

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E A SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Juliano Polese Branco (UNIPLAC)

jpolese@uniplac.net

Flávio José Simioni (UDESC)

fjsimioni@hotmail.com

Elisabete Stradiotto Siqueira (UFERSA)

betebop@uol.com.br

Erlaine Binotto (UFGD)

e-binotto@uol.com.br



A gestão da saúde no Brasil vem passando por diversas transformações no decorrer dos últimos anos, entre elas a descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, principalmente após a criação das Leis 8.080/90 e 8.142/90 e a Ementa Constitucional nº 29/90. Com isso, faz-se necessário a implantação de novas metodologias de trabalho, principalmente no que tange a gestão, para dar conta de todas estas transformações e novas exigências. O objetivo deste artigo é avaliar como o Planejamento Estratégico pode auxiliar na melhoria dos procedimentos de gestão na saúde pública. Trata-se de estudo descritivo, que utilizou a entrevista estruturada com os 34 enfermeiros (as) nas Unidades Básicas de Saúde onde prestam serviços à comunidade. Foram utilizados também dados secundários. Os dados indicam que ocorreu uma ampliação substancial do PSF, tanto do ponto de vista de sua estrutura como do número de pessoas atendidas. No âmbito interno verificou-se que os colaboradores estão satisfeitos e motivados com a nova metodologia de trabalho implantada, estão sendo treinados e capacitados. No ambiente externo das UBS constou-se que o trabalho foi fundamental, refletindo imediatamente nos serviços oferecidos a comunidade, com a impressionante elevação da disponibilidade de serviços, a partir da definição de metas e o acompanhamento dos indicadores mensalmente pelos gestores e coordenadores das ESF. Dessa forma, o Planejamento Estratégico demonstrou-se uma excelente ferramenta para os gestores.

Palavras-chaves: Planejamento Estratégico. Gestão. Saúde Pública



1 INTRODUÇÃO

A gestão da saúde no Brasil vem passando por diversas transformações no decorrer dos últimos anos, entre elas a descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, principalmente após a criação das Leis 8.080/90 e 8.142/90 e a Ementa Constitucional nº 29/90.

Em 2003, o Ministério da Saúde constituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de inserir os conceitos de gestão do trabalho e da educação na saúde a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, e promover a qualidade e a humanização nos serviços prestados pelo SUS, assumindo o papel, estabelecido pela legislação, de gestor federal na formulação de políticas orientadoras da gestão, da formação, do desenvolvimento, da educação permanente e da regulação do trabalho em saúde no Brasil.

A SGETS/MS, ao propor a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, serviços, gestão setorial e controle social, constitui-se na perspectiva da transformação da organização do trabalho, dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas em relações orgânicas e permanentes do sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, com as instituições formadoras. Em fevereiro de 2006, através do pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, bem como, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde o que dificultou sobremaneira a administração desta estrutura, exigindo maior conhecimento e capacitação por parte dos responsáveis pela gestão.

Face a esta reformulação, é necessário rever a forma como está sendo desenvolvida a gestão nos municípios, principalmente no que tange as informações internas e dos diversos componentes da rede SUS, visto que a complexidade desta e a dificuldade de acompanhar as mudanças ampliaram-se de tal maneira, que dificilmente o gestor conseguirá desempenhar suas funções a contento, sem indicadores de desempenho confiáveis e uma ferramenta de apoio, que possa auxiliá-lo no desenvolvimento de suas atividades.

O Planejamento Estratégico (PE) para a gestão da saúde foi impulsionado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), na década de 1980, como alternativa político-pedagógica-gerenciar que efetivamente dê conta da melhoria na prestação de serviços na sua integralidade em contraponto às intervenções não coordenadas e pouco eficazes resultantes dos projetos de educação continuada.

O problema central no PE, é a construção a partir das observações de todos os profissionais envolvidos na prestação de serviço que o problema se desenha. Esse delineamento se processa continuamente, renovando a compreensão de necessidades de saúde, de práticas profissionais e de organização do trabalho que evoluem, em transformação mútua e permanente, em direção a uma noção de qualidade na atenção à saúde pautada pela compreensão desse processo de mudança contínua.

