

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL COMO UM IMPORTANTE INSTRUMENTO DE GESTÃO: experiências na Atenção Primária à Saúde

Manoela Cerqueira Reis¹
Jucielma de Jesus Dias²
Taciane Oliveira Bet Freitas³
Adje Silva Santos⁴
Bianca de Oliveira Araujo⁵
Illyane Alencar Carvalho⁶
Luane Sales de Jesus⁷
Renata Marques da Silva⁸

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo discutir a importância do planejamento estratégico nas práticas gerenciais da atenção primária à saúde (APS), a partir de experiências relatadas em outros estudos. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), por meio dos descritores: Planejamento Estratégico, Gestão em Saúde e Atenção Primária à Saúde, de onde selecionou-se dez artigos, a partir da estipulação de critérios de inclusão e exclusão. Elaborou-se de um quadro sinóptico a fim de realizar uma análise descritiva do material selecionado, o que possibilitou a avaliação da qualidade dos estudos para posterior discussão do objeto proposto. Levando-se em conta a experiência relatada nos estudos analisados, foi possível identificar práticas de planejamento com distintos formatos e racionalidades, ressaltando-se o Planejamento Estratégico Situacional como um importante instrumento no desenvolvimento das ações na APS. Concluiu-se que o planejamento estratégico é um instrumento primordial da gestão da APS, na implementação das ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação e consequente fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-Chave: Planejamento em saúde; gestão em saúde; atenção primária à saúde.

¹ Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). enf.manoela@gmail.com

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. jucielma.jd@gmail.com

³ Enfermeira graduada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UNINTER. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. tacy_ane@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira graduada pela UEFS, pós-graduada em Neonatologia e Urgência e emergência pelo Instituto Brasileiro de Pesquisa e Extensão. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. adjesantos@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira graduada pela UEFS, pós-graduada em Saúde Coletiva com Ênfase na Gestão da Atenção Básica pelo ISC/UFBA. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. biabore@hotmail.com

⁶ Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Pernambuco (UPE), Especialista em Gestão em Saúde, Enfermagem do Trabalho e Saúde Pública. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. illyane@hotmail.com

⁷ Educadora Física, graduada pela UEFS, especialista em atividade física e saúde adaptada. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. Luane_sales@hotmail.com

⁸ Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Vale do São Francisco, especialista em saúde pública. Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS. renatamsenf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O termo Atenção Primária à Saúde (APS) permitiu a mistura de algumas concepções, desde a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978, onde se discutiu a reorganização da atenção à saúde, no âmbito mundial (CASTRO; MACHADO, 2010). No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, adotando o termo “Atenção Básica” (AB) para a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema de saúde universal, integral e equânime, sendo a Saúde da Família estratégia prioritária para a sua consolidação (FAUSTO, 2005; BRASIL, 2011).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada através da PT nº 2.488, em 21 de outubro de 2011, considera os termos APS e AB como equivalentes, caracterizando-os como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange tanto a promoção da saúde, proteção, prevenção de riscos, como o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, a fim de desenvolver a integralidade da atenção, sendo considerados, portanto, como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, a APS configura-se como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (ANDRADE et al., 2012). Dessa forma, diversas estratégias vem sendo adotadas tendo em vista o fortalecimento, expansão e consolidação da APS, no Brasil, a fim de subsidiar a tomada de decisão pelos gestores do SUS, no que se refere ao planejamento, avaliação e monitoramento das ações de saúde.

Não obstante, o cenário da gestão da saúde pública brasileira, não destoante da APS, descreve realidades de gestão, na sua maioria, marcadas pela improvisação, ações voltadas para emergências, falta de planejamento, com reflexos profundos na formulação e na implementação de políticas públicas e, de modo particular, na articulação entre elas. Destaca-se, nesse panorama, a utilização do planejamento tradicional ou normativo, traçado objetivamente por um único ator, tecnocrático e determinista, logo que, não leva em consideração a complexidade da realidade social, expressando grande centralização e baixa autonomia dos dirigentes, ausência quase completa de compromissos com os resultados finais, irracionalidade e desperdício de recursos. Nesse contexto, também, são poucos os gestores da saúde pública que se encontram habilitados, profissionalmente, para funções de gestão (PALOMO, 1998; COLEHO e PAIM, 2005; VILASBÔAS e PAIM, 2008).

