

PLANEJAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA AS PRÁTICAS NOS SERVIÇOS

Andrea Lais Santos e Santos^a

<https://orcid.org/0000-0001-6934-7991>

Mariluce Karla Bomfim de Souza^b

<https://orcid.org/0000-0002-7895-4432>

Resumo

Este artigo tem por objetivo discutir as estratégias, limites e avanços para o planejamento e programação em saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF), considerando-se as contribuições do projeto de cooperação da residência multiprofissional com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia. Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, para o qual foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado, que identificou estratégias, limites e avanços antes e depois de um projeto de intervenção em uma USF. Os resultados foram discutidos à luz de referencial e estudos sobre planejamento em saúde e Atenção Primária à Saúde. As estratégias para o alcance do planejamento antes e depois do projeto piloto foram muito próximas. No entanto, foram identificadas mudanças, como planejar junto à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o uso de instrumentos do planejamento. Após aplicação do projeto, alguns limites permaneceram, dentre eles, os recursos materiais, humanos e financeiros. Os avanços apontados pelos participantes incluem a realização de planejamento com envolvimento dos profissionais, engajamento e entrosamento entre a equipe e o NASF. A inserção da residência foi um fator que contribuiu para o avanço do planejamento em saúde da USF estudada, no sentido da compreensão do planejamento, para a melhoria do comprometimento das equipes, na organização dos serviços prestados e na mobilização.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Atenção primária à saúde. Estratégia Saúde da Família.

^a Sanitarista. Especialista em Saúde Coletiva sob forma de Residência Multiprofissional em Planejamento e Gestão em Saúde. Simões Filho, Bahia, Brasil. E-mail: andlaisantos@gmail.com

^b Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: marilucejbv@yahoo.com

Endereço para correspondência: Conjunto Habitacional Ilha de São João, Sobrado 08, Apt. 003, copa 3, Aratu. Simões Filho, Bahia, Brasil. CEP: 43700-000. E-mail: andlaisantos@gmail.com

Abstract

This article aims at discussing the strategies, limits and advances for health planning and programming in a Family Health Unit (FHU), considering the contributions of the cooperation project of the Multiprofessional Residence with the Municipal Health Department of Salvador. This is a descriptive and qualitative study, for which a semi-structured interview script was applied, identifying strategies, limits and advances before and after an intervention project in a FHU. The results were discussed based on referential and studies on Health Planning and Primary Health Care. The strategies for reaching planning before and after the pilot project were very close; however, new strategies were identified, such as planning with the Nucleus for Family Health Support (NFHS) team and the use of planning tools. After applying the project, some limits remained, such as material, human and financial resources. The advances pointed out by the participants were the execution of planning with the involvement of professionals, engagement and understanding between the team and NFHS. The insertion of the Residence was a factor that contributed to the advance of the FHU health planning towards the understanding of the planning, the improvement of the teams' commitment, the organization of the services provided and the mobilization.

Keywords: Health planning. Primary health care. Family health strategy.

PLANIFICACIÓN EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: APORTACIONES DE LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL A LAS PRÁCTICAS EN LOS SERVICIOS

Resumen

Este artículo tiene como objetivo discutir estrategias, límites y avances para la planificación y programación en salud en una Unidad de Salud Familiar (USF), considerando las contribuciones del proyecto de cooperación de la Residencia Multiprofesional con la Secretaría Municipal de Salud de Salvador, Bahia (Brasil). Este es un estudio descriptivo y cualitativo, en el que se aplicó un guion de entrevista semiestructurada para identificar estrategias, límites y avances antes y después del proyecto de intervención en una USF. Los resultados se debatieron a la luz de los estudios sobre planificación sanitaria y atención primaria de salud. Las estrategias para llegar a la planificación antes y después del proyecto piloto eran muy cercanas, sin embargo, se identificaron nuevas estrategias, entre ellas, la planificación con el equipo del Núcleo de Apoyo

a la Salud Familiar (NASF) y el uso de herramientas de planificación. Tras la aplicación del proyecto, quedaban algunos límites, entre ellos los recursos materiales, humanos y financieros. Los avances señalados por los participantes fueron la realización de la planificación con la implicación de profesionales, el compromiso y el trabajo en red entre el equipo y la NASF. La inserción de la residencia fue un factor que contribuyó al avance de la planificación sanitaria de la USF hacia la comprensión de la planificación, mejora del compromiso de los equipos, organización de los servicios prestados y movilización.

Palabras clave: Planificación de la salud. Atención primaria de salud. Estrategia de salud familiar.

INTRODUÇÃO

As práticas em Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) devem ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais e dirigidas à população¹. Nesse aspecto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser adotada como prioritária para a expansão, consolidação e qualificação da AB, configurando-se como uma das responsabilidades comuns a todas as esferas de gestão.