O objetivo deste trabalho é avaliar a percepção dos gestores sobre o impacto do Planejamento Estratégico (PE) na gestão da saúde pública do Programa Saúde da Família (PSF) de uma Secretaria Municipal de Saúde no que diz respeito a definição e cumprimento de metas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Para Bertaglia (2003, p. 38), o Planejamento Estratégico de uma organização está relacionado ao “processo de desenvolver e construir estratégia e administrar a empresa de acordo com as decisões e os objetivos estabelecidos a médio e a longo prazos”.

As organizações que adotam o planejamento estratégico preocupando-se com o futuro buscam claramente definir onde querem estar em um certo período de tempo.

O autor Bertaglia (2003, p. 38) comenta ainda que:

Em vez de estar constantemente reagindo às oscilações do mercado e aos posicionamentos da concorrência, a organização toma suas decisões orientada pela estratégia desenvolvida, compondo as atividades operacionais de curto prazo e, ao mesmo tempo, projetando o seu futuro. Não é tarefa simples; exige visão e desprendimento do presente.

“O planejamento estratégico é conceituado como um processo gerencial que possibilita ao executivo estabelecer o rumo a ser seguido pela empresa, com vistas a obter um nível de otimização na relação da empresa com o seu ambiente” (OLIVEIRA, 1999, p. 46).

O planejamento estratégico é de responsabilidade dos níveis mais altos da empresa e preocupa-se com a formulação dos objetivos a serem seguidos (OLIVEIRA, 1999). Essa ferramenta avalia todo o potencial da empresa e associa claramente seus objetivos às iniciativas e aos recursos necessários para atingir a meta. Pois o planejamento estratégico é o processo de elaborar a estratégia.

Importante ressaltar que se as organizações pretendem gerenciar o futuro, e compreender o passado, através do conhecimento dos padrões anteriores, é que serão capazes de conhecer suas capacidades e seus potenciais. Então o processo de planejamento estratégico envolve uma análise do passado, do presente e uma projeção do futuro da empresa.

Planejamento estratégico é uma atividade técnica-administrativa que, através da análise do ambiente de uma organização, cria a consciência das suas oportunidades e ameaças dos seus pontos fortes e fracos para o comprometimento da sua missão e, através desta consciência, estabelece o propósito de direção que a empresa deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar os riscos (FISCHMANN; ALMEIDA, 1991, p. 25).

Conforme a definição de planejamento estratégico abordado acima, de maneira abrangente, destacam-se aspectos como missão, objetivos, metas e políticas a serem seguidos pela organização. De forma geral, o planejamento estratégico é realizado nas organizações através de uma metodologia.

Segundo Mintzberg (2003), “planejar é articular, coordenar atividades e resultados”. Vejamos alguns aspectos relativos a vantagens e desvantagens do planejamento estratégico pelas organizações.

a) Vantagens do Planejamento Estratégico: os gerentes planejam por quatro razões, pois o planejamento dá direção, reduz o impacto da mudança, minimiza o desperdício e a redundância e fixa os padrões para facilitar o controle.

Segundo Certo e Peter (2005), uma empresa pode obter muitos benefícios ao aplicar a administração estratégica de forma efetiva, principalmente aumentar a lucratividade e levar seus integrantes a se comprometerem com a realização das metas à longo prazo, como:

- Indica os problemas que podem surgir antes que ocorram;