A utilização de métodos tradicionais de planejamento, desenvolvidos na década de 1950, com grande repercussão no Brasil, não contempla a complexidade que envolve a APS. Problemas complexos não podem ser resolvidos com modelos demasiadamente simples, que escamoteiem a realidade. É necessário usar modelos adequados, capazes de espelhar essa complexidade (DAGNINO, 2012). Nesse contexto, a recuperação da abordagem proposta por Matus (1993) sobre Planejamento Estratégico Situacional - PES, constitui uma oportunidade de aprofundamento da discussão acerca da importância e do significado do planejamento para a gestão da APS.

Nesse sentido, o PES, diferencia-se do Tradicional ou Normativo à medida que leva em consideração os vários atores com capacidades de planejamento diferenciadas, havendo, portanto, várias explicações da realidade levando a uma gama de diagnóstico e verdades. Enquanto que no Planejamento Tradicional a situação final é conhecida, no PES, em consequência da existência de mais de um plano e atores envolvidos, o final está aberto a possibilidades que não se é possível imaginar, reconhecendo-se a continuidade dos problemas sociais, no tempo (DAGNINO, 2012).

Assim, o planejamento estratégico configura-se como um importante instrumento da gestão da APS, frente à necessidade de se decidir, conduzir e executar as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, com doneidade e coerência, a fim de contemplar os princípios do SUS (ANDRADE et al, 2012).

A realização deste estudo impõe realizar aproximações de diferentes níveis, partindo de um nível mais geral, que se refere à gestão em saúde, a um nível mais específico, qual seja um instrumento dessa gestão, o planejamento estratégico. Este reveste de extrema relevância, levando em consideração a importância do planejamento nas práticas gerenciais da APS, com vistas a atender aos princípios do SUS.

Dessa forma, este artigo tem por objetivo discutir a importância do planejamento estratégico nas práticas gerenciais da APS, a partir de experiências relatadas em outros estudos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, realizada nos meses de julho e agosto, do ano de 2014. Este tipo de estudo utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Disponibiliza, ainda, um resumo das evidências relacionadas a uma intervenção específica, utilizando-se de métodos sistematizados de busca, análise crítica e síntese das informações extraídas. São úteis, portanto, para integrar informações de estudos realizados separadamente, que podem apresentar resultados dissonantes ou convergentes, assim como, identificar lacunas no conhecimento, auxiliando na execução de pesquisas futuras (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Este tipo de método obedece às seguintes etapas: 1) determinação do problema do estudo, identificação do tema da pesquisa e definição da questão norteadora; 2) seleção da amostra e busca na literatura; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação da qualidade dos estudos selecionados para comporem a revisão da literatura; 5) interpretação dos resultados; e 6) síntese dos artigos analisados (SILVEIRA; GALVÃO, 2009).

Tomando como base a sistematização proposta pelos autores supracitados, os artigos foram selecionados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), por meio dos descritores: Planejamento Estratégico, Gestão em Saúde e Atenção Primária à Saúde (em português). Cabe destacar que foi realizado cruzamento entre os descritores da seguinte forma: planejamento estratégico e gestão em saúde; planejamento estratégico e atenção primária à saúde; planejamento estratégico e gestão em saúde e atenção primária à saúde.

Os critérios de inclusão dos textos foram: artigos em português, pois o interesse foi focado nas experiências brasileiras, com seus textos disponíveis na íntegra, nas bases de escolha, no período de 2004 a 2013 cuja metodologia permitisse obter evidências sobre a associação dos descritores utilizados e a questão norteadora. Utilizou-se ainda como variáveis: objeto de estudo, título, resumo, leitura na íntegra dos textos e sujeitos da pesquisa.

