

# O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

## SITUATIONAL STRATEGIC PLANNING AS A MANAGEMENT TOOL IN PRIMARY HEALTH CARE

MARILYSE DE OLIVEIRA MENESES<sup>1\*</sup>, ÂNGELA MARIA CARDOSO DOS ANJOS<sup>1</sup>, RAYZA VERÔNICA SOARES CARVALHO<sup>1</sup>, CARLA ANDRÉA DA SILVA LOPES<sup>1</sup>, VINÍCIUS ALEXANDRE DA SILVA OLIVEIRA<sup>2</sup>, SAMIRA RÊGO MARTINS DE DEUS LEAL<sup>3</sup>

1. Pós-Graduada no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Piauí-UESPI; 2. Professor. Mestre, Tutor de campo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Piauí-UESPI; 3. Professora. Doutora, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Piauí-UESPI.

\* Rua Olavo Bilac, 2335, Centro (Sul), Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64001-280. [marilyse\\_meneses@hotmail.com](mailto:marilyse_meneses@hotmail.com)

### RESUMO

Objetivou-se descrever um processo de planejamento participativo, realizado no mês de Junho de 2018, por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, em uma Unidade Básica de Saúde. Trata-se de um relato de experiência descritivo e reflexivo sobre os aspectos vivenciados durante a construção de um plano de ações utilizando o Planejamento Estratégico Situacional, conforme elaborado por Carlos Matus. Utilizou-se como referencial metodológico para execução das ações os seguintes momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. No momento explicativo, realizaram-se quatro oficinas, aonde se definiram as temáticas a serem priorizadas na construção dos projetos. Em seguida, no momento normativo e estratégico, realizaram-se mais quatro oficinas, cujos objetivos pautavam-se em delinear os planos de intervenções e avaliar suas viabilidades. Ao final, abarcando todos os momentos e considerações elencadas, estruturaram-se 04 projetos, os quais foram: Semeando Saúde na Escola, CuidAR-TE, Vida Ativa e Rede Integra. Após onze meses de execução dos projetos, pode-se observar que as propostas acima apresentadas foram efetivamente postas em prática, tendo alcançado êxito junto a cada público específico, possibilitando a implementação da estratégia de cogestão na Atenção Básica, de modo a garantir uma postura mais consciente e comprometida com a realidade local.

**PALAVRAS-CHAVE:** Planejamento em saúde, atenção primária em saúde, equipe multiprofissional.

### ABSTRACT

The objective of this study was to describe a participatory planning process, conducted in June 2018, by residents of the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health, in a Basic Health Unit. This is a descriptive and reflective experience report. about the aspects experienced during the construction of an action plan using the Situational Strategic Planning, as elaborated by Carlos Matus. The following moments were used as methodological framework for the implementation of the actions: explanatory, normative, strategic and tactical-operational. In the explanatory moment, four workshops were held, defining the themes to be prioritized in the construction of projects.

Then, at the normative and strategic moment, four more workshops were held, whose objectives were to outline the intervention plans and assess their feasibility. In the end, covering all the moments and considerations listed, four projects were structured, which were: Sowing Health at School, Caring for You, Active Life and Integral Network. After eleven months of implementation of the projects, it can be observed that the above proposals were effectively implemented, having achieved success with each specific public, enabling the implementation of the co-management strategy in Primary Care, in order to ensure a more attentive posture. conscious and committed to the local reality.

**KEYWORDS:** Health planning, primary health care, multiprofessional team.

### 1. INTRODUÇÃO

A ação de planejar constitui-se em uma prática que envolve a razão e fatores subjetivos, abrangendo questões de maior ou menor complexidade inseridas nas rotinas e nas relações de trabalho e, sob esse ponto de vista, favorece a elaboração de planos e estratégias para responder circunstâncias e desafios operacionais, presentes ou futuros<sup>1</sup>.

No campo da saúde, o processo de trabalho gerencial é dinâmico, complexo e requer aptidões como: competência, análise crítica e capacidade de tomada de decisão, além da habilidade para o diálogo e a mediação, para que se viabilize a constituição de elos entre profissionais que exercem o cuidado, usuários, e entre, os demais colaboradores. Ainda, pressupõe definição compartilhada e co-gestão de objetivos<sup>2</sup>, levando a um comportamento proativo dos gestores e profissionais de uma organização na sua relação com os clientes/cidadãos e com o meio em que estão inseridos<sup>3</sup>.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), foi concebido na década de 80 por Carlos Matus (1993)<sup>4</sup> e segundo Riviera e Artmann<sup>5</sup>, trata-se de um instrumento de planejamento pautado em problemas abordando sobretudo, os problemas mal estruturados e

complexos, para os quais não existe resolução regulamentada ou previamente estabelecida, como no caso daqueles bem estruturados.