- ajuda os administradores a serem [...] mais interessados na organização;
- alerta a organização para as mudanças e permite ações em resposta a mudanças;
- identifica qualquer necessidade de redefinição na natureza do negócio;
- melhora a canalização dos esforços para a realização de objetivos predeterminados;
- permite que os administradores tenham uma clara visão do negócio;
- facilita a identificação e exploração de futuras oportunidades de mercado;
- oferece uma visão objetiva dos problemas de administração;
- fornece uma estrutura para revisar a execução do plano e controlar as atividades;
- minimiza os efeitos indesejáveis de condições e mudanças adversas;
- ajuda os administradores a relatar as principais decisões de forma mais efetiva e estabelecer objetivos;
- torna mais efetiva a alocação de tempo e recursos para a identificação de oportunidades;
- coordena a execução de táticas que compõem o plano;
- permite a integração de todas as funções de marketing em um esforço combinado;
- minimiza os recursos e o tempo [...] dedicados a corrigir erros de decisão;
- cria uma estrutura para a comunicação interna entre as pessoas;
- permite ordenar as prioridades do cronograma do plano;
- dá à empresa uma vantagem sobre os concorrentes;
- ajuda a ordenar as ações individuais em uma organização dirigida para o esforço global;
- fornece uma base para o esclarecimento de responsabilidades individuais e contribui para a motivação;
- encoraja o ‘pensamento positivo’ por parte do pessoal;
- estimula uma abordagem cooperativa, integrada e entusiástica para enfrentar problemas e oportunidades.” (Ibid, p. 12-13).

b) Desvantagens do Planejamento Estratégico: conforme entendimento de Robbins (2000), o planejamento estratégico cria muita rigidez, dificulta a mudança em um ambiente turbulento, os sistemas não podem substituir a criatividade, leva as organizações bem-sucedidas a preocuparem-se com os fatores responsáveis por seu sucesso. Já Certo e Peter (2005), garantem que o emprego ineficiente da administração estratégica facilmente pode levar a certos problemas como baixa motivação dos funcionários para atingir as metas organizacionais e surpresas ambientais que podem mutilar a organização.

2.2. ETAPAS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O planejamento estratégico é um ato contínuo, cuja finalidade é garantir que as ações sejam vinculadas a raciocínios de longo prazo. As formulações clássicas do planejamento dividem-se em cinco etapas

- Diagnóstico estratégico: é a fase inicial de todo o processo, e busca identificar a empresa no contexto do ambiente em que está inserida, tanto no ambiente interno quanto externo. O diagnóstico envolve uma reflexão sobre o desempenho passado da organização, sua situação atual e suas perspectivas de futuro. Este diagnóstico deve ser efetuado da forma mais real possível. O diagnóstico estratégico possibilita que o ponto de partida e o objetivo de chegada na realização do Planejamento Estratégico seja comum a todos, com o intuito de reforçar o compromisso individual e coletivo com a busca de resultados positivos.

A elaboração do diagnóstico estratégico dará uma visão do todo, e o envolvimento de cada elemento nessa fase, permite a si mesmo, uma reflexão sobre o que diz quanto ao estado dos processos e das relações, dos quais faz parte, frente ao contexto geral. A medida que a pessoa parar para pensar antes de falar desencadeia uma análise dos fatos e da situação que não ocorreria se continuasse presa ao cotidiano.

- Formulação da estratégia: o diagnóstico estratégico fornece os parâmetros que irão conduzir os próximos passos do planejamento. Sendo que seus resultados implicam em restrições que determinam as opções estratégicas que deverão ser identificadas pela direção da empresa.

O fundamental para a complexidade da formulação de uma estratégia, é a avaliação do papel de elementos como a cultura da organização, o perfil dos funcionários, a estrutura organizacional e o estilo de gestão, em cada uma das opções que se apresentam.

Há diversas abordagens para este trabalho de formulação de estratégias, algumas conduzem a processos mais centralizados, em torno de um consultor ou líder da organização, o que reduz a participação, mas torna o processo mais objetivo. A escolha de uma determinada abordagem para a formulação de estratégia é o resultado da cultura da organização e de seu sistema de gestão. Independente da abordagem escolhida, o fundamental é buscar um processo que permita a identificação correta das opções estratégicas e das conseqüências de cada uma das escolhas possíveis, sem perda da objetividade.

- Desdobramento dos objetivos estratégicos em um plano de ação: nesta etapa, o planejamento deve passar do nível estratégico para o tático e depois ao operacional. É feito, de acordo com a metodologia adotada, em um procedimento bem estruturado que envolve executivos, especialistas das várias áreas e executantes do plano estratégico. O resultado desta etapa é um plano de ação que define o que, porque, quem, onde e quando fazer, bem como, os recursos que serão utilizados ao longo do tempo.