Nesse sentido, as práticas na ESF devem ser coerentes com o planejamento em saúde, respeitando-se as peculiaridades, problemas e necessidades de saúde e serviços no território. No entanto, o planejamento em saúde se configura como “um relevante mecanismo de gestão que visa orientar o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)”^{2:9}, que contribui para melhor resolutividade e impacto na situação de saúde, a partir de subsídios metodológicos para identificar, selecionar, priorizar e acompanhar os principais problemas e necessidades de saúde e dos serviços de saúde a serem enfrentados.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente, a AB deve: “planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações; estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação [...]”^{1:2}. Nesse sentido, o ato de planejar consiste em “desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade”^{3:17}, portanto, o planejamento se caracteriza como um instrumento estratégico de gestão no SUS.

Para a efetividade do planejamento e da programação em saúde, é necessário que sejam aplicados de forma ascendente⁴, cabendo acrescentar que a programação, enquanto processo instituído no âmbito do SUS, deve resultar da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores. O processo ascendente de planejamento é um desafio, principalmente para as esferas estaduais e nacionais, tendo em vista a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à diversidade dos municípios e à desigualdade em saúde⁵.

Conforme Vieira⁶, mesmo com os esforços dedicados e previstos em lei, o planejamento ascendente ainda não se concretizou, principalmente nos aspectos voltados à articulação dos objetivos, metas e prioridades definidas. Isso porque muitas vezes as estratégias definidas pelo Ministério da Saúde (MS) não condizem com os planos regionais, estaduais ou municipais, podendo influenciar no grau de manutenção das prioridades locais.

Em termos de discussões e questões metodológicas para a elaboração e definição dos instrumentos e fluxos, a literatura visitada tem evidenciado que os planos, que devem refletir a realidade local, não dialogam com as necessidades, com pouca e/ou falta de participação dos profissionais de saúde que trabalham nas Equipes de Saúde da Família (EqSF).

Sendo assim, por mais que o tema do planejamento seja frequente nos estudos da área da saúde coletiva, observa-se que, no nível dos territórios das EqSF, ainda é pouco explorado na literatura⁷, visto como um exercício formal para cumprimentos legais, e não como instrumento dedicado para implantação e implementação de políticas e mudanças de práticas nos serviços⁸.

Considerando a importância de ampliar a produção de evidências sobre o planejamento e a programação na ESF e a residência multiprofissional em saúde, enquanto espaço que promove melhoria no processo de trabalho em equipe multiprofissional⁹, justifica-se este estudo elaborado a partir da vivência prática durante o primeiro ano da residência ocorrida em um distrito sanitário de saúde na cidade de Salvador, Bahia.

Para o desenvolvimento da pesquisa de campo, levantaram-se os seguintes questionamentos: o planejamento tem sido adotado como estratégia para a organização das ações na ESF? De que modo os profissionais das EqSF têm utilizado o planejamento em saúde para a organização e execução de suas ações? Quais estratégias, limites e desafios existem para o uso do planejamento e programação na ESF? Quais as contribuições e possíveis mudanças produzidas a partir da cooperação técnica da residência sobre as práticas de planejamento em uma USF?

Assim, este estudo teve como objetivo discutir estratégias, limites e avanços para o planejamento e programação em saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF), considerando-se as contribuições do projeto de cooperação técnica da residência multiprofissional com o serviço de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e abordagem descritiva¹⁰. É resultado de um projeto de intervenção sobre a implantação do planejamento e programação local em saúde no processo de trabalho de uma Unidade Saúde da Família (USF), localizada em um Distrito Sanitário (DS) de Salvador, capital do estado da Bahia. Tal estudo foi motivado por uma vivência prática em um DS de Saúde, em Salvador, durante o primeiro ano da residência

multiprofissional em Planejamento e Gestão em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), com o desenvolvimento de um projeto de intervenção (piloto) em planejamento e programação local em saúde em uma USF.

Após o primeiro momento do estudo, caracterizado pelo desenvolvimento do projeto de intervenção, procedeu-se um estudo de investigação, para o qual foram realizadas entrevistas com aplicação de um roteiro semiestruturado, contendo seis questões abertas. Dentre elas, três buscavam obter respostas sobre como acontecia o planejamento na USF, as estratégias utilizadas e os limites do planejamento anterior ao projeto, duas buscavam apontar as novas estratégias, limites e avanços para o alcance do planejamento após a intervenção, e uma assinalou as contribuições da residência multiprofissional para a implantação do projeto de planejamento em saúde para o processo de trabalho das EqSF na USF.

Foram entrevistados, no mês de novembro de 2018, 17 profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional da USF participante do primeiro momento da intervenção; ter disponibilidade para responder o questionário de forma voluntária.

A pesquisa contou com relatos de profissionais das seguintes categorias: gerente, médica, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe do NASF, e as(os) enfermeiras(os) das EqSF. Os participantes foram caracterizados por sexo, idade, grau de instrução, cargo/ocupação e tempo de serviço na USF. Não houve pedido de retirada da entrevista por parte do(a) profissional após aplicação do roteiro.

As entrevistas foram gravadas (voz) em aparelho celular conforme, autorização do(a) entrevistado(a), transcritas e organizadas com o uso dos programas Microsoft Word e Excel. Em seguida, os(as) entrevistados(as) foram identificados(as) por numeração (E1, E2...), com o intuito de atender aos princípios éticos deste estudo.