Para identificação dos estudos, em cada busca nas bases de dados, a seleção inicial ocorreu pela leitura dos títulos dos artigos encontrados, sendo descartados aqueles não relacionados ao tema e período selecionados. Posteriormente, os resumos foram avaliados para uma segunda etapa de seleção quanto à elegibilidade. Os artigos que aparentemente cumpriam com os critérios de inclusão foram obtidos e analisados, na íntegra, sendo finalmente incluídos os que contemplavam a proposta da presente revisão sistemática.

O processo de busca sistemática e seleção dos artigos, para inclusão na revisão foi realizado, independentemente, por duas pesquisadores que, logo após, confrontaram seus

resultados, resolvendo as dissonâncias por consenso. A seleção dos artigos, contemplando todas as etapas, rigorosamente, seguiram os passos descritos no Quadro 1.

QUADRO 1: Seleção de artigos nas bases de dados

Base de Ddos	1ª seleção – pelos descritores	2ª seleção – texto disponível	3ª seleção – título	4ª seleção – leitura do resumo.
LILACS	Planejamento estratégico e gestão em saúde: 231 artigos.	87 artigos	35 artigos	13 artigos
	Planejamento estratégico e atenção primária à saúde: 30 artigos	11 artigos	3 artigos	1 artigo
	Planejamento estratégico e gestão em saúde e atenção primária à saúde: 14 artigos	5 artigos	2 artigos	Excluídos da amostra por serem repetidos
SCIELO	Planejamento estratégico e gestão em saúde: 1ª seleção: 8 artigos	8 artigos	7 artigos	Excluídos da amostra por serem repetidos.
	Planejamento estratégico e atenção primária à saúde: Nenhum artigo encontrado	-	-	-
	Planejamento estratégico e gestão em saúde e atenção primária à saúde: Nenhum artigo encontrado	-	-	-

Fonte: Elaboração própria, em julho 2014.

Em seguida, construiu-se um quadro sinóptico para os estudos selecionados, contemplando a revista e o ano da publicação, local do estudo, tipo de abordagem do estudo e o método do mesmo.

QUADRO 2. Caracterização dos artigos selecionados para análise.

Revista	Ano	Local do estudo	Abordagem	Método
Rev. APS	2013	Minas Gerais	Qualitativa	Exploratório, descritivo. Análise crítica do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.
Ciência e Saúde Coletiva	2012	João Pessoa – PB	Qualitativa	Análise de discurso de linha francesa com 16 trabalhadores de saúde
Ciência e Saúde Coletiva	2011	Cidade do Nordeste Brasileiro	Qualitativa	Estudo analítico, transversal. Entrevista semiestruturada, análise documental, observação participativa. Análise de conteúdo.
Ciência e Saúde Coletiva	2010	Município do Estado da Bahia	Qualitativa	Estudo exploratório, descritivo. Descrição e análise do processo de planejamento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia no período compreendido entre janeiro de 2007 e julho de 2009.
Rev Bras Enferm	2005	Curitiba - PR	Qualitativa	Utilizou o instrumento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC para análise das informações, tendo como fundamento a teoria da Representação Social
Ciência e Saúde Coletiva	2009	Campo Bom (RS)	Qualitativo	Estudo observacional, de análise documental e avaliação de novas tecnologias de processo na gestão local de saúde.
Rev Gaúcha Enferm	2010	Porto Alegre (RS)	Qualitativa	Atividade desenvolvida com graduandos de Enfermagem para aplicar conhecimentos acerca dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde por meio da participação ativa no processo de Planejamento Estratégico Situacional junto a Estratégia Saúde da Família.
Rev. APS.	2013	Natal (RN)	Qualitativa	Experiência de gestão em saúde mental na atenção primária. Relato de uma pesquisa-intervenção, desenvolvida e que utilizou as etapas do planejamento estratégico situacional.
RFO	2009	Ribeirão Preto (SP)	Qualitativo	Discussão sobre políticas de Saúde Bucal pautada no desenvolvimento de atividades de planejamento em Saúde, para os profissionais da prática pública, pela utilização deste modelo como instrumento promotor.
Saúde e Sociedade	2004	Salvador (BA)	Qualitativo	Discussão da possibilidade de enriquecimento das Políticas

				Públicas à luz do debate conceitual no campo da Saúde Coletiva desenvolvendo uma reflexão acerca das possibilidades de utilização do enfoque situacional como eixo do processo de planejamento dessas políticas
--	--	--	--	---

Fonte: Elaboração própria, em julho de 2014.