- Divulgação da estratégia: é feita a comunicação do plano estratégico e do plano de ação correspondente em todos os níveis e áreas da organização, com o intuito de informar e educar o pessoal envolvido no desenvolvimento das ações definidas pelo plano estratégico e no acompanhamento dos resultados.

- Implementação da Estratégia: nesta etapa se busca garantir que o pensamento estratégico se transforme em ações operacionais efetivas.

3. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

A estratégia Saúde da Família é uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde - UBS. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias – aproximadamente 1.000 - localizadas em uma área geográfica delimitada (população adstrita).

As equipes atuam com ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes desta comunidade. A responsabilidade pelo

acompanhamento das famílias coloca para as Equipes de Saúde da Família – ESF, a necessidade de ultrapassar os limites para que a atenção básica da saúde no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, atenda as necessidades da população (BRASIL, 2007).

A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da lógica do sistema, substituindo a tendência de busca para cura, pela ação de prevenção, bem como, da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Além disso, a questão cultural da população tem que ser levada em consideração, pois, há muito tempo a lógica vem sendo outra e a mudança causa resistências.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na gestão e na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família, mudando o foco hospitalar e curativo, para a prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2007).

O empenho técnico-político dos três níveis de gestão do SUS – União, Estados e Municípios - na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (BRASIL, 2007).

Quadro 01: Características do modelo assistencial atual e da Saúde da Família.

Modelo atual	Saúde da Família
Centra a atenção na doença.	Centra a atenção na saúde.
Atua exclusivamente sobre a demanda espontânea.	Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada.
Ênfase na medicina curativa.	Ênfase na integralidade de assistência.
Trata o indivíduo como objeto de ação.	Trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e a comunidade.
Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde.	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde.
Saber e poder centrado no médico.	Saber e poder centrado na equipe
Geralmente limitada a ação setorial.	Promove ação intersetorial.
Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade.	Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade.
Relação custo-benefício desvantajosa.	Relação custo-benefício otimizado.

Fonte: (BRASIL, 2007). Ministério da Saúde, março 1996. Documento Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde.

O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) que compõe as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população

acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (FONTINELE, 2003).

3.1 Equipes de saúde da família - ESF

O trabalho de Equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação com a comunidade e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada um desenvolvendo suas atividades como definido no programa (BRASIL, 2006).

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade. Conforme pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, (BRASIL, 2007), a cada 10% de aumento de cobertura o índice de mortalidade infantil cai em 4,6%.

3.2 Agentes comunitários de saúde - ACS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontra-se em atividade no país, segundo Departamento de Atenção Básica – DAB (2007) - 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.

4 METODOLOGIA

É um estudo descritivo, que utilizou a entrevista estruturada nas Unidades Básicas de Saúde onde os pesquisados prestam serviços à comunidade.

O local da pesquisa corresponde as 25 Unidades Básicas de Saúde especificamente o Programa de Saúde da Família de Lages/SC. A população de estudo constitui-se de 34 enfermeiros - que atuam na estrutura do Programa Saúde da Família (PSF), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O PSF foi selecionado pelas características dos profissionais enfermeiros, que são preparados na sua graduação para realizarem os mais diversos tipos de procedimentos de enfermagem e quando são contratados para ocuparem suas funções, depara-se com uma série de atividades e responsabilidades de gestão. Dos 34 profissionais enfermeiros(as), 29 responderam a pesquisa (85% da população). Cinco não estavam na unidade durante o período da pesquisa, em virtude de licença gestação, atestados médico, etc.

Para caracterizar o perfil dos gestores de saúde, que atuam no Programa Saúde da Família de Lages – SC foram consideradas as seguintes variáveis: faixa etária, nível de instrução, tempo

de atividade no PSF, tempo de atividade no ESF, tamanho da equipe, número de ESF por UBS, população adstrita, estrutura física, capacitação dos profissionais.

Levantadas estas características que foram consideradas importantes e suficientes, para a identificação do perfil dos gestores do PSF, passou-se para o segundo ponto de análise que foi o levantamento das informações pertinentes ao planejamento estratégico, que balizaram as análises em relação à melhoria, ou não, da gestão nas unidades, face à implantação desta ferramenta como método de organização e trabalho, a fim de melhor planejar as futuras ações, bem como, sugerir alternativas ao processo atual.