Para Matus (1996)<sup>5</sup> o planejamento estratégico situacional consiste de uma metodologia prática com fundamentação teórica, devendo ser utilizado sistematicamente e com rigor na supervisão das estratégias pré-definidas, atentando-se para os agentes que agem em cooperação ou em conflito.

O PES, enquanto estratégia de ensino e gestão é sistematicamente dividido em quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional, objetivando a organização de intervenções e produção de resultados sobre uma determinada realidade<sup>6</sup>.

A primeira etapa, momento explicativo, compreende o reconhecimento e caracterização dos problemas de acordo com dados objetivos, mas considera também as perspectivas e vivências dos atores sobre os problemas apresentados. Neste momento, realiza-se a investigação das causas e a sondagem de quais podem ser apontados como nós críticos – centros práticos de ação, favorável a ação política, de acordo com as possibilidades<sup>7</sup>.

O momento normativo tem como princípio a verificação dos indivíduos que constituem o problema e dos recursos acessíveis para conduzir as operações, constituindo etapa na qual deve-se buscar fazer o mapeamento das variáveis de teto (as melhores possibilidades), as de centro e as de piso (as piores possibilidades) determinando prazos e metas concernente às operações<sup>1</sup>.

A terceira etapa, o momento estratégico, a partir dos objetivos definidos, pressupõe a análise dos recursos políticos, econômicos e administrativos, necessários e/ou disponíveis, que deverão ser pensados para os projetos de intervenção, para a definição do seu seguimento, assim como dos seus propósitos e impactos esperados<sup>6</sup>.

O quarto e último momento, denominado tático operacional, diz respeito à etapa de programação da implementação das ações previstas, incluindo: cronograma, atores responsáveis e outros participantes na execução, é esta etapa que deve garantir a efetividade e a eficácia de todo o processo<sup>7</sup>.

Verifica-se, portanto, que o PES se caracteriza como uma ferramenta estruturada capaz de contribuir fortemente, caso seja incorporada pelas equipes que trabalham na Atenção Primária em Saúde, com possibilidade de uso na gestão dos serviços de saúde, como um instrumento que oportuniza e facilita a resolutividade dos problemas e condições detectados na realidade<sup>8</sup>.

Partindo do exposto e considerando a importância da temática da organização da gestão do setor saúde, apresenta-se a descrição de um processo de planejamento participativo, realizado no mês de Junho de 2018, pela equipe de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), da Universidade Estadual do

Piauí (UESPI), no espaço de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em Teresina-PI, que incluiu representantes dos distintos dispositivos sociais presentes na área de abrangência do território, trabalhadores da saúde e usuários.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho é um relato de experiência descritivo e reflexivo sobre os aspectos vivenciados por residentes das categorias de enfermagem, odontologia, educação física, nutrição, psicologia, fisioterapia e serviço social durante a construção de um plano de ações utilizando o Planejamento Estratégico Situacional, com fins de direcionamento da atuação dos mesmos, em um território adscrito, de uma Unidade Básica de Saúde, situado na Zona Sul, da cidade de Teresina- Piauí.

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família constituem modalidade de Ensino de Pós-Graduação *lato sensu*, com o objetivo de formar um novo perfil de profissional de saúde e produzir tecnologias do cuidado, enquanto aspectos importantes para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>9</sup>.

O território em questão, objeto do planejamento, é constituído por três tradicionais e populosos bairros da cidade de Teresina, assistidos por cinco Equipes de Atenção Básica (eSF), lotadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), duas que funcionam no turno manhã e três que atuam no turno da tarde.

Utilizou-se como referencial teórico metodológico para execução das ações o Planejamento Estratégico Situacional, conforme elaborado por Matus (1993)<sup>4</sup>, obedecendo os seguintes momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

Ademais, destaca-se que, a execução das etapas do PES só foi viabilizada, porque anteriormente realizou-se o processo de territorialização, que oportunizou o reconhecimento por parte dos residentes da realidade do território estudado, constituindo-se em suporte indispensável para o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações intersetoriais<sup>10</sup>.

As informações dos residentes, acerca do processo de territorialização; somadas às contribuições ocorridas nas oficinas de planejamento, advindas de membros das equipes e da comunidade constituíram um momento inédito e potente daquele centro de saúde.

À saber, foram realizadas oito oficinas de planejamento, com a participação de 44 pessoas, entre as quais: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e gerente da UBS, além de lideranças locais.