Após a elaboração do quadro sinóptico, foi realizada análise descritiva do material, a fim de possibilitar a avaliação da qualidade dos estudos e posterior discussão do objeto de estudo proposto, além da identificação de lacunas para o desenvolvimento de futuras pesquisas na área em questão. Por fim, as experiências relatadas foram embasadas e discutidas, segundo a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados procederam-se a partir da pesquisa nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). No total, foram 283 artigos selecionados pelos descritores, sendo que 111 encontravam-se disponíveis na íntegra, 47 selecionados pelos títulos. Através da leitura dos resumos selecionou-se 14 artigos. Após leitura dos artigos, na íntegra, foi identificada a repetição de um artigo, apesar de estar disponível em duas versões com títulos e resumos diferentes. Foram excluídos 3 artigos que não relacionavam-se com a temática abordada, totalizando, portanto, 10 artigos.

Sob o enfoque do PES, algumas experiências desenvolvidas no SUS, especificamente, na APS, foram acumuladas no contexto brasileiro.

O Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PDAPS MG) pretendeu organizar o sistema de saúde em redes de atenção, tendo como eixo coordenador a APS, melhorando a qualidade desta e proporcionando a concretização das redes de atenção, com base no PES. O objetivo deste instrumento era melhorar o acesso à APS, infraestrutura, equipamentos e processos de trabalho. Para isto, a programação do plano era operacionalizada através de 10 oficinas com o propósito de organizar o processo de trabalho em saúde. Nestas oficinas eram discutidas as concepções teóricas que orientam o planejamento, assim como, apresentados instrumentos gerenciais que norteiam a operacionalização das redes de atenção à saúde (FERREIRA et al., 2013).

Conforme explanado por Ferreira e Colaboradores (2013), o planejamento no sistema de redes, em Minas Gerais, era executado de forma compartilhada entre os atores envolvidos e estava voltado às necessidades de uma população adstrita. Sendo assim, o PDAPS MG demonstrou potencial para atingir a meta de fortalecer a APS, produzindo resultados positivos nos indicadores de saúde. Isto foi possível devido a interação entre a teoria do PES e sua concretização nas oficinas gerenciais (FERREIRA et al, 2013).

Tendo em vista a proposta de Redes de Atenção à Saúde como superação da fragmentação presente nos sistemas de saúde, analisa-se a consonância dos objetivos pretendidos através experiência apresentada no estado de Minas Gerais, com a discussão de Mendes (2011) sobre Redes de Atenção, a qual visa a formação de em um modelo integrado, com coordenação de serviços para uma população definida, cuidados contínuos, promoção e

manutenção da saúde e eliminação de redundâncias. Isso é operacionalizado por meio de um “sistema sem muros”, que desfaça-se de barreiras de acesso entre os níveis de atenção, a fim de otimizar recursos e ampliar oportunidades de cuidados adequados. Neste contexto, o planejamento deve ser executado de forma compartilhada e de acordo com as necessidades da população adstrita (MENDES, 2011).

A experiência da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), explicitada no estudo de Jesus e Teixeira (2010), é consoante à anterior. Neste espaço, buscava-se articular teoria e prática sob o enfoque do PES, articulado à perspectiva do agir comunicativo em saúde, levando em conta a participação social. Apesar deste estudo não ter como foco de atenção a APS, sabe-se que as estratégias prioritárias das esferas de gestão do SUS, devem estar voltas para o fortalecimento e consolidação da AB. Dessa forma, o planejamento em saúde realizado no âmbito de uma secretaria estadual, relaciona-se com todos os níveis de atenção, por conseguinte, com a APS.