Quanto ao Planejamento Estratégico – PE analisou-se os seguintes fatores: a) Pontos positivos e negativos da UBS e ESF; b) O que melhorou e piorou após a implementação do PE; c) O que não melhorou e o que ainda pode melhorar após a implantação do PE; d) A importância dos indicadores de desempenho e seus reflexos na gestão da UBS. A interpretação dos dados se deu, utilizando-se da estatística descritiva, apontando os pontos mais importantes e relevantes para a aplicação do Planejamento Estratégico na Gestão das Unidades Básicas de Saúde do município.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 EVOLUÇÃO DO PSF EM LAGES/SC

Inicialmente, verificou-se a necessidade de conhecer a realidade quanto a evolução, nos últimos 10 anos, do PSF no município de Lages, SC. O PSF teve início oficialmente em julho de 1998, com 03 ESF, porém, só um ano depois com a contratação de 13 ACS estas equipes ficaram completas. Logo em seguida, em outubro de 1999 a estratégia foi praticamente abortada com a extinção destas equipes, mantendo-se apenas 16 ACS. O programa ficou estagnado por 2 anos, sem praticamente evoluir em número de pessoas atendidas. Em outubro de 2001 o programa foi reestruturado e deu um grande salto passando para 150 ACS e 16 ESF, que naquele momento cobriam 34,79% da população lageana.

Em junho de 2002, o programa é ampliado com um incremento substancial na cobertura de atendimento, com abertura de mais 9 ESF, passando para 25 e atingindo 54,35% dos cidadãos do município. Então mais um período de adequações físicas, treinamentos e busca por profissionais capacitados, quando em maio de 2004 um novo passo foi dado no sentido de ampliar o atendimento. Foram implantadas 4 ESB – chegando a 198 ACS e 28 ESF cobrindo 59,61% da população.

Com o programa enraizado na cultura local e fornecendo substancial melhora na prevenção e promoção da saúde, ficou clara a necessidade de evoluir e ampliar a rede, o que vem sendo feito desde 2005 até os dias de hoje, com especial atenção à saúde bucal, que já conta com 24 equipes distribuídas entre as 34 ESF, que contam com 240 ACS, dando cobertura para 70,35% dos 166.732 habitantes do município. Além disso o município possui em sua rede 6 PACS, que contribuem com o desenvolvimento da saúde de Lages, e, somados ao PSF aumentam a área de cobertura, atingindo 83% da população. Sendo que em cada Unidade Básica de Saúde possui uma, duas ou três Equipes de Saúde da Família.

5.2 IMPACTO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SOBRE FATORES INTERNOS

Quanto aos fatores internos da relação UBS x SMS, verificou-se, que 93% dos colaboradores do PSF sentem-se satisfeitos com seu trabalho e 100% motivados para desempenharem suas funções, o que é muito importante para qualquer instituição. Porém existem alguns fatores que

foram apontados como problemáticos para o desenvolvimento dos trabalhos nas UBS, o principal foi o fornecimento de materiais e equipamentos com 41% de apontamentos entre bom/satisfatório/ruim, bem como a manutenção da estrutura com 38% de indicações.

Quanto ao fornecimento de medicamentos considerou-se dentro dos padrões aceitáveis visto que ninguém indicou a opção satisfatório e/ou ruim. Em relação à estrutura física das UBS, ficou evidente que uma unidade precisa urgentemente de reestruturação, pois o resultado de 7% ruim neste item deve-se a uma única unidade com duas equipes onde ambas entrevistadas reclamaram veementemente deste quesito, já os outros entrevistados estão relativamente satisfeitos, pois consideraram a estrutura suficiente neste momento para obter bons resultados no trabalho. No que tange à capacitação e treinamento para os integrantes das UBS pode-se considerar muito bom o resultado apresentado visto que mesmo com alguns contratados recentes (menos de 7 meses) apenas 7% considerou satisfatório, e neste item, ninguém achou ruim, demonstrando que a SMS está no caminho certo.