Para organização e síntese dos achados, foi elaborada uma matriz de sistematização para registro das evidências e identificação das categorias¹¹, as quais: (1) o planejamento em saúde como prática na ESF: estratégias anteriores e posteriores ao projeto de intervenção; (2) mudanças de práticas do planejamento em saúde; (3) limites e avanços para o alcance do planejamento em saúde na USF; e (4) contribuições da residência multiprofissional em saúde no processo de implantação do planejamento na USF. Tais categorias foram analisadas e discutidas com base no referencial e nos estudos encontrados em revisão da literatura científica, feita nas bases SciELO e LILACS.

O estudo teve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS-Salvador) para seu desenvolvimento. Em seguida, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), conforme parecer n.º 3.032.855.

RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir das entrevistas com os profissionais da USF estão apresentados a seguir e sua síntese consta no **Quadro 1**.

Quadro 1 – O planejamento em saúde como prática na ESF: estratégias anteriores e posteriores ao projeto de intervenção. Matriz de organização e síntese dos achados. Salvador, Bahia – 2018

	Estratégias	Limites	-	-
Antes do projeto	Reuniões (E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E14; E15; E16; E17); Ações temáticas (E2; E5; E6; E10; E13); Em cima da hora (E1; E8; E9); Programação induzidas pelas campanhas conforme calendário e programas da SMS (E4; E5; E12; E14; E15; E16); Demandas surgidas (E2; E6; E13); Ações e atividades da USF (E9; E11); “Tirar do bolso ou fazer vaquinha” para realizar as atividades (E1; E14; E15; E17) e Planejamento anual (E10; E7).	Recursos humanos (E1; E2; E8; E10; E12; E14; E16); Recursos materiais (E1; E8; E10; E13); Recursos financeiros (E5; E8); Pouca interação (E3; E4; E8; E10; E12; E13; E16); Falta de programação (E11; E13); Alta demanda e falta de planejamento (E9; E10; E11); Não saber fazer e não reconhecer a necessidade e a responsabilidade por fazer (E8; E11; E12); e Violência (E10).		
Projeto	Implementação de um projeto piloto voltado para o Planejamento e Programação Local em Saúde em uma USF, em um Distrito Sanitário de Salvador, no ano de 2018.			
	Estratégias	Limites	Avanços	Contribuições
Após o projeto	Demandas (E1; E3; E7; E8; E9; E13); Em cima da hora (E1; E5; E7); Reuniões (E3; E9; E11; E14; E16); Em função dos grupos (hipertensos, diabéticos, idosos...), baseado no calendário da SMS (E3; E4); Planejamento com antecedência (E4; E11; E14; E15); Uso da POA (E9; E11; E12; E13); Planejamento com a equipe do NASF (E3; E10; E12); Criação de planilha de atendimento (E10; E1); Resoluções de forma coletiva (E13; E12; E3; E14; E17); Planejamento para as ações de 2019 (E10); Planejamento particular (E2); Sair do imprevisto (E4); Trabalho sem imposição (E5); Rastreamento de problemas na área (E6); Uso do SI (E12); Criação de caderno de acolhimento (E17).	Recursos materiais (E1; E3; E7; E10; E11; E12; E13); Recursos humanos (E1; E9; E12; E16; E17); “Tirar do bolso” para desenvolver atividades (E1; E14); Pouco comprometimento (E2; E4; E8; E16); Falta de programação (E3); Estrutura física (E3; E5; E12), Sobrecarga de trabalho (E8; E11; E12); Falta de avaliação (E2; E4; E5); Ausência de agente externo (E2; E14), Processo do planejamento (E11; E12); Baixa governabilidade (E12); e a Falta de aceitação (E11).	Organização do serviço (E1; E7); planejar com mais antecedência (E1; E6); entrosamento dos profissionais e entre NASF e EqSF (E3; E13; E14); engajamento profissional e comprometimento (E6; E9; E10; E11; E14; E15; E16); compreensão do planejamento (E1; E4; E5; E12), responsabilização (E12; E14; E15), adesão ao plano (E4); uso da programação operativa (E5); criação de planilhas (E7); disponibilização maior de materiais (E8); tentativa de implementação do acolhimento (E8), tentativa de avaliar o projeto (E11), parar para discutir (E12), melhora nas reuniões de equipe (E16).	Compreensão do planejamento, comprometimentos, organização (E1; E3; E4; E7; E9; E14; E15; E16); Mobilização (E11; E12; E14). Contribuição nas dificuldades existentes (E2; E9).

Fonte: Elaboração própria.

No conjunto das estratégias referidas, os entrevistados referiram que o planejamento era feito por meio de reuniões, em cima da hora, com programação induzida pelas campanhas, conforme calendário e programas da SMS, ações temáticas e por demandas que surgiam, bem como ações e atividades específicas.

No que tange às reuniões, foram apontadas aquelas para atendimento às demandas/campanhas, por exemplo, Outubro Rosa (E6), e as “reuniões gerais que acontece uma vez no mês, e tem a reunião de equipe que acontece quinzenalmente” (E17).