Jesus e Teixeira (2010) constatou a operacionalização dos quatro momentos do PES, na Secretaria, os quais, segundo Matus (1993), articulam-se e desenvolvem-se em constante interação:

- O momento explicativo materializava-se no diagnóstico e análise da situação de saúde, processo que perdurou durante dois anos. Requereu-se intensa construção compartilhada acerca dos problemas de saúde e da Secretaria de Saúde e reflexão a respeito das possibilidades a serem construídas. O segundo momento do PES, o normativo, possibilita a consolidação do pensamento sistêmico através do programa direcional do projeto de governo na área da saúde (Plano Estadual de Saúde estritamente modular) e de todos os documentos dele originados (Plano Plurianual, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais) (JESUS; TEIXEIRA, 2010).
- O momento estratégico concretizava-se a partir do diálogo e liderança existente na equipe de gestão colegiada a qual estabelecia rumos, a partir de decisões, dos caminhos da implementação das propostas do Plano Estadual de Saúde (JESUS; TEIXEIRA, 2010).
- O momento tático-operacional era marcado pela operacionalização das sugestões no dia a dia da instituição. Isto foi concretizado a partir da execução do Plano de 100 dias e do Plano de Fortalecimento de Gestão da SESAB, além da prestação de contas de todas as ações postas em prática (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

Na experiência da Secretaria Municipal de Curitiba, foram desenvolvidos planos municipais intersetoriais, embasados na teoria do PES, tornando-se um compromisso baseado no desejo de superar a situação de saúde do município (CUBAS, 2005). Entretanto, neste caminho percorrido, ocorreram alguns entraves, notados nas falas dos sujeitos, a saber: dificuldade de executar o planejamento visto que sua metodologia é complexa; demanda excessiva da Secretaria Municipal que provoca dissonância: o planejamento é local, mas há existência de condutas e solicitações do nível central; falta de articulação do planejamento de eventos entre gestor local, Secretaria Municipal e Distritos (CUBAS, 2005).

Apesar das dificuldades enfrentadas, como a complexidade que envolve as práticas de gestão, vale destacar que o PES apresenta vantagens que, apesar de serem percebidas a longo prazo, são vitalícias. Pode-se falar em amadurecimento dos atores envolvidos, consolidação da cogestão, reconhecimento dos problemas reais e potenciais intervenções, maior flexibilidade, agilidade na tomada de decisões, melhor comunicação entre os atores envolvidos, agilidade na alocação de recursos, entre outros aspectos.

Ainda assim, foram pontuados aspectos positivos do planejamento. O envolvimento da equipe de saúde no planejamento torna esse processo democrático, coletivo e estimulante para cada um dos atores. A participação de lideranças comunitárias também é valorizada para que o processo de descentralização e planejamento sejam bem sucedidos já que estes são partes essenciais na composição do planejamento local (CUBAS, 2005).

Já no município de João Pessoa - PB, foi possível averiguar incoerências no que diz respeito à política municipal, com vistas à realização de planejamento na implementação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), e às práticas de gestão desenvolvidas (BARRETO et al., 2012).

É importante destacar que o PCT passou por reformulações na sua política, em nível federal, devido ao reconhecimento da importância do acesso ao diagnóstico e tratamento precoces. Para isto, utilizou-se do fortalecimento da APS enquanto coordenadora dos demais níveis, reconhecendo, no território, um espaço de intervenção contínua, com estabelecimento de vínculo e responsabilidade entre coordenação, população local e trabalhadores de saúde (BARRETO et al, 2012).