Visto que as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões: social, psicológica, biológica e cultural, e que o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto complexo, o processo saúde-doença, constituem um intenso processo de especialização, a nenhum agente isolado cabe, na atualidade, a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. Coloca-se, pois, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral de saúde, seja de especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas, multiprofissionais.

No entanto, a idéia de recomposição, na direção da integralidade da atenção, não tem se mostrado possível por meio da mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais nos mesmos locais de trabalho. A presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado-a-lado, sem articulação e sem comunicação, não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da atenção integral. Esta requer uma modalidade de trabalho em equipe que traduza outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços.

5.3 IMPACTO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SOBRE FATORES EXTERNOS

A análise de fatores externos no campo da saúde tem sido objeto de amplo debate, englobando várias dimensões e estimulando a discussão sobre sua operacionalização, seja para a busca dos determinantes das desigualdades em saúde, seja para formulação de políticas e prioridades a serem implementadas com vistas tanto à diminuição do impacto dos diferenciais sociais na saúde, como para a elaboração de instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma dos sistemas de saúde (ALMEIDA et al., 1997).

Quanto ao desenho do PSF, tem-se que, em linhas gerais, cada equipe é formada por no mínimo um Médico generalista, um Enfermeiro, um Técnico de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde, devendo cobrir cerca de 4.000 habitantes e referenciar-se a uma unidade básica de saúde, que assegura o acesso do paciente na rede do SUS. A unidade de saúde da família trabalha com uma definição de território de abrangência, e cada equipe é responsável por uma área de residências de 600 a 1.000 famílias, variação que leva em conta as diversidades regionais. Para Draibe (1997), a adscrição territorial da clientela, juntamente com a opção pela unidade familiar, constituem-se duas das principais inovações do PSF que se não representam um avanço do SUS são pelo menos uma correção de suas insuficiências.

As estratégias de visita domiciliar e de busca ativa, aliadas ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência, vêm ao encontro das necessidades apontadas por Vasconcelos (1999), de apoio intensivo as famílias vivendo em situações de crise que colocam em risco a vida de seus membros. Para esse autor, os recentes estudos sobre a família brasileira têm ressaltado a existência de algumas famílias nas classes populares, que vivem situações especiais de risco (pais doentes, desempregados, com conflitos conjugais intensos, envolvimento em atividades ilícitas e perseguidas pela polícia, dependência de drogas, distúrbios mentais, etc.) que as tornam incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e por isso necessitam de atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania das crianças, idosos e deficientes físicos ali presentes.

Iniciativas nesta direção têm sido promovidas em alguns municípios brasileiros e embora Vasconcelos (1999) avalie que, em geral, elas prestem uma atenção ainda conservadora, porque presa a uma cultura tutelar que nega autonomia da família, tais iniciativas têm o mérito de potencializar a adoção de políticas mais equânimes. Assim, as visitas domiciliares de intervenção se fazem necessárias pela constatação mais do que difundida de que famílias em situação mais precária tendem a ficar à margem dos serviços que orientam seu atendimento pela demanda espontânea, promovendo, deste modo, o acesso daqueles setores populacionais excluídos do sistema de saúde e ao mesmo tempo os mais vulneráveis.

Com a definição e o acompanhamento de alguns indicadores fica evidente a facilidade de visualizar a evolução dos mesmos e definindo-se metas, observar se estas estão sendo alcançadas. O indicador por si só, não resolve nada, apenas é um indicativo de como estão as coisas, e, a partir deles podemos desencadear uma série de ações para corrigir os rumos ou definir novas rotas, dependendo dos objetivos traçados, conforme Oliveira e Bertaglia, entre outros, apresentam nas diversas literaturas sobre o PE. Analisando os indicadores da SMS, fica evidente a evolução dos resultados em todos os quesitos verificados no período da verificação, ampliando substancialmente as quantidades mensais de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde de 22.000 para mais de 30.000, bem como da equipe técnica de pouco mais de 600 para mais de 5.400, mais que dobrando o atendimento de consultas de pré-natal de 439 para 913, triplicando o atendimento as crianças menores de um ano de 478 para 1.508, aumentando em mais de 100% o número de consultas médicas de 8.132 para 17.494 e de exames preventivos para mulheres entre 25 e 59 anos de 192 para mais de 600 e incrementando também as consultas de enfermagem de 1.100/mês para mais de 3.300 por mês. Tudo isso, com certeza, proporcionará mais qualidade de vida a população lagesana, pois são mais serviços oferecidos que proporcionarão oportunidades as pessoas de estarem cada vez mais cuidando e promovendo saúde à todos, além de prevenindo e curando algumas doenças. Importante salientar a queda dos indicadores no mês de dezembro, face a cultura organizacional da SMS, que tinha por tradição promover férias coletivas para suas equipes, sendo que as mesmas iniciavam em 15 de dezembro de cada ano, proporcionando assim a verificada queda nos números conforme apresentado na Figura 01.

