

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

THE SITUATIONAL STRATEGIC PLANNING IN THE FAMILY HEALTH TEAM OF A SMALL MUNICIPALITY

Cássia Regina Gotler Medeiros

Mestre em Enfermagem. Centro Universitário UNIVATES – 16ª CRS/SES

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha.

Mestre em Psicologia Social. Centro Universitário UNIVATES

Ioná Carreno

Mestre em Saúde Coletiva. Centro Universitário UNIVATES

Ana Lúcia Bender Pereira

Mestre em Administração. Centro Universitário UNIVATES

Lúcia Adriana Pereira Jungles

Bolsista de Iniciação Científica. Centro Universitário UNIVATES – 16ª CRS/SES

Correspondência

Rua Saldanha Marinho, nº 428 - Centro

Lajeado – RS - CEP 95900-000

e-mail: cassiargm@terra.com.br

e-mail: olindas@univates.br

e-mail: licarreno@univates.br

e-mail: abpereira@brturbo.com.br

e-mail: lapjungles@univates.br

RESUMO

Este relato trata de uma experiência sobre a aplicação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como uma metodologia de trabalho em uma equipe de saúde da família de um município de pequeno porte, da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS. Objetivou conhecer a realidade do município, seus pontos positivos e dificuldades para o planejamento e avaliação das ações em saúde, capacitando, assim, para a resolução dos problemas locais. O estudo foi realizado em 2007 e os encontros ocorreram no município. Durante todo o processo foram observados, identificados e registrados os aspectos positivos e as dificuldades do município em planejar, executar e avaliar ações em saúde, para posteriormente realizar a análise qualitativa destes dados. A equipe foi bastante receptiva com a proposta do trabalho, participando ativamente do processo. A integração na equipe de saúde foi um ponto positivo para a aplicação do método do PES, assim como o apoio dos gestores locais. As principais dificuldades foram a heterogeneidade de escolaridade na equipe de saúde, a falta da prática de um planejamento mais sistematizado e da pouca reflexão sobre as ações de saúde desenvolvidas no cotidiano. Uma constatação importante é perceber o crescimento da equipe de saúde, que se apropriou do PES e propôs ações práticas aplicáveis à realidade do município.

PALAVRAS-CHAVE

Planejamento estratégico. Saúde da família. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

This report is an experience on the implementation of Situational Strategic Planning (SSP) as a methodology for work in a health team of a small municipality of the 16th Regional Health Coordination. It aimed to know the reality of the municipality, its positive points and difficulties for the planning and evaluation of health actions, thus empowering people for the resolution of local problems. The study was conducted in 2007 and the meetings were held in the municipality. During the whole process we observed, identified and recorded the positive aspects and the difficulties of the municipality scheme, implemented and evaluated health actions and then performed the qualitative analysis of these data. The health team was very receptive to the proposal of the work, participating actively in the process. The integration of the health team was a positive point for the application of the PES method, as well as the support of local managers. The main difficulties were the heterogeneity of schooling in the health team, the lack of the practice of a more systematized planning and little reflection on the health actions developed in everyday life. An important fact is to perceive the growth of the health team, which has got hold of PES and proposed practical actions applicable to the reality of the municipality.

KEY WORDS

Strategic planning. Family health. Public health policies.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Brasileira de 1988 e da Reforma Sanitária intensificou-se o processo de descentralização da gestão em saúde “inaugurando um ciclo descentralizador, em que se destaca a transferência de recursos e encargos da União para os governos Estaduais e, sobretudo para os Municipais” (FARAH, 2003, p.92).

Neste novo contexto, a qualificação da organização das ações locais em saúde é fundamental para a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, a universalidade, integralidade, equidade e participação social, e das suas formas de organização; a regionalização e a hierarquização.

A Lei nº. 8.142/90 (BRASIL, 1990) estabelece como critério para o repasse de recursos financeiros aos municípios, que estes apresentem o plano de saúde e relatórios de gestão. Estas ferramentas foram desenvolvidas para subsidiar os municípios para a gestão local da saúde, bem como, para proporcionar condições de monitoramento e avaliação pelo gestor estadual e nacional. No entanto, o que se observa é uma dificuldade de grande parte dos municípios em utilizarem estas ferramentas para o gerenciamento das ações de saúde.