Levando-se em consideração que o Brasil ainda possui elevado número de casos de tuberculose - fato que é extremamente influenciado pelas precárias condições de vida e saúde da população e pelas escassas ações de controle e ampliação do acesso - é primordial que adotem-se medidas de redução da morbimortalidade deste agravo. Nessa perspectiva, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose afirma a necessidade de horizontalizar as ações de controle, admitindo que a APS é uma importante ferramenta na ampliação do acesso e do tratamento (HIJAR et al, 2010; BARRETO et al, 2012).

Não obstante, na experiência cotidiana da capital paraibana, exposta no estudo de Barreto e Colaboradores (2012), o planejamento é realizado somente a partir dos casos novos de tuberculose, sendo, portanto, pontual, normativo e insuficiente, apesar do reconhecimento, por parte dos atores do processo de gestão, da relevância de um planejamento contínuo (BARRETO et al, 2012). Dessa maneira, o trabalho realizado nesta localidade resume-se a “apagar incêndios”, visto que os gestores não apropriam-se dos problemas e necessidades da população, não conhecem as reais necessidades de intervenção e não buscam práticas de outras instituições envolvidas na política de saúde. Por conseguinte, a gestão do cuidado à tuberculose fica fragilizada, perdendo a possibilidade de construção sólida da tão almejada prática de cogestão exequível e eficiente, proposta pelo PES.

Entendendo que o PES parte da noção de situação e busca entender os problemas, descrevê-los e analisá-los, reconhecendo a existência de múltiplos atores que interagem a fim de alcançar consensos acerca dos problemas, destaca-se a sua importância para a implementação do PCT, por ser uma ferramenta de gestão que faz uso da definição de objetivos claros e precisos, os quais orientam as ações dos gestores que têm, além do papel de planejar, a incumbência de reconhecer e acompanhar o trabalho dos atores que estão sob seu acompanhamento (TEIXEIRA; JESUS, 2010; PAIM, 2007). Para tanto, torna-se imprescindível a cultura do planejamento nos serviços de saúde a fim de possibilitar a construção de um projeto coletivo, que envolva e instigue a realização profissional de cada ator envolvido e, por conseguinte, a ampliação do acesso da população aos serviços e integralidade do cuidado (PAIM, 2007).

A proposta da experiência relatada por Vendruscolo et al., (2010), inseriu estudantes na realidade do trabalhador do SUS em um município do Sul do País, por meio de sua participação ativa no processo de planejamento. Na intenção de obter um enfoque estratégico, optou-se pelo PES, por oportunizar o enfrentamento de problemas a partir de um olhar abrangente, considerando a perspectiva de análise e a capacidade de ação dos atores envolvidos (VENDRUSCOLO et al., 2010).

Para tanto, experimentaram o trabalho em cinco unidades de saúde contemplando os seguintes momentos: explicativo, no qual os grupos interagiram no serviço em busca de “situações problema”; normativo, com o desenho da situação, traçando objetivos e planos de ação, para que a estratégia pudesse ser desenhada nas estratégias de ação; momento tático-operacional, para que organizassem o sistema de gerência estratégica (VENDRUSCOLO et al, 2010).

O planejamento, enquanto ferramenta de organização dos processos de trabalho na APS, deve fazer parte da prática cotidiana dos profissionais de saúde contribuindo, assim, para melhoria dos indicadores de saúde da população e desalienação da equipe de saúde. Requer envolvimento, comprometimento e participação ativa dos atores envolvidos nesse processo (FERREIRA et al, 2013).

Em um município de pequeno porte, no Rio Grande do Norte, constatou-se a relevância de se mobilizar gestão e a classe dos profissionais de saúde no processo de formulação de novas estratégias assistenciais no campo da saúde mental. No âmbito da intersetorialidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua como um importante ponto de apoio no desenvolvimento de ações em saúde mental e, em muitos municípios de pequena e média densidade populacional, a ESF concentra o papel central na assistência psiquiátrica. Destarte, pensar a gestão e saúde mental como reflexão necessária demonstra a articulação indispensável que deve ser estabelecida entre os diversos protagonistas envolvidos, a saber: gestores públicos, profissionais de saúde, usuários, familiares e a própria sociedade civil organizada (JÚNIOR et al, 2012).