Tendo em vista o número de participantes de cada oficina, elegeu-se como recurso facilitador a utilização de uma árvore de problemas, para a problematização das questões mais impactantes na rotina dos serviços e da comunidade; e ainda, a utilização de uma matriz de prioridades, para a priorização dos problemas elencados coletivamente. As oficinas ainda tiveram o objetivo de apresentar os problemas eleitos para

intervenção e para pactuar a implementação de cada uma das ações de enfrentamento.

Assim, a árvore de problemas, foi dividida, didaticamente, em três partes: raiz- para sistematizar a causa dos problemas; caule- para reunir os problemas apontados; e, copa- para problematizar as consequências de cada um dos problemas citados. Esta opção foi adotada, por se tratar de uma ferramenta simples e apresentar vantagens em relação a outras metodologias, devido a sua fácil condução e adequação aos diversos ambientes, contextos e áreas de atuação, tendo sido fundamental para a análise dos problemas<sup>11</sup>.

O método da matriz de prioridades, por sua vez, foi um o instrumento com o qual se pôde determinar os problemas com prioridade de enfrentamento mais urgente, considerando as necessidades da comunidade. A priorização de problemas implicou na comparação das alternativas entre si e na determinação das prioridades entre elas. Para a realização deste exercício, a equipe da residência utilizou a matriz de determinação de prioridades do método CENDES-OPS, desenvolvida em 1965<sup>12</sup>, visto que se apresentou mais acessível ao entendimento dos participantes.

Nos estudos que abordam planejamento em saúde<sup>13,14</sup>, os parâmetros objetivos usualmente utilizados para a eleição de problemas de saúde da população que advém deste método são: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos. Os três primeiros são valorados em proporção direta; o último, é valorado em proporção inversa, ou seja, quanto maior a magnitude, transcendência e vulnerabilidade, maior o indicativo do que deve ser priorizado, ao passo que, quanto menor o custo de intervenção, maior é indicativo da possibilidade de ser priorizado.

No caso apresentado, a magnitude, correspondeu ao tamanho do problema, indicando se o mesmo se restringia somente a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou se alcançava outros lugares; a transcendência, apontava se havia envolvimento interinstitucional; a vulnerabilidade, equivalia a uma condição de fragilidade diante de riscos produzidos pelo contexto econômico-social custo, correspondeu aos gastos financeiros necessários. Destaca-se que, cada um dos quatro componentes fora valorado, recebendo pontuações de 1, 2 e 3, por meio de placas de votação.

Por último, para finalizar as oficinas, realizou-se a etapa de apresentação das propostas de intervenção, utilizando como metodologia a roda de conversa, por entender que esta proposta possibilitava circulação das falas de forma mais democrática entre os participantes. Nestes momentos alguns residentes ficaram com a missão de facilitação dessas rodas e outros com a responsabilidade pela relatoria das mesmas, de modo a fazer o aperfeiçoamento das propostas e o registro do processo.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse sentido, e dentro do contexto de aplicabilidade do PES na atenção básica, os resultados

apresentados seguem como adiante:

No momento explicativo, realizaram-se quatro oficinas de planejamento, aonde definiram-se as temáticas que deviam ser priorizadas na construção dos projetos, as quais foram: drogadição, sedentarismo, ausência de atividades socioeducativas, fragmentação da rede de atenção à saúde, elevado número de hipertensos e diabéticos, gravidez na adolescência, estresse ocupacional e relações de trabalho fragilizadas, ociosidade entre os idosos e demandas gerais em saúde mental, déficit na intersetorialidade, sobretudo nas relações entre educação e saúde.

Após a definição das problemáticas preponderantes, procedeu-se a execução do momento normativo e estratégico, realizando-se mais quatro oficinas, cujos objetivos pautavam-se em delinear os planos de intervenções e avaliar suas viabilidades<sup>14</sup>.

Ao final, abarcando todos os momentos e considerações acima elencadas, foram estruturados 04 projetos, que se constituíam em planos estratégicos, os quais foram: Semeando Saúde na Escola, CuidAR-TE, Vida Ativa e Rede Integra.

Para o Projeto Semeando Saúde na Escola, definiu-se periodicidade semanal, para viabilizar a aproximação e integração das ações e serviços de saúde e educação das escolas adscritas, através de ações interdisciplinares de promoção a saúde e prevenção de doenças. Pressupunha possibilitar o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos atores presentes a população nas escolas, os quais compreendiam: docentes, discentes e comunidade escolar.

O Projeto CuidAR-TE, voltado a saúde dos trabalhadores, tinha como propósito fortalecer as práticas de educação permanente para os profissionais, oportunizar o aperfeiçoamento do processo de trabalho em equipe, promovendo a melhora das relações interpessoais por meio de ações de cuidado compartilhado e autocuidado. Quanto a sua execução pactuou-se encontros com periodicidade mensal na primeira sexta-feira de cada mês, nos turnos manhã e tarde, objetivando alcançar todo o corpo profissional.