Indicador de Eficácia	Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Visita Domiciliar ACS	28144	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Visita Domiciliar ESF	4442	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Atendimento Pré-natal	633	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Atendimento > 1 ano	142	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Consulta Médica	14662	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Preventivo 25 a 59 anos	548	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Consulta de Enfermagem	2610	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Figura 01: Indicadores de eficácia, Secretaria Municipal de Saúde

- Meta atingida
- Meta não atingida

A articulação das ações trata de conectar diferentes processos de trabalho, visto que cada trabalho especializado constitui um processo peculiar com objetos, instrumentos e atividades próprias. A atividade ou ação profissional consiste no que pode ser observado concretamente do trabalho de cada agente, no entanto, expressa a lógica interna do respectivo processo de trabalho, o objeto sobre o qual incide a atividade e no qual o saber técnico instrumentaliza a ação para certo resultado ou produto.

Portanto, a articulação das ações ou dos trabalhos requer, da parte de cada agente, um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde. Ou seja, a própria articulação das ações requer, ao menos, certa modalidade de relação entre os agentes, em que, ao menos algumas informações sejam trocadas, mesmo que não se estabeleça um agir comunicativo como interação.

Já pensar essa interação ou comunicação dos agentes da equipe, é pensá-la não somente como meio que permite estabelecer as correlações e os nexos entre as distintas ações, mas também como a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais e a maneira mais adequada de atingi-los. Ou seja, a interação dos agentes permite a construção de um "Planejamento Estratégico" à equipe de trabalho, aonde e como chegar ao que se refere às necessidades de saúde dos usuários.

No entanto, Peduzzi (1998), diz que nem todas as formas de relacionamento conduzem à interação comunicativa, em que cada estratégia de ação profissional e a racionalidade de seus trabalhos são conhecidas, dialogadas e negociadas como prática comum. O trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar. Nesse sentido, tal concepção de trabalho em equipe assenta-se em algumas questões prévias e que são também questões no planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Conforme demonstra a figura 01, nos itens em que apresentam em vermelho, as equipes que não conseguiram cumprir com suas metas estipuladas pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Lages – SC. O não cumprimento destas metas foi em razão de diversos motivos, mas principalmente por ser um projeto de médio a longo prazo e pelas equipes estarem ainda entendendo o novo método, se preparando, treinando e aperfeiçoando as atividades e procedimentos. A partir dos meses de junho a novembro de 2007, nos indicadores de eficácia,

as metas foram atingidas quase que na sua totalidade, visto que estas implicaram numa intervenção do gestor que coloca em evidência as conexões entre os distintos trabalhos. Vale dizer: as conexões entre as ações são objetivas, mas para refletir-se em interação, devem ser expressas pelos agentes dos trabalhos para que, ativamente, sejam tornadas públicas e alvo de uma atenção desse mesmo plano, a esfera gestora dos trabalhos. Portanto, faz-se necessário estimular, reconhecer e valorizar a disponibilidade dos agentes para operarem articulações entre os trabalhos executados pelas diferentes áreas.