Sobre o planejamento acontecer “em cima da hora”, foi apontado que não havia “certa antecedência” (E1), tendo em vista que “as demandas da secretaria são informadas duas semanas antes, e tem que solicitar material” (E9), e que ocorria sem “programação anual” (E8).

No que foi relatado sobre a programação baseada no calendário da SMS, o(a) participante E4 confirma que “a gente fez um planejamento [...], era baseado nos programas da SMS e naquilo que a gente achava que era pertinente contemplar, tudo o que a gente queria e identificava”. Para o cumprimento da programação e das ações, houve relatos de que muitas vezes os profissionais “tiravam do próprio bolso” (E1; E15) ou faziam “uma vaquinha” (E17).

Sobre as ações temáticas, foram apontadas: “atividades coletivas com foco no atendimento e nos temas predeterminados [...]”, por exemplo, “sala de espera” (E5; E10), “educação continuada”, (E5; E10) e “com temas voltados para os próprios funcionários também, não só para a população” (E5); “grupos como HIPERDIA e atividades educativas [...], busca ativa” (E10), “palestras, atividades físicas, atividades lúdicas, encontros de grupos [...] passeios” (E13). Ainda, algumas ações foram desenvolvidas com base nas demandas, por exemplo, atividades de educação em saúde (E12) e atividades físicas (E2).

Das estratégias de planejamento em saúde utilizadas após o projeto de intervenção na USF, destaca-se as que permaneceram, como: demandas e/ou demandas da secretaria (E1; E3; E7; E8; E9; E13), planejamento em cima da hora (E1; E5; E7); reuniões de equipe (E3; E9; E11; E14; E16); e em função dos grupos (hipertensos, diabéticos, idosos...), baseados no calendário da SMS (E3; E4).

Das novas estratégias, foram apontadas: “planejar com antecedência” (E4; E11; E14; E15); “realizar atividades da programação e o uso da programação operativa” (E9; E11; E12; E13); “planejar junto com a equipe do NASF” (E3; E10; E12); “criação de planilha de atendimento” (E10; E1); “resolver as situações de forma coletiva” (E13; E12; E3; E14; E17). Houve também respostas bem pontuais, como: “planejamento para as ações de 2019” (E10); “planejamento particular” (E2); “sair do improviso” (E4); “liberdade de trabalhar, sem imposição” (E5); “ACS realizando rastreamento dentro da área” (E6); “uso de dados do portal Mais” (E12); e “criação de caderno de acolhimento” (E17).

Dentre as novas estratégias apontadas, os relatos abarcaram algumas sugestões e necessidades, tais como: “organizar essa questão, de fazer um planejamento nem que seja trimestral ou semestral, para ficar um pouquinho mais organizado” (E1); “mas, para 2019 a gente pretende usar a mesma estratégia e fazer uma reunião voltada sobre as questões dos problemas prioritários” (E9); “a gente está fortalecendo ainda o plano que foi sugerido” (E13).

MUDANÇAS DE PRÁTICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Ao questionar se houve mudanças nas estratégias do planejamento após a aplicação do projeto de intervenção na USF, a resposta foi positiva para a maioria dos entrevistados (E3; E4; E5; E6; E8; E9; E10; E11; E12; E13; E14; E16). Dentre os que relataram que não houve mudanças, no decorrer do relato, justificaram o motivo e/ou reconheceram algo positivo no final (E1; E2; E15; E17), como “ano atípico, [...] greve” (E1); “equipe específica não conseguiu aprontar o projeto, tipo... a gente não conseguiu dar andamento ponto a ponto” (E17). Apenas uma pessoa informou não ter percebido mudanças após o projeto e não justificou (E7).

Sobre as mudanças relacionadas à *motivação e maior integração*, os relatos trouxeram: “movimentou a unidade, [...] a vontade de fazer melhorou muito, a vontade de realizar de maneira planejada” (E4); “o projeto estimulou mais a gente a querer planejar” (E16); “motivou as reuniões” (E6); “a frequência está maior, a participação da equipe como um todo, nas reuniões gerais e de equipe” (E5); “os agentes comunitários nos grupos e equipes específicas contribuem muito mais” (E8); “a equipe ficou mais participativa” (E11); e a “própria interação com alguns colegas” (E14).

No que tange à *responsabilização*, os relatos trazidos se voltavam à contribuição na elaboração da programação operativa, como forma de estímulo à responsabilização entre os membros das equipes para a efetivação das ações e metas (E11; E12), pois “com isso, dá responsabilidade para todos, e aí todo mundo fica ciente de que a unidade enfrenta aquele problema” (E9).

Sobre a *compreensão acerca do planejamento*, no geral, os resultados remetem a como se acredita fazer o planejamento relacionando-o com a prática vivenciada, demonstrado nos seguintes relatos: “entendimento das equipes sobre o planejamento” (E3; E4; E10); “compreensão da necessidade de planejar para executar, como fundamental” (E4); “a gente aprendeu a colocar no papel as nossas ideias [...], a gente não fazia antes e fazia mais por intuição” (E10). Também foi apontado que “alguns profissionais passaram a pensar mais sobre o planejamento” (E11), “esclareceu mais, lembrou mais a gente de algumas coisas” (E14), e houve maior envolvimento da equipe do NASF com maior compreensão sobre esse serviço na equipe (E3).