O Projeto Vida Ativa, destinado a idosos e adultos com idade superior a 45 anos, previu realização duas vezes por semana, tendo como objetivo implantar um grupo para convivência de pessoas de meia idade e idosos na perspectiva de práticas de promoção da saúde e atividade física, visando à melhoria da qualidade de vida.

Por último, o Projeto Integra rede, com realização mensal, tinha como finalidade integralizar os dispositivos sociais e de saúde fomentando ações interdisciplinares e a participação de atores sociais que compõem a rede de serviços institucionalizada e não institucionalizada existente, além fortalecer as instâncias de controle social, por meio da criação do conselho local de saúde.

Para avaliação da viabilidade dos projetos de intervenção realizaram-se rodas de conversa, onde os planos foram apresentados para 05 equipes que compõem a unidade, para oferecer a possibilidade de

alterações/modificações dos mesmos, tendo em vista que a resolução dos problemas decorre da governabilidade. Nestas reuniões verificou-se o quanto os autores estavam comprometidos e dispostos a envolverem-se ativamente no processo<sup>1,6</sup>.

Quanto à realização propriamente dita dos projetos estabeleceu-se indicadores de monitoramento e avaliação para o acompanhamento da execução de cada plano operativo, assim como dos trabalhos realizado por Dries *et al.* (2016)<sup>13</sup>, culminando com a verificação da adequação dos mesmos às situações identificadas apresentadas<sup>1</sup>.

Após onze meses de aplicação do PES e execução dos projetos, pode-se observar que as propostas acima apresentadas foram efetivamente postas em prática, tendo alcançado êxito junto a cada público específico, fato comprovado nas constantes reavaliações programadas, nas frequências dos participantes dos constantemente, e pelo reconhecimento dos trabalhadores da saúde, daquela Unidade Básica, que se incluem e sempre referenciam novos participantes para as atividades executadas.

#### 4. CONCLUSÃO

A experiência de se traçar um planejamento nos moldes do modelo PES possibilitou a implementação da estratégia de cogestão na Atenção Básica, de modo a garantir uma postura mais consciente e comprometida com a realidade local, haja vista que priorizou a participação e valorização das necessidades elencadas por equipes e lideranças da comunidade.

Percebeu-se que processos de construção coletiva e democráticos diminuiu o distanciamento entre as equipes de saúde; entre equipes de saúde e a gestão local; e, entre todos estes e a comunidade, tendo se configurado em exercícios importantes de detecção de necessidades, de empoderamento de coletivos e de fortalecimento da cidadania.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone, MHT. O Planejamento estratégico situacional no ensino de gerenciamento em enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2005; 18(2):165-71.
- [2] Marchiori G, Azzolin C, Peduzzi M. Processo de trabalho gerencial e processo de trabalho na perspectiva de docentes de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2007;28(4):549-55.
- [3] Almeida ES, Vieira CL, Castro CGJ, Furtado LC, Inojosa RM. Planejamento e programação em saúde. In: Westphal M.F, Almeida ES. (organizadores.) *Gestão de serviços de saúde.* São Paulo: EDUSP. 2001; 255-72.
- [4] Matus C. *Política, planejamento & governo.* Brasília: Ipea. 1993.
- [5] Matus C. *Adeus, senhor presidente: governantes governados.* São Paulo: Editora FUNDAP, 1996.
- [6] Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo CO. Planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(1):184-93.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. *Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas /* Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013; 160p: il.
- [8] Kamimura QP. *Microrregionalização: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e médica complexidade no Litoral Norte Paulista.* [Dissertação] Taubaté: Universidade de Taubaté. 2004.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.* Brasília (DF): MS. 2006.
- [10] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília (DF). 2017.
- [11] Oribe CY. *Diagrama de Árvore: a ferramenta para os tempos atuais.* Banas Qualidade, São Paulo: Editora EPSE, ano XIII, n. 142, 2004, p. 78-82.
- [12] Teixeira CF, Vilasbôas, ALQ, Jesus, WLA. *Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências.* Salvador: EDUFBA; 2010.
- [13] Dries, SS, Sakae, TM, Blatt, CR, Remor, KVT. Planejamento estratégico situacional em uma ala hospitalar de saúde mental: relato de experiência. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde.* 2016; 7(1): 26-32.
- [14] Santana, RS, Lobo, IMF, Penaforte, TR, Leite, SN, Silva, WB. A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. *Rev. Adm. Pública,* Rio de Janeiro. 2014; 48(6):1587-1603.