Os planos de saúde, relatórios de gestão e as pactuações de indicadores de saúde, muitas vezes são realizados apenas para cumprir com a legislação, garantindo o repasse de recursos. No entanto, é consenso que a qualidade da gestão é condição para a resolutividade dos serviços públicos de saúde, portanto, é importante que a equipe de saúde aproprie-se de conhecimentos que possibilitem a qualificação das ações de saúde.

As Instituições de Ensino Superior devem ser um espaço de reflexão e discussões sobre as problemáticas regionais, criando mecanismos de intervenção nesta realidade, contribu-

indo para o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento e resolução dos problemas locais. Neste aspecto, podem-se estabelecer parcerias com os gestores municipais, com o objetivo de apoiá-los neste processo.

Esta experiência sobre a aplicação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como uma metodologia de trabalho em uma equipe de saúde da família de um município de pequeno porte, efetivou a aproximação entre a universidade, a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e um município, sob a forma de uma ação planejada de caráter educacional e técnico. Ela teve por objetivo auxiliar no desenvolvimento de processos de gestão que potencializem a capacidade de resolução dos problemas locais, oportunizando o conhecimento das possibilidades da implementação de uma metodologia de intervenção, junto à gestão pública de saúde. A metodologia proposta para esta intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus (1996), que se compõe de quatro momentos: explicativo, que consiste em identificar, priorizar e analisar os problemas; normativo, quando se faz o desenho do que deve ser; estratégico, que avalia a viabilidade e tático-operacional, que é o fazer.

A 16ª. CRS é composta por 42 municípios, sendo que a grande maioria tem menos de 5.000 habitantes. Estes municípios de pequeno porte encontram dificuldades no processo de gestão da saúde, tendo em vista problemas como a falta ou rotatividade dos profissionais de saúde, ao número reduzido de serviços de assistência de média complexidade, a dificuldade no acesso às referências regionais e deficiente infra-estrutura para a atenção básica. Muitos destes têm implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde uma equipe é suficiente para oferecer 100% de cobertura populacional, como é o caso do município onde foi realizada a experiência.

Outros estudos abordam o tema, tais como o realizado por Cubas (2005), com o título “Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde” e o realizado por Teixeira e Melo (1995) sobre “O planejamento estratégico situacional em distritos sanitários: uma experiência no município de São Paulo”. Entretanto, nenhum destes trabalhos foi realizado em município de pequeno porte.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O município foi escolhido intencionalmente pelos autores, devido ao conhecimento prévio sobre sua receptividade na perspectiva de viabilizar uma intervenção de planejamento com enfoque no PES. O município não será identificado, tendo em vista o compromisso de sigilo assumido com a equipe de saúde no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVATES, sob o Protocolo nº 36/2007.

A experiência ocorreu no período de maio a novembro de 2007, durante oito encontros, num intervalo de aproximadamente 15 dias, com exceção do mês de julho, quando ocorreu a Conferência Municipal de Saúde, e a equipe estava ocupada com a organização da mesma, cujas deliberações também foram utilizadas no processo de planejamento.

Este município possui 2.233 habitantes, área territorial de 92 km², e é dividido em 5 micro-áreas pela ESF. A economia é predominantemente agropecuária, principalmente agricultura familiar (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Conforme dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) de 2006, o município tem 876 famílias cadastradas, média mensal de visitas domiciliares por família 1,10, média anual de consultas médicas por

habitantes nas especialidades básicas de 1,5, houve um óbito infantil neste ano, mas uma série histórica de zero nos últimos três anos. A proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal foi de 87,5%.

A rede de atenção à saúde é constituída por uma unidade de saúde da família e uma unidade básica de saúde em uma das micro-áreas, devido à distância da sede do município. A equipe de saúde do município é composta por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar de consultório dentário (ACD), um dentista, um enfermeiro, um médico, um psicólogo e um técnico de enfermagem. Não possui hospital, encaminhando os usuários para serviços de referência em outras cidades da região.

