quão diferenciada é a ESF e sua proposta de trabalho.

Todas estas especificidades apresentadas é que tornam a ESF como um modelo de reorganização da saúde no país. E unicamente através da utilização e criação de novas ferramentas e métodos será possível implementar cada vez mais os mecanismos de planejamento dentro da ESF. Tendo em vista que, para que se possa planejar, deve-se estar inserido no meio e na realidade da comunidade para o qual se planeja, ou seja, estar inserido na população que será o alvo final do objetivo do planejamento, sempre com vistas para a garantia dos direitos da população, para que a mesma tenha prevenção e promoção em saúde e principalmente, qualidade de vida.

Somente através de muito planejamento, equipes completas, qualificadas e empenhadas com a população sobre sua responsabilidade, com instrumentos capazes de melhorar a utilização do planejamento em saúde, sejam eles já conceituados ou elaborados de acordo com as especificidades locais, que será possível resolver os 85% das necessidades da comunidade, propostos pelo Ministério da Saúde, garantindo assim uma saúde digna e comprometida com as reais necessidades da população.

Seja através de métodos comprovadamente eficazes de planejamento como é o caso do Planejamento Estratégico Situacional – PÉS ou através da utilização de ferramentas alternativas e adaptadas às realidades locais, o fato é que não podemos deixar de utilizar o planejamento em saúde, pois, sem a utilização desta ferramenta essencial, estaremos cada vez mais distantes das ações eficientes e eficazes em prol da gestão qualificada em saúde, da consolidação do SUS e da reorientação da saúde no país.

6.1 Limitações da Pesquisa

Durante a realização deste estudo foram evidenciadas uma série de limitações, dentre elas, o fato da dificuldade de se obter dados de relevância acerca da Estratégia de Saúde da Família no município de Uruguaiana.

O pouco número de informantes também foi considerado como um fator limitador dentro do estudo, pois, eram apenas duas unidades de saúde da família no município, com apenas sete profissionais aceitando participar do estudo, já que dois não aceitaram participar.

Outra importante limitação foi acerca do instrumento de coleta de dados, que limitou uma melhor obtenção de dados de maior relevância acerca do tema e dos objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

ALVES A. R. O uso da epidemiologia no planejamento das ações de saúde: um estudo nos PSF's de Formiga-MG. Bambuí/MG. **Centro Federal de Educação Tecnológica de Bambuí**. 2008.

ARAÚJO, M.B. A Equipe de Saúde no PSF: mudando práticas? Estudo de Caso no município de Natal/RN. Natal (RN): **Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**; 2004.

ARAÚJO; M.F.S.; LIMA; G.D. A estratégia saúde da família dentro do sistema único de saúde. **CAOS – Rev. Eletrônica de Ciências Sociais**. Paraíba, v.1,n.14,p.30-49, Set.2009.

BARBOSA; P. R.; CARVALHO; A. I. Organização e funcionamento do SUS, – Florianópolis : **Departamento de Ciências da Administração / UFSC**; [Brasília] : CAPES: UAB, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 196/96). **Diário Oficial da União**, 16 out. 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>. Acessado em: 12 de dezembro de 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento E Gestão; Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro. 2009.

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf

Acesso em: 06/12/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n° 8.080 PR/CN**, 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. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: ministério da Saúde; 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1. Brasília, Departamento da Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção a Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Consolidado histórico de cobertura da estratégia de saúde da família. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> Acesso em: 06/12/2011.

_____. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php, Acessado em 21 de março de 2011.

_____. Secretaria de Assistência a Saúde; Departamento da Atenção Básica – Datasus; Secretaria Municipal de Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica SIAB. Uruguiana, 2012.

_____. Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : instrumentos básicos / **Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento / **Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento**. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMON, V. A. **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, Coopmed, 2010. 114p.

CASTIEL, L. D.; RIVERA, F. J. U. Planejamento em saúde e epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, 1985.

CHORNY, A. H. Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

COSTA; G.D.; et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62,n.1,p.113-118, jan-fev.2009.

CUBAS; M. R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Rev. Brasileira de enfermagem**. 2005. Vol.58, n.3; 278-283

DAGNINO; R. P. Planejamento estratégico governamental – Florianópolis: **Departamento de Ciências da Administração/UFSC**; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. PIB municipal do Rio Grande do Sul. **FEE/Centro de Informações Estatísticas/Núcleo de Contabilidade Social**. Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: www.fee.tche.br/sitefee/download/pib/municipal/tab13_2009.xls
Acessado em: 11/01/2012

GONZÁLES; M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1587-1597, 2009.

KURCGANT, P; CIAMPONE, M.H.T; MELLEIRO, M.M. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(3):351-5.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. Gestão dos sistemas e serviços de saúde – Florianópolis : **Departamento de Ciências da Administração / UFSC**; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1995. 300 p. Tese (Doutorado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA; E.M; SPIRI;W.C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, Botucatu, v.40,n.4,p.727-733, fev.2006.