Apresentados os fatores internos e externos, quanto ao impacto do PE na SMS Lages SC, a evolução do PSF e o perfil dos trabalhadores das UBS urge a necessidade de apresentar algumas sugestões para melhoria da gestão, que seguem:

- a) Proporcionar educação permanente aos profissionais das UBS, não só na área da saúde, mas também em gestão;
- b) Disseminar a metodologia do PE para todos os integrantes do PSF, afim de que conheçam e entendam a proposta de trabalho;
- c) Melhorar a estrutura física de algumas UBS, principalmente as menores, para otimizar recursos e proporcionar maior qualidade de atendimento ao cidadão;
- d) Definir um único coordenador para o PSF como forma de unificar a metodologia de trabalho e o controle dos indicadores e metas das ESF;
- e) Integrar as UBS com a SMS em tempo real, para melhorar a comunicação entre as mesmas, no que tange as diversas informações sobre reposição de materiais, controle de estoques, manutenção de equipamentos e estrutura física;
- f) Propiciar mais encontros entre os gestores da UBS para troca de experiências e conhecimento de outras realidades vividas pelos colegas;
- g) Possibilitar a coordenação estar mais presente nas UBS, acompanhando de perto as realidades locais de cada equipe;
- h) Utilizar os planos de ação, preconizados no PE, como método de análise e solução dos problemas e planejamento de novas ações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a percepção dos gestores sobre o impacto do Planejamento Estratégico (PE) na gestão da saúde pública do Programa Saúde da Família (PSF) de uma Secretaria Municipal de Saúde no que diz respeito a definição e cumprimento de metas.

Os dados indicam que ocorreu uma ampliação substancial do PSF, tanto do ponto de vista de sua estrutura como do número de pessoas atendidas. No âmbito interno verificou-se que os colaboradores estão satisfeitos e motivados com a nova metodologia de trabalho implantada, estão sendo treinados e capacitados, apesar de alguns ainda solicitarem maior intensidade neste aspecto, e, que mesmo apresentando alguns problemas de estrutura física, manutenção da estrutura/equipamentos, bem como, no fornecimento/disponibilização de materiais e medicamentos, isto não tem impedido de melhorar substancialmente a qualidade e quantidade de atendimentos disponibilizados aos usuários do SUS, no município.

Quanto ao objetivo de avaliar o impacto do PE no ambiente externo das UBS o trabalho concluiu que foi fundamental a metodologia aplicada, refletindo imediatamente nos serviços

oferecidos a comunidade, com a impressionante elevação da disponibilidade de serviços, a partir da definição de metas e o acompanhamento dos indicadores mensalmente pelos gestores e coordenadores das ESF.

Por fim, o Planejamento Estratégico demonstrou-se uma excelente ferramenta para os gestores, que conforme os dados já apresentados conseguiram melhorar seus resultados de forma impactante, o que reverteu em maior disponibilidade de serviços de saúde a comunidade usuária de SUS e proporcionou maior satisfação aos integrantes das UBS. Recomenda-se a realização de outras pesquisas na área, que possam elucidar melhor a relação das pessoas, entre suas próprias equipes e destas com as demais, bem como, um trabalho semelhante a este seria interessante passado alguns anos (3 a 5), para verificar como se apresentaram os resultados e a metodologia após esse período.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S.; BAPTISTA, T. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. *Research in Public Health*, Technical Papers 17. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

BERTAGLIA, Paulo Roberto. *Logística e gerenciamento da cadeia de abastecimento*. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. *Regulamento: pactos pela vida e de gestão*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. *Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?* Passo Fundo: IFIBE, 2007.

CERTO, Samuel C.; PETER, J. P. *Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia*. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

DRAIBE, S. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. *São Paulo em Perspectiva*, 1997, v. 11.

FISCHMANN, Adalberto; ALMEIDA, Martinho Isnard Ribeiro de. *Planejamento Estratégico na Prática*. São Paulo: Atlas, 1991

FONTINELE, Junior . K. *Programa de saúde da família: comentado*. Goiânia: AB, 2003.

MINTZBERG, Henry et.al. *O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

OLIVEIRA, Djalma Pinho R. *Planejamento estratégico*. 14. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. *Tese de Doutorado*. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. São Paulo, 1998.

ROBBINS, Stephen P. *Administração. Mudanças e Perspectivas*. São Paulo: Saraiva, 2000.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, São Paulo, 1999, v. 53.