Os gestores municipais mostraram-se receptivos à proposta, manifestando-se favoráveis ao desenvolvimento da experiência. Alguns membros da equipe, especialmente os ACS, adotaram uma postura mais reservada, diante de uma proposta diferente da sua experiência cotidiana, já outros demonstraram curiosidade e interesse na realização do trabalho.

De acordo com a problemática da dificuldade percebida na utilização de ferramentas de gestão para o planejamento, descrita na introdução deste relato, o município escolhido não realiza o processo de planejamento contemplando todas as fases do PES. Conforme relato da equipe de saúde, o planejamento é realizado assistematicamente, nos intervalos, em locais e momentos pouco apropriados, envolvendo principalmente a discussão de casos de usuários. “*Encontramos na cozinha, nos corredores, nos consultórios e nas reuniões de quinta-feira*”. (DENTISTA)

Nas reuniões semanais da equipe ocorre o planejamento das ações sem seguir qualquer metodologia. Alguns profissionais, especialmente os com formação em nível de graduação, são os que propõem e os demais mem-

bros da equipe executam as ações. Conforme Matus (1996), não deve haver separação entre quem planeja e quem executa. No município em estudo, constata-se que isto não ocorre, conforme fala a seguir:

Neste modelo de planejamento os atores são os colegas de nível superior (escolaridade) que trabalham na unidade. Porém, aqueles que estão em um turno integral levam adiante o planejamento. (PSICÓLOGA)

Este planejamento é feito apenas para ações pontuais, não levando em consideração ações a médio e longo prazo. A equipe de saúde na maioria das vezes não realiza o registro das atividades, bem como a avaliação dos resultados. Esta avaliação ocorre informalmente, através principalmente da opinião da comunidade. Referem não haver tempo e organização para planejar, registrar e avaliar as ações. Algumas vezes, a divergência de idéias entre a equipe também dificulta o planejamento. Houve relato de que os mesmos erros se repetem e não se determinam prazos para as ações. *São coisas informais sem resultados, pois não temos tempo para avaliação e continuamos sempre cometendo os mesmos erros.* (TÉCNICO DE ENFERMAGEM). *São coisas informais sem ter nada registrado, pois não temos tempo para avaliar.* (AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO)

Verificou-se que quase a totalidade da equipe desconhece o Plano Municipal de Saúde e a maioria dos indicadores epidemiológicos do município. *[As prioridades] são definidas através do que era mais urgente do ponto de vista do grupo.* (MÉDICA)

As ações prioritárias são estabelecidas de acordo com demandas imediatas oriundas da população e dos órgãos governamentais, muitas vezes a partir de percepções individuais.

Seguindo a metodologia descrita por Ma-

tus (1996) o primeiro passo do momento explicativo do PES consiste em identificar, priorizar e analisar os problemas.

Problema é uma diferença entre a realidade vivida e a desejada ou idealizada. Pode ser uma doença, uma insuficiência de recursos ou uma ausência de determinado serviço de saúde, ou seja, fatos condicionantes ou determinantes que explicam uma carência, um sofrimento ou uma necessidade individual ou coletiva. O entendimento sobre o que é um problema varia de acordo com o referencial social, cultural, político e técnico do ator social que está explicando a situação, isto é, dos sujeitos que participam do processo de planejamento. (TEIXEIRA, 2001, p. 13-14).

A identificação dos problemas se dá a partir da percepção do grupo envolvido, ou seja, individualmente e sem autocrítica, cada participante expõe o que considera problemas relevantes. Após serem listados todos os problemas, realiza-se a análise de duplicidade, ou seja, são agrupados os problemas por temas (escritos de formas diferentes) e quantificados.

Este passo de identificação dos problemas foi realizado utilizando uma dinâmica de grupo, onde a equipe de saúde tinha por tarefa apresentar o município aos autores. Através da montagem de um painel, utilizando-se a técnica de colagem de figuras, foi representada a sua percepção sobre o município e a realidade em que vivem.