PEDROSA; J.I.S.; TELES; J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**. v.35,n.1,p.303-311. Fev.2001.

POLIT, D.; BECK, C.; T.; HUNGLER, B.; **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POPE, C.; MAYS, N.; **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. , P. F. Ananyr – 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

RIBEIRO; E.M. As várias abordagens de família do programa saúde da família (PSF). **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. V.12,n.4,p.658-664, Jul-Ago.2004

RIVERA, F. J. U. ; ARTMANN, E. planejamento e gestão em saúde: Flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Rev. Ciência e saúde coletiva*, 4(2):335-365,1999.

ROSA; W.A.G.; LABATE; R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13,n.6,p.1027-1034, nov-dez. 2005.

SANTOS, M. H. A. V.; FIGUEIREDO, M. I. T.; BORGES, O.; SANTANA, Z. H.; MONEGO, E. T. - Diagnóstico em saúde coletiva - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família do setor Vila Nova. Gurupi (TO). *Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial*, dez 2004. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/I_coletiva.html Acesso em: 06/12/2011

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Planejamento de Saúde: Conhecimento & Ações. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. São Paulo, 2006.

SHIMIZU; H.E.; ROSALES; C. As práticas desenvolvidas no programa saúde da família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62,n.3,p.424-429, maio-jun.2009.

SOUZA; M.F. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61,n2,p.153-158,mar-abr.2008.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde, volume 2. São Paulo : **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, 1998.

TINOCO, A. da F.. Técnicas de uso mais corrente no planejamento de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 14, n. 4, 1980.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Diagnóstico local de Saúde – Município de Uruguaiana. Escola de Administração – UFRGS. Porto Alegre, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Diagnostico_Local_Uruguaiana-RS.pdf Acesso em: 06/12/2011.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Programa saúde da família. **Rev. de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.316-319, Jun.2000.

VANDERLEI; M. I. G.; ALMEIDA; M. C. P. A Concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, março-abril, vol. 12, nº 002. p. 443-453. Rio de Janeiro, 2007.

VENDRUSCOLO, C.; KLEBA, M. E.; KRAUZER, I. M.; HILLESHEIM, A. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2010 31(1):183-6.

WITT R.R, ALMEIDA M.C.P. Competências gerenciais da enfermeira na atenção básica. **Revista Paulista de Enfermagem**. 2006; 25(3): 170-6.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Através deste termo gostaríamos de convidá-lo(a) a participar de nosso estudo denominado: **AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

O objetivo do mesmo é Analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no planejamento das atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família.

A presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovada pelo mesmo e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana.

Concordo em participar de forma voluntária deste estudo e que fui devidamente informado(a) de forma clara e detalhada sobre as questões relacionadas ao estudo e ao objetivo do mesmo.

Tenho ciência de que os dados serão coletados através de gravação digital com posterior transcrição, e que os mesmos serão destruídos em 5 anos. Tais dados obtidos através deste estudo poderão ser divulgados para publicação, entretanto, o anonimato de meus dados de identificação e da unidade serão preservados. A minha desistência da pesquisa pode ocorrer em qualquer momento sem acarretar qualquer dano, prejuízo ou penalidade.

Eu _____, ao assinar este documento, declaro ter lido, ou me foi lido, ter entendido as informações citadas acima e concordo em participar da pesquisa acima descrita, de autoria do Enfermeiro Leonardo Dicson Sanchez Betin, sob a orientação do Professor Takevoshi Imasato.

Confirmo o recebimento de uma das duas cópias do termo de consentimento, tendo a outra ficado com o pesquisador.

Assinatura do Informante: _____

Leonardo Dicson Sanchez Betin – Aluno/Pesquisador – Assinatura: _____

Telefone para contato: (55)99112977

Takevoshi Imasato – Professor Orientador

Uruguaiana, ____ de _____ de 2012.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Nome: _____

Unidade de Saúde na qual trabalha: _____

Formação/Titulação: _____

Tempo de serviço/experiência na unidade: _____

Data da Coleta: ___/___/_____ Hora: ___:___.

1 - Há planejamento em saúde na sua unidade? Como é realizado o planejamento das atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família?

2 - No seu ponto de vista, qual o profissional mais importante para realizar o planejamento das ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família?

3 – Que ferramentas você utiliza para realizar o planejamento em saúde na sua Unidade?

4 - Qual a importância em planejar as ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde?

5 - Dentro de sua formação você teve disciplinas/cursos que abordavam planejamento em saúde?

6 - Quais benefícios o planejamento em saúde pode trazer para a população coberta pela sua Unidade de Saúde da Família?