Algumas questões sobre as mudanças do planejamento, como: fazer com antecedência (E1; E11), ter um calendário de atividades do semestre (E11), usar o plano (E2; E9; E12) com discriminação das atividades e responsáveis (E1) e priorização dos problemas (E9) foram trazidas, a saber: “a gente tem usado aquela planilha [...] do planejamento operativo” (E12); “com aquele planejamento ali nós conseguimos executar algumas tarefas” (E9); “[...] antes não, era demanda e resposta, [...] hoje já tem um calendário de atividades do semestre” (E11).

Entre as mudanças na *organização*, foram citadas: se preparar mais para as atividades no posto (E16); sistema do posto, acolhimento (E13); escrever o que será feito antes (E9); e “a organização deu um direcionamento” (E3).

Sobre a *criação de instrumentos do planejamento e ações*, os profissionais elaboraram uma ficha de acolhimento do NASF (E2; E3); grupos (E6; E14) e aumentaram “a quantidade de atividades como sala de espera [...] e de reuniões de grupos” (E13).

Dentre os relatos, apenas um mencionou a tentativa de avaliar o plano: “os profissionais quiseram avaliar o plano, então houve um movimento que não partiu de vocês, partiu da gente da equipe, os profissionais pediram para fazer avaliação” (E11).

Algumas falas destacaram que o processo de implantação do planejamento na USF potencializou algumas ações previstas e vice-versa, tais como: a falta de interação era uma das principais dificuldades, e com o “amadurecimento do tempo e essas evoluções que hoje a gente está mais inserido, mais entranhado, essa dificuldade hoje é bem menor” (E3). Outra questão apontada pelos(as) entrevistados(as) E14 e E6 foi que a equipe já tinha algumas ideias que, quando trazidas pelo grupo do planejamento, ajudaram mais, bem como a junção de processos como a “territorialização” e outros (E6). Também foi referido o uso de outras ferramentas como o “Portal Mais” (E12).

LIMITES E AVANÇOS PARA O ALCANCE DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA USF

Dos limites que permaneceram após a intervenção, destacaram-se: recursos materiais (E1; E3; E7; E10; E11; E12; E13), recursos humanos (E1; E9; E12; E16; E17), permanência da estratégia de “tirar do bolso” para desenvolver atividades (E1; E14), pouco comprometimento (E2; E4; E8; E16) e a falta de programação (E3).

Dos *recursos humanos*, as falas apontaram a falta e/ou rotatividade do profissional médico (E8; E10; E12; E14; E16), o desafio de realizar atividades sem o profissional médico (E10), assim como profissional do NASF (E1; E2), ACS e odontólogo (E1; E14; E16).

Dos *recursos materiais*, as falas circundaram a falta de impressos (E8; E10); transporte (E13); material de escritório (E8) e a falta de recursos audiovisuais, como *datashow*

(E10; E13), e além dos materiais, há um desgaste profissional baseado nesse limite, como mencionado no relato do(a) entrevistado(a) E1: “há um desgaste bem grande sobre essa questão dos recursos materiais para desenvolver as atividades”.

Dois participantes (E5; E8) apontaram o *recurso financeiro* enquanto limite para o alcance do planejamento na USF, inclusive, E5 destaca que se “[...] resolver fazer, confeccionar camisa ou enfeitar a unidade como é feito no Outubro Rosa, o rateio fica entre os próprios funcionários”. Outros(as) entrevistados(as) também apontaram a falta do recurso enquanto um limitador (E4; E16; E17) para a realização das ações, entretanto, não houve explicação mais detalhada sobre qual tipo de recurso.

A *pouca integração* da equipe também foi algo que permeou as falas enquanto limite referido pelos entrevistados. Alguns relatos trouxeram: a integração relacionada a adesão às reuniões, de modo que a falta de interação plena com as equipes dificultava toda a nossa interação (E3); “nem toda reunião de equipe dava certo, melhorou [...], a gente passou praticamente dois anos sem se reunir” (E6); “nem todo mundo participava” (E16); “a falta de adesão dos profissionais [...] é o principal entrave que a gente tem” (E4).

A falta de integração foi relacionada à ausência de estímulo e comprometimento do profissional: “a falta de estímulo da equipe” (E8), “do envolvimento” (E12), “comprometimento” (E12; E10). Ainda, *não saber fazer e não reconhecer a necessidade e responsabilidade por fazer* foram também apontados como limitantes, pois algumas falas apontaram que os profissionais “ficavam mais retraídos e não se sentiam na obrigação, como função base deles, o planejamento [...]” (E8). Referiram também que a falta de conhecimento sobre planejamento impacta (E8; E11; E12) no processo de “construção de um plano” (E10), por ser abordado como algo operacional com a função de dar respostas à SMS, sem ser descentralizado para os distritos (E11).

No que tange à *falta de programação*, as falas foram direcionadas à ausência de institucionalização do planejamento e do suporte do distrito, como apontado por E11 e E13. Somada a essa dificuldade, foi relatada a “alta demanda” que, segundo E9, “as atividades chocam e não consegue se programar”.