Após, foi solicitado que cada integrante da equipe anotasse em papeletas cinco problemas relevantes para a saúde do município, que foram agrupados por temas, formando um segundo painel, que ficou afixado na sala de reuniões. Foram listados, a seguir, os principais problemas levantados, em ordem decrescente conforme o número de vezes que os mes-

mos foram apontados: alcoolismo, depressão, hipertensão, automedicação, lixo, problemas intra-familiares, dislipidemias, tabagismo, adolescência, câncer, vergonha de coletar citopatológico de colo uterino, falta de lazer, cárie, falta de higiene, erros alimentares, estabelecer prioridades para tratamento e distúrbio mental.

No término do encontro, em avaliação com um membro da equipe, este colocou que os ACS não estavam conseguindo entender a proposta e a atividade realizada. Embora já tivesse sido apresentado como se daria o processo de planejamento na metodologia do PES, a partir desta dificuldade inicial, os autores decidiram especificar novamente, no próximo encontro, todos os passos que seriam realizados, para dar uma idéia geral para a equipe, situando-os no processo.

Assim, no encontro seguinte, os autores inicialmente apresentaram os momentos que compõe o PES e abriram espaços para questionamentos da equipe. No entanto, esta se manteve ainda em uma postura de escuta, havendo pouca interação na discussão sobre o tema, devido ao fato de que a preocupação dos ACS estava voltada para a resolução imediata dos problemas da comunidade, em especial com formas de envolvê-la e comprometê-la com estas soluções.

Como os autores perceberam que, em alguns momentos, havia certa dificuldade em manifestar os pensamentos, ficou estabelecido que, após cada encontro, a equipe preencheria um instrumento de avaliação, chamado Diário de Bordo. O mesmo era preenchido em outro momento, individualmente e sem necessidade de identificação, entregue aos autores no encontro seguinte.

Dando continuidade ao processo do PES, ainda no **Momento Explicativo**, para a **identificação dos problemas**, utilizou-se a análise dos dados e indicadores epidemiológicos,

pois, o cruzamento destes dados auxilia na identificação dos problemas.

Segundo Paim (2006, p.773) “os dados epidemiológicos devem ser desagregados e produzidas informações segundo distribuição espacial por faixa etária, sexo, raça, classe ou extrato social”. Para Teixeira (2001), a contribuição da epidemiologia, implica na definição do que (problema), do quando, do onde e, principalmente, de quem são os grupos sociais afetados pelos problemas.

Conforme Drumond Jr. (2006) a epidemiologia contribui com a missão de produzir saúde por meio da produção de conhecimento e desenvolvimento de ações de impacto coletivo, voltadas à identificação e intervenção sobre problemas que dificultam o alcance do objetivo de melhorar a situação de saúde de indivíduos e populações.

Assim, os autores apresentaram dados epidemiológicos do município, obtidos através dos Sistemas de Informação em Saúde. Estes dados geraram debates e reflexões no grupo, observando-se que alguns destes dados não eram conhecidos pela equipe, apesar de serem gerados pelo registro das ações da própria equipe.

Durante a experiência, ocorreu a Conferência Municipal de Saúde que contribuiu para a identificação de problemas a partir da participação da população local, que se manifestou no evento indicando as prioridades para a saúde do município. Um dos autores participou desta conferência como palestrante.

Combinou-se que para o encontro seguinte a equipe faria um levantamento de dados epidemiológicos do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e do Relatório de Gestão Municipal. A partir do conjunto de todas as informações coletadas foi iniciado no **Momento Explicativo** o segundo passo do PES, que consiste na seleção e priorização dos problemas.

Para Rivera (1989, p. 125) “o momento explicativo coloca a complexa tarefa de selecionar problemas e descartar outros”. Segundo Teixeira (2001) a determinação de prioridades é a escolha de problemas e ações aos quais se concederá um investimento maior em termos de intensidade das intervenções. Este processo não implica em ignorar a existência de outros problemas, simplesmente a determinação de prioridades é um procedimento necessário dado o caráter praticamente ilimitado dos problemas.