A fim da implementação do PES, inicialmente, foram realizadas reuniões com leitura de dados atuais do setor saúde, dos relatórios de gestão dos anos anteriores envolvendo os atores envolvidos e constituiu-se um consenso coletivo, no qual se traçou a matriz de programação de ações, como uma das etapas referentes ao PES. Na sequência, elaboraram-se as ações propostas condizentes com a problemática, os resultados e recursos necessários, além do tempo destinado e os responsáveis por cada etapa e execução das mesmas. Programou-se um encontro com os profissionais de saúde das equipes da ESF, objetivando envolvê-los e sensibilizá-los para o estudo. Ao final, todas as ações foram executadas ou continuam em processo de implementação, constituindo-se em medidas de intervenção no contexto da gestão e saúde mental (JÚNIOR et al, 2012).

Teixeira (2004a) ressalta a necessidade de um bom planejamento na formulação e execução dos principais instrumentos de gestão em saúde pública no Brasil e que, neste mesmo país, a constante descontinuidade no plano de gestão pública dificulta a condução de uma política de longo prazo destinada aos interesses da população, pois promove uma política vinculada ao mandato público do grupo político detentor dos direitos legais, a exemplo da escolha de gestores para cargos públicos da saúde sem o devido perfil e conhecimento profissional necessário para o desempenho da função exigida.

Portanto, para que se tenha uma boa capacidade de enfrentamento dos problemas públicos é necessário ter conhecimento da realidade em que se está inserido para que se possa buscar medidas efetivas a fim de minorá-los ou eliminá-los. Dentro deste entendimento, questiona-se: qual justificativa da necessidade de aliar as etapas do PES em consonância ao trabalho de gestão na saúde? Para isso, Bittar et al (2009) pautou o desenvolvimento de atividades de planejamento em saúde bucal para os profissionais da prática pública, pela utilização do PES, como instrumento promotor de política de saúde pública, para os gestores e coordenadores municipais da área de saúde bucal de todo território nacional. Neste processo, prosseguiu-se com a seleção dos índices e indicadores de saúde bucal, desenho da situação ideal, análise da viabilidade e das variáveis existentes e execução do plano e realimentação do sistema.

Esta experiência buscou, dentre os seus objetivos, rever a Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Dessa forma, considera-se salutar estudos como este, que buscam refletir sobre a real implementação de políticas públicas no contexto da saúde, seus entraves, possibilidades e desafios.

Em busca desse desafio, Teixeira (2004b), discutiu sobre o significado estratégico da institucionalização do planejamento e gestão das Políticas Públicas de Saúde (PPS), tendo em vista a elevada capacidade de governo das organizações públicas, a descentralização da gestão e a integralidade das práticas diante da complexidade da situação de saúde da população brasileira. Um dos desafios colocados por esse processo diz respeito ao planejamento, organização e gerenciamento da ação intersetorial, isto é, da conjugação dos esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação.

Para o planejamento e gestão de planos, programas e projetos de ação intersetorial, Teixeira (2004b) considerou pertinente tomar como ponto de partida o enfoque situacional de Matus, que supõe realizar a identificação e seleção de problemas que podem ser analisados de distintos ângulos. Dessa forma, a respeito de problemas de saúde, considera-se que esse enfoque pode contribuir para a identificação e articulação das ações a serem realizadas por cada instituição envolvida no seu enfrentamento e solução, possibilitando estabelecimento de um diálogo entre os sujeitos envolvidos quanto permite a identificação da contribuição que cada instituição ou “setor” pode vir a aportar na intervenção sobre seus determinantes e condicionantes (Teixeira e Paim, 2000).