Sobre a *violência* enquanto um limitador, apenas um(a) entrevistado(a) trouxe a seguinte questão: “[...] violência... às vezes, a gente não tinha como ir e adiava, mas assim... a gente conseguia fazer uma parte das atividades programadas” (E10).

Dos novos limites, foram apontados: estrutura física (E3; E5; E12), sobrecarga de trabalho (E8; E11; E12), não realização de avaliação (E2; E4; E5), ausência de um agente externo (E2; E14), processo do planejamento (E11; E12), baixa governabilidade (E12) e a falta de capacitação (E11). Os relatos a seguir caracterizam esses resultados.

No que tange à *estrutura física*, foi apontada a falta de salas, de espaço físico (E3; E5), sem estrutura física para a quantidade de turnos (E12) e *sobrecarga de trabalho* (E12).

A respeito da *falta de avaliação do plano*, o(a) entrevistado(a) E4 citou “que a gente ainda não conseguiu fazer. Naquele momento, todo mundo se envolveu, e depois esfriou [...] aí a gente tá com dificuldade para avaliar o quê que não deu certo”. Em referência ao agente externo, foi pontuado que “[...] a ausência [...] meio que fez com que o processo não andasse [...] a gente fez tudo, mas o fato de não ter esse compromisso, de não ter que responder a alguém, no caso vocês, fez com que a gente parasse [...]. Essa coisa do agente externo é importante, muito” (E2).

Do *processo de planejamento*, os relatos destacaram questões voltadas para articulação entre a programação operativa da SMS, DS e USF: “[...] não ocorre a aproximação do plano no distrito com a secretaria” (E12); e “falta do distrito, falta da secretaria essa parceria com as unidades” (E14). Outra questão apontada foi a operacionalização do planejamento dentro das “caixinhas”, mencionada por E12, com “lógica de organização [...] muito baseada na ideia dos programas”.

Foram relatadas algumas sugestões, como: “[...] um curso de planejamento, um curso menor que não fosse em formato de especialização, [...] proporcionado pela secretaria [...]” (E11), outro informou que “a baixa governabilidade [...] de profissionais e trabalhadores que, por diversos motivos, não conseguem mais atender o posto que ocupam [...]. [Que] seja garantida a capacitação ou mudanças de postos quando necessário” (E12).

Os principais avanços após o projeto de intervenção mencionados nas entrevistas apontaram similaridade com as mudanças relatadas anteriormente. Sobre a organização antecipada do serviço, E1 e E7 afirmaram que a antecedência no planejamento refletiu na organização das equipes e na organização da recepção.

Dos relatos sobre as relações entre trabalhadores do NASF e EqSF, destaca-se o “entrosamento dos profissionais” (E3), “a interação entre a equipe e os profissionais” (E13), e “as pessoas eram mais dispersas [...], hoje não mais... estão mais envolvidos” (E14).

Algumas falas também abarcaram o engajamento profissional, comprometimento (E9) e compreensão do planejamento (E4; E11). Outro fator de avanço foi a questão da responsabilização, a partir da explicação de um plano que tem metas e prazos, em alguma medida (E12).

Dentre os(as) entrevistados(as), apenas um(a) não identificou avanço, mas justificou não ter parado para fazer essa avaliação (E2). Outro informou que não houve avanço em nada e apresentou sugestões, mas não mencionou justificativa (E17).

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PLANEJAMENTO NA USF

No quesito da cooperação técnica da residência multiprofissional para a implantação do projeto na USF, de forma geral, houve consenso entre os(as) entrevistados(as), que afirmaram ter havido contribuição por parte da residência nos seguintes aspectos: ampliação da compreensão e da prática sistematizada do planejamento, estímulo à participação e mobilização e melhora no processo de trabalho.

Sobre a *ampliação da compreensão do planejamento*, foi mencionado planejamento com mais antecedência, estimulado a partir dos aprendizados do projeto de intervenção. Além disso, foi citado o conhecimento acadêmico do planejamento, inclusive, pelo conhecimento das ferramentas (E9) e pela participação de “pessoas da universidade, com ideias frescas na cabeça” (E11). Também houve menções de que, anteriormente, o planejamento não ocorria de forma adequada: “a gente planejava as ações, mas na verdade não tinha o plano propriamente dito” (E9; E10).

O estímulo à *participação e envolvimento* dos profissionais foi destacado positivamente: “[...] estava precisando se organizar, planejar (E1), “ajudou [...] com o plano operativo” (E15), “foi muito esclarecedor [...], a unidade funciona de maneira mais homogênea, e não cada um no seu canto como era” (E3). Também mobilizou os profissionais, de modo que “[...] a presença do residente nas unidades faz com que a gente saia da nossa zona de conforto e estimula a fazer o que deve ser feito” (E11), para estímulo (E12) a “fazer de maneira menos pesada” (E14) e o planejamento estruturado e articulado com a SMS como motivação e estímulo para a ação da equipe (E8).