Conforme Teixeira (2001) a determinação de prioridades pode ser discutida em dois planos: **quem** e **como** se determinam. Ou seja, **quem** determina as prioridades pode ser um processo autoritário, se a autoridade política define as prioridades sem levar em conta as visões dos demais **atores**, ou participativo, se resulta de um debate e uma negociação em que interagem as visões dos diversos atores sociais.

O planejamento pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores em saúde nos processos de produção. Da parte das pessoas que se vinculam aos serviços e equipes de saúde, a gestão participativa pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo na conquista do direito à saúde (PAIM, 2006, p. 778).

Como os problemas são priorizados pode dar-se a partir da utilização de critérios objetivos, defendida pelos teóricos do planejamento, buscando com isso uma racionalidade técnica que, entretanto, deve ser articulada à racionalidade política dos atores sociais participantes do processo. Os critérios comumente utilizados são: Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos.

Assim, para a **seleção e priorização dos problemas do Momento Explicativo**, propôs-se a elaboração de um painel de proble-

mas, a partir das informações coletadas no encontro anterior. Após, a equipe foi separada em pequenos grupos, que tinham como objetivo, escolher os problemas prioritários, e apresentá-los, posteriormente, ao grande grupo.

Para objetivar a priorização, utilizaram-se os critérios de **importância** e **urgência**, pontuando-os de 1 a 5. Para o critério importância (alta, média e baixa), procura-se responder as perguntas: quais as consequências? Quantas pessoas são atingidas? Que recursos financeiros, humanos e sociais são despendidos para atender ao problema? E, qual o impacto social? Para o critério de urgência, define-se arbitrariamente um total de pontos que deverá ser respeitado na distribuição de pontos para cada problema.

O grupo de autores realizou a tabulação das pontuações, resultando na escolha dos três principais problemas: alcoolismo, depressão e lixo. Selecionou-se o problema a ser trabalhado, levando em consideração a capacidade de enfrentamento do mesmo pelos atores que estavam planejando, ou seja, dentro da capacidade, parcialmente dentro, ou fora da capacidade. O problema escolhido foi o do lixo.

Na análise da capacidade de enfrentamento surgiram questões como a dificuldade em trabalhar o problema da depressão, por não se sentirem capacitados para tal, embora julgassem que trabalhar a conscientização em relação ao lixo também fosse um problema difícil de ser enfrentado, pois implica em mudanças culturais.

Seguindo o Momento Explicativo, iniciou-se a análise do problema – o lixo, que consistiu em descrever e explicar cada problema selecionado para identificar as causas e consequências.

Para tanto, é necessário caracterizar o problema, pois, segundo Matus (1996 apud HU-

ERTAS, 1996, p. 37) “o PES exige, como primeiro passo, que o problema seja descrito, que se faça a enumeração precisa dos fatos que mostram que o problema existe.”

De Toni (2004) acrescenta que, na explicação da realidade temos que admitir e processar a informação relativa a outras explicações de outros atores sobre os mesmos problemas, isto é, a abordagem deve ser sempre situacional posicionada no contexto.

Assim, sempre que possível deve-se construir indicadores para posteriormente avaliar o impacto do plano sobre o problema e, os mesmos devem ser precisos e monitoráveis.

Matus (1996 apud HUERTAS, 1996) também salienta que, antes de explicar um problema é indispensável definir seu conteúdo, pois o nome de um problema é sujeito a inúmeras interpretações onde ficamos expostos ao risco de ter de explicar três ou quatro problemas diferentes imaginando que se trate de um só.

Outro aspecto a considerar consiste na determinação das causas do problema, ou seja, porque existe o problema, quais as consequências e o que resulta deste problema?

Para Rivera (1989, p. 125) “a partir da seleção dos problemas, surge a necessidade de explicar as causas de cada problema e do conjunto de problemas que marcam a situação inicial do plano.”