Dentro deste entendimento, faz-se necessário compreender os momentos que constituem esse planejar de Matus, que exprime a noção de “momentos” que se articulam dinamicamente com a proposta de organização do plano como uma estrutura “modular”. Neste processo, em que há definição de objetivos e o desenvolvimento de atividades e tarefas é que se dá o “planejamento de políticas públicas saudáveis”, com diversos momentos sugeridos no enfoque situacional, desdobrados de acordo com as necessidades e demandas dos atores envolvidos e de suas posições diante dos problemas e soluções apresentadas ao debate. (TEIXEIRA, 2004b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das experiências relatadas nos estudos analisados, foi possível identificar práticas de planejamento com distintos formatos e racionalidades, ressaltando-se o PES como um importante instrumento no desenvolvimento das ações na APS, visto que os elementos estruturais e funcionais centrais de um Sistema de Saúde baseado na APS, necessitam da ação concomitante e articulação de agentes internos e externos, formulação e implementação de políticas voltadas para atender à necessidade da população.

Sendo assim, é primordial a realização do PES para construção de projetos coletivos, pois, torna claras as necessidades sanitárias de saúde, mobilizando os interessados pelas metas a serem atingidas (PAIM, 2007), tendo em vista a implementação das ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação e conseqüente fortalecimento dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégias para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 29, num.2, pag.84-95. Washington, 2011.

BARRETO, A.J.S. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à Tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, num.7, pag.1875-1884. Rio de Janeiro, 2012.

BITTAR, TO; MIALHI, FL. MENEGHIM, MC; PEREIRA, AC; FORNAZAR, DH; O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 71-76, janeiro/abril 2009

ANDRADE, L.O.M et al. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S et al (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed revista e aumentada. Rio de Janeiro: Hucitec. 2012, p. 847.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.4, p. , 693-705, Rio de Janeiro, abr. 2010.

COELHO, T.C.B; PAIM, J.S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.** [on line], Rio de Janeiro, v.21, n .5, p. 1373-1382, set. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/09.pdf> > Acesso em: 10 de out. 2013.

CUBAS, M.R. Planejamento Local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 58, num.3, pag.278-83. Brasília, 2005.

DAGNINO, R.P. **Planejamento Estratégico Governamental**. 2a edição. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

FERREIRA, D.C.; GOMES, E.A.; SOUZA, I.D.; CAMPOS, E.M.S. tenção primária, planejamento e modelos de atenção à saúde: um enfoque sobre o plano diretor da atenção primária à saúde de Minas Gerais. **Revista APS**, vol. 16, num.2, pag. 180-186. Juiz de Fora, 2013.

HIJJAR, M.A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G.M.; PROCÓPIO, M.J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, vol. 41, Supl.1, pag. 50-58. São Paulo, 2010.

JESUS, W.L.A; TEIXEIRA, C.F. Planejamento Estadual no SUS: o caso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, num.5, pag.2383-2393. Rio de Janeiro, 2010.

JÚNIOR, J.M.P.; MIRANDA, F.A.N.; MELO, R. M.; SILVA, M.B. Gestão e saúde mental em um município de pequeno porte: uma experiência em um município de pequeno porte. **Rev. APS**. 2013; 16(3): 328-332.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento e Governo**. Tomo I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 143: Brasília, 1993.

MATUS, Carlos. **Los três cinturones del gobierno**. Fundação ALTADIR: Caracas – Venezuela, 1997

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p

PAIM, J.S. Planejamento em Saúde para não Especialistas. In.: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2007. p. 767-782.

PALOMO, J.S.H. **O papel e a participação das fundações nos hospitais públicos**. Dissertação de mestrado. 1998. 108p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1998.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de fisioterapia**, vol. 11, num. 1, pag. 83-89. São Carlos, 2007.

SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.18, num.3, pag. 276-284. São Paulo, 2005

TEIXEIRA C. **Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2004a.

TEIXEIRA C. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.37-46, jan-abr 2004b.

TEIXEIRA, C.F.; JESUS, W.L.A. Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil. In: Teixeira CF, organizador. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA; 2010. p.33-50.

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

VIANA, A.L.D. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, vol. 32, num.2, pag.23-33. Rio de Janeiro, 1998.

VILASBÔAS, A.L.Q; PAIM, J.S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1239-1250, jun. 2008.