A *melhora no processo de trabalho* também foi citada pelos entrevistados: “estruturar planejamento, da forma como vocês fizeram, eu nunca tinha pensado” (E4). Sobre o trabalho na ESF, E6 menciona que “trouxeram à tona qual o papel de fato da ESF que estava perdida, na verdade estava sendo feito de forma aleatória, algumas equipes funcionando muito bem e outras sem funcionar”.

A presença da residência trouxe contribuições, como: “[...] olhar para os nossos problemas, às vezes é um olhar muito enviesado [...], também acho que a pessoa que não é a gestão e nem assistência, acaba sendo mediadora [...].” (E12). Na avaliação sobre as ações da residência, alguns relatos apontaram pontos fracos: “a gente não conseguiu tudo do que foi planejado” (E1); “continuidade, porque é como se a gente... o trabalho meio que se perdesse, sabe?” (E2); “eu sinto falta de a gente conseguir fazer de novo detalhado como foi” (E4); “seria melhor se tivesse iniciado e terminado o plano” (E10).

DISCUSSÃO

A capacidade de agir sobre uma determinada situação é diferente de ator para ator, e isso condiciona o planejamento, pois é necessário elaborar a viabilidade das ações considerando a capacidade de todos os envolvidos¹².

Acredita-se que o projeto de intervenção realizado pela residência multiprofissional permitiu que os profissionais reconhecessem a importância de estratégias diversas, como planejar com antecedência, fazer uso de instrumentos de planejamento, planejar de forma coletiva e rastrear os problemas e necessidades de saúde no território.

Assim, o uso do planejamento com enfoque participativo contribui para a “problematização para a identificação de necessidades e recursos disponíveis em um determinado espaço”^{7:747}. As reuniões com envolvimento de todos os profissionais da US foram uma das iniciativas identificadas pelos participantes para o planejamento das ações e atividades na USF, tanto antes como depois do projeto de intervenção. Ainda que tenha se verificado uma prática vertical, sem a presença da comunidade no processo de tomada de decisão das ações, com programação e campanhas induzidas pela SMS, ou por demandas.

Nos estudos de Arantes et al.¹³, foi apontado que as decisões devem ser planejadas em conjunto com a comunidade para que sejam satisfatórias aos problemas locais, e que esse processo pode colaborar para maior responsabilização dos gestores e profissionais para com os usuários da AB.

Com isso, verifica-se a necessidade de construir uma articulação mais firme entre a gestão municipal, o DS, as USF e a comunidade, para que os fluxos das ações de planejamento em saúde sejam mais efetivos no nível local, estabelecendo assim a colaboração e responsabilização entre os gestores e demais profissionais.

Cabe mencionar que a AB/APS, enquanto ordenadora do cuidado à saúde, tem diversos problemas a serem enfrentados, como as dificuldades na comunicação entre as EqSF, as equipes e o NASF¹³, a gestão municipal e o DS, dentre outros. Essas questões foram mencionadas pelos(as) entrevistados(as), e aprimorados no decorrer das ações. Portanto, os problemas e as limitações impactam não somente as atividades de planejamento, mas também o trabalho das equipes, gerando sobrecarga de atividades⁷.

Essas questões podem contribuir para a reflexão dos atores envolvidos no planejamento das ações, no sentido de garantir o cuidado à saúde da população de forma compartilhada, bem como na identificação dos problemas, orientação de mudanças e no processo de trabalho, reconhecendo que as equipes realizam o diagnóstico situacional, definem as ações de planejamento e avaliam. No entanto, são práticas ainda pouco integradas que precisam ser transformadas¹⁴.

A elaboração da Programação Operativa Anual (POA) de 2018 foi reflexo da articulação entre DS e USF, impulsionada pela inserção da residência. A POA (2018) foi elaborada pelos atores sociais envolvidos e contemplou os problemas de serviços de saúde voltados para estrutura, processo de trabalho, gestão, recursos humanos e materiais, e os de estado de saúde com aspectos dos ciclos de vida. Tais problemas, principalmente os do serviço de saúde, aparecem em muitos relatos enquanto limitantes, antes e depois do projeto de intervenção, para o alcance do planejamento.

No decorrer do estudo, alguns limites foram amenizados diante da maior estruturação do planejamento na USF, com as ações do projeto de intervenção, a exemplo da pouca interação e pouco comprometimento dos profissionais. Potencializou-se, assim, o que está descrito na PNAB¹ sobre as ações comuns a todos os profissionais da ESF, como participar das reuniões, acompanhar e discutir as ações em conjunto, dentre outras.

Outro limite que demonstrou ter sido amenizado foi “não saber fazer e não reconhecer a necessidade do planejamento”, pois o planejamento geralmente é tratado como tema de um setor específico, ou de profissionais responsáveis⁶. Isso pôde ser verificado nos relatos dos ACS, que de início não se reconheciam como trabalhadores capazes para a realização do planejamento na USF, e ao final, se sentiram como parte do processo. Destaca-se que são os ACS que mantêm maior relação e vínculo com a comunidade, fatores importantes para o conhecimento do território na AB.

Isso reafirma que o planejamento é necessário para melhorar o processo de trabalho e levantar objetivos e compromissos compartilhados em equipe¹⁵. Assim, explicitar objetivos e planejar as ações compartilhadas contribuem não apenas para a modificação da realidade, mas também para a forma de pensar novas estratégias e envolver os demais atores.