Segundo Teixeira (2001, p. 22) “pode-se utilizar uma matriz de dados para construção do Fluxograma Situacional ou, em uma forma mais simples, a árvore de Problemas”.

Vale salientar que, em sequência ao **Momento Explicativo** do **PES**, encontra-se o **Momento Normativo**. Entretanto, os momentos não estão numa sequência linear, pois, segundo Rivera (1989, p. 132) “na planificação situacional, quando destacamos um problema ou um conjunto de problemas, em alguma medida, imprecisa, temos avançado no

momento normativo, como se este último fosse prévio”. Portanto, a explicação situacional exige uma série de interações entre o momento explicativo e o momento normativo, até que ambos sejam precisados em uma situação, o que se buscará realizar a seguir.

Assim, no **Momento Normativo**, inicialmente elabora-se uma planilha de causas e soluções. A partir desta planilha, para cada solução estabelece-se um Plano de Ação, contendo os seguintes itens: a) resultados esperados; b) atividades ou ações a serem realizadas; c) responsável (eis) pela ação; d) participantes da ação; e) prazo e, f) recursos humanos e materiais.

Elaborou-se uma planilha com o problema escolhido pelos participantes - Lixo, estabelecendo suas causas e prováveis soluções, o que caracteriza o início do **Momento Normativo**. A partir de cada causa elencada foi proposta a elaboração de um plano de ação. Uma das causas foi trabalhada pela equipe de saúde em conjunto com os autores, ficando o restante do plano de ação a ser elaborado somente pela equipe do município, com o objetivo de que eles pudessem de forma autônoma vivenciar o processo.

No próximo encontro os autores apresentaram os planos de ação e a partir de então se realizou a análise estratégica e de viabilidade, o que representa o **Momento Estratégico**.

Para Azevedo (1992, p.131) o **Momento Estratégico** relaciona-se à questão da viabilidade, ou seja, aos obstáculos a vencer para aproximar a realidade da situação eleita como objetivo.

É nesse momento que deve se dar o cálculo para a superação dos obstáculos que se colocam para a efetivação de mudanças, sejam eles relativos à escassez de recursos econômicos, políticos ou institucionais-organizacionais. Está centrado na identificação do “que pode ser”.

Assim, apresentou-se para a equipe de saúde um modelo de planilha de avaliação a ser utilizado após a implementação do plano de ação. Esta fase consiste no Momento Tático-Operacional.

Para Azevedo (1992, p.131), o Momento Tático-Operacional é “o fazer”, é o momento decisivo do planejamento situacional.

Já que o planejamento é concebido como cálculo que precede e preside a ação, as possibilidades ou o alcance do processo de planejamento se darão pela capacidade desse cálculo alterar, conduzir, orientar as ações presentes. É o momento tático-operacional que articula o planejamento situacional de conjuntura com o planejamento de situações-perspectivas.

Este momento do PES não teve a participação dos autores, pois não era o objetivo do presente trabalho, cabendo à equipe do município dar seguimento ao processo, que foi desencadeado a partir de então.

No último encontro realizou-se uma avaliação de todo processo vivido pelos participantes, por meio de instrumento previamente elaborado pelos autores com objetivo de estabelecer um paralelo entre as formas de planejamento anteriores ao início da experiência e após a aplicação do PES.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da experiência, percebeu-se como uma das dificuldades, o fato da equipe de saúde do município não ter como parte de sua prática o processo de planejamento a partir da análise mais aprofundada dos problemas. As ações são planejadas a partir de problemas pontuais, visando efeitos imediatos, de forma assistemática. A preocupação maior da equipe de saúde centraliza-se em torno da execução das tarefas cotidianas, disponibilizando pouco tempo para a reflexão sobre o processo de trabalho, dificultando ações de planejamento e avaliação.

Um dos pontos positivos percebidos durante a experiência foi a constatação de que havia uma integração entre os componentes da equipe, com a participação destes, efetivamente, em diferentes momentos de organização e planejamento das ações e serviços de saúde, mesmo que sem uma metodologia definida. A equipe realiza reuniões semanais, durante um turno, em que todos os membros da ESF participam e a unidade permanece fechada. Outro ponto positivo foi verificar a participação efetiva do Secretário Municipal de Saúde em todo o processo.

Entre os ACS perceberam-se diferentes comportamentos, alguns mais falantes, participativos, outros mais reservados e, até certo ponto, dando a sensação inicial de estarem inseguros frente à participação externa nas reuniões da equipe. Este estranhamento era esperado, à medida que os autores vêm apresentar uma forma diferente de trabalhar a questão do planejamento da saúde no município, o que poderia significar, numa primeira interpretação, de que a forma de trabalho até então desenvolvida não seria adequada.

Uma dificuldade percebida na aplicação do PES foi o envolvimento de toda a equipe de saúde no processo, por ser muito heterogênea na questão da escolaridade. Alguns ACS, por exemplo, apresentaram dificuldades de expressar suas idéias ao grupo, talvez por receio de que elas não tivessem relevância.

No desenrolar dos encontros, observou-se que a equipe de saúde foi ampliando a adesão à proposta do exercício do PES, contribuindo positivamente no diagnóstico da realidade local e na proposição de ações relativas aos problemas detectados. Essa constatação é relevante, pois permite dizer que há a possibilidade de ampliar-se o trabalho com base no planejamento, desde que as equipes de saúde tenham acesso aos instrumentos necessários.

A equipe de saúde manifestou em suas avaliações nos últimos encontros, que a forma de planejar depois da experiência ficou mais participati-

va e focada em resultados a partir de problemas do cotidiano, o que permitiu maior envolvimento de todos os atores. Esta conclusão demonstra que, apesar desta equipe ter na sua história a prática da análise da realidade e o planejamento de seu trabalho no município, havia dificuldades que impediam o alcance de melhores resultados, relacionadas ao desconhecimento de instrumentos de planejamento e avaliação das ações de saúde, como as matrizes propostas pelo PES.

Para a equipe de autores, foi importante perceber o crescimento da equipe municipal de saúde, apropriando-se do PES e propondo ações práticas aplicáveis à realidade deste município de pequeno porte. Esta constatação reafirma a idéia de que o PES é uma ferramenta que tem potencial para ser utilizado também em outros municípios de porte semelhante, ao propiciar um diagnóstico da realidade local, identificando os problemas e, a partir daí propor ações que promovam mudanças na situação de saúde da comunidade. Considera-se que as limitações à utilização do PES por municípios de pequeno porte, possam ser o tempo necessário a sua execução e a possibilidade da participação de todos os componentes da equipe, devido ao número reduzido destes e a necessidade de interromper parcialmente o trabalho de assistência. O envolvimento do gestor municipal no processo também é fundamental para a utilização sistemática desta proposta de planejamento.

Agradecimentos

Ao Fisioterapeuta Glademir Schwingel, Mestre em Ambiente e Desenvolvimento, 16ª CRS/SES, pela participação na execução do estudo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C. da S. Planejamento e Gerência no Enfoque Estratégico-Situacional de Carlos Matus. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8,

n. 2, p. 129-133, abr/jun. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 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 intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília, 1990.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro – Fiocruz, 2006.

CUBAS, M. R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, Jun 2005. p. 278-283.

DE TONI, L. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? **Revista Espaço Acadêmico**. n. 32, 2004. Disponível em: <http://espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>. > Acesso em: 18 out. 2007.

FARAH, M. F. S. Gestão pública local, novos arranjos institucionais e articulação urbano-regional. In: GONÇALVES, M. F. (Org.). **Regiões e cidades, cidades nas regiões: o desafio urbano-regional**. São Paulo: Ed. UNESP, 2003.

HUERTAS, F. **O método PES: entrevista com Matus**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados populacionais, 2007**. Disponível em: < www.ibge.gov.br >. Acesso em: 10 maio 2007.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1996.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro – Fiocruz, 2006.

TEIXEIRA, C. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. O planejamento estratégico situacional em distritos sanitários: uma experiência no município de São Paulo. In: TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. **Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 69-85.