Após o projeto de intervenção, os(as) entrevistados(as) reconheceram “compreender” e “entender” o planejamento em saúde, reconhecendo que a aplicação e o desenvolvimento adequado do planejamento ajudam no aprimoramento do processo de trabalho e na eficácia de suas ações⁷.

Portanto, a inserção da residência contribuiu para a compreensão do planejamento, melhoria do comprometimento da EqSF, organização dos serviços prestados, mobilização das equipes, uso dos instrumentos de planejamento, maior disponibilização de materiais via DS, implementação do acolhimento, bem como a frequência e a qualidade das reuniões de equipe, dentre outras dificuldades que permeavam a USF.

Estudo de Domingos et al.⁹ também revelou que a residência multiprofissional foi um fator que determinou avanço no processo de trabalho da equipe multiprofissional.

O trabalho destacou que é no processo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, com a utilização da vivência dos trabalhadores e profissionais da saúde enquanto cenário de reflexão para a transformação das práticas, bem como a motivação do indivíduo para aprimorar seus conhecimentos.

Portanto, mesmo com todo o investimento em capacitações, inserção da residência e da educação permanente proposta pela SMS ou pela própria residência, são necessários esforços que intensifiquem as estratégias que demonstram benefícios para a consolidação da ESF, bem como para um SUS centrado na APS¹³ e no estímulo à produção de sentidos.

Há ainda diversos desafios sobre o planejamento, com destaque para a superação institucionalizada do planejamento normativo e verticalizado, demonstrado neste estudo por meio das solicitações de ações e demandas advindas do DS ou da SMS, que implicam que o planejamento seja estruturado de forma pouco prática, com efeitos voltados para o cumprimento legal^{6,8}, e não como ferramenta possível de mudança da realidade.

Sendo assim, a realização do planejamento no nível local, especialmente nas USF, é um desafio para o exercício da gestão no sistema de saúde brasileiro no sentido de consolidar as ações conforme a realidade, como foi apontado neste estudo, fazendo com que os profissionais das USF se dediquem mais a realizar o conjunto de ações solicitadas pela SMS e/ou MS do que as prioritárias, identificadas por meio da equipe e da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do planejamento em saúde para a organização e execução das ações ainda parece novo ou incomum no processo de trabalho das EqSF, cabendo maiores esforços para o fortalecimento de seu uso a nível local.

As estratégias para o planejamento em saúde são variadas, mas ainda estão muito centradas nas demandas advindas da Secretaria Municipal de Saúde e do MS. Dentre os limites que fragilizam o processo de trabalho das EqSF para a condução do planejamento, destacam-se recursos materiais e insumos, recursos humanos, sobrecarga de trabalho, entre outros, que fazem parte do dia a dia dos profissionais e levam o nível local a realizar atividade pontuais.

Por fim, há diversos desafios para amenizar os limites do uso de novas práticas e estratégias, seja de registros, de apoio com o controle social local, mediação de problemas com a gestão, dentre outros, que podem potencializar o avanço do planejamento em saúde no nível local. Nesse sentido, a inserção da residência constitui potencial colaborativo e propulsor das discussões e mudanças das práticas para o desenvolvimento do processo de planejamento e programação em saúde na USF e, portanto, ser uma estratégia para contribuir e modificar a realidade local.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Andrea Lais Santos e Santos e Mariluce Karla Bomfim de Souza.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Andrea Lais Santos e Santos e Mariluce Karla Bomfim de Souza.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Andrea Lais Santos e Santos e Mariluce Karla Bomfim de Souza.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Andrea Lais Santos e Santos e Mariluce Karla Bomfim de Souza.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. 2017 [citado em 2019 nov 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Garcia PT, Reis RS. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2016.
3. Teixeira CF. Enfoques Teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. In: Teixeira CF, organizadora. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador (BA): EDUFBA; 2010. p. 1732.
4. Brasil. Lei n. 8.080 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 [Internet]. 1990 [citado em 2019 nov 23]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
5. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva, trajetória e orientações de operacionalização. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília (DF); 2009.
6. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(Supl. 1):156577.
7. Elia PC, Nascimento MC. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. Physis. 2011;21(2):74565.
8. World Bank. Brazil. Governance in Brazil's Unified Health System (SUS). Raising the Quality of Public Spending and Resource Management [Internet].

2007 fev 15[citado em 2019 nov 27]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/173721468019759944/pdf/366010BR.pdf>

9. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(55):122132.
10. Estrela C, organizador. *Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa*. 3a. ed. São Paulo (SP): Artes Médicas; 2018. (Métodos de pesquisa).
11. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 18a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001. p. 6780.
12. Vilasboas ALQ. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); Fiocruz; 2004 [citado em 2020 jan 27]. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/proformar_6.pdf
13. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1499510.
14. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis ACC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014;38(N. esp.):12439.
15. Paim JS. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Rassi Neto E, Bógus CM, organizadores. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 183212.

Recebido: 4.2.2020. Aprovado: 23.2.2021.