

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO-SITUACIONAL DE CARLOS MATOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS AREIA BRANCA I – CANGUARETAMA/RN)

Data de aceite: 02/05/2024

Felipe Serquiz Elias Pinheiro

Universidade de Brasília – UnB
Canguaretama - RN
<http://lattes.cnpq.br/1373295952343415>

André Ribeiro da Silva

Universidade de Brasília – UnB
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

RESUMO: Este trabalho foi provocado inicialmente para composição de um exercício da disciplina “Seminário Integrador” do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS – UnB como proposta de desenvolvimento de *Trabalho de Conclusão de Curso*; se propondo a contribuir com a Atenção Primária à Saúde de modo teórico-prático, pela produção de um registro escrito fundamentado em metodologias orientadas para apreensão de uma realidade atual. Toma como base uma análise integrativa de dados do *Sistema Integrado de Saúde (SIS)* e outros sistemas disponíveis de dados ou pesquisas, fundamentando-os pelo método de *Estimativa Rápida Participativa (ERP) in loco* para consumir proposta de *Planejamento Estratégico-Situacional (PES)*

de Carlos Matos no território da Unidade Básica de Saúde de Areia Branca I – Canguaretama/ RN, na qual, atualmente, o próprio autor exerce a função médica pelo programa *Mais Médicos Para O Brasil – Vigésimo Terceiro Ciclo*. Aponta, pois, em sua finalidade objetiva: elaborar um *Plano de Ação – com soluções a problemas levantados* nesta comunidade. Durante este processo foi verificado o enorme potencial da prática sistemática de Reunião de Equipe para os objetivos de proposta do PES como para o acompanhamento contínuo e implementação de seus objetivos, registrados aqui em seus principais aspectos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Unidade Básica de Saúde; Planejamento Estratégico-Situacional; Estimativa Rápida Participativa; Reunião de Equipe.

STRATEGIC-SITUATIONAL PLANNING BY CARLOS MATUS IN A BASIC HEALTH UNIT (UBS AREIA BRANCA I – CANGUARETAMA/RN)

ABSTRACT: This work was initially provoked for the composition of an exercise of the discipline “Integrating Seminar” of the Specialization Course in Family Health by the Universidade Aberta do SUS - UnB as a proposal for the development of a Course Completion Work; proposing to contribute to Primary Health Care in a theoretical-practical way, by producing a written record based on methodologies oriented to apprehend a current reality. It is based on an integrative analysis of data from the Integrated Health System (SIS) and other available data or research systems, substantiating them by the Participatory Rapid Estimate (ERP) method in loco to consummate a proposal for Strategic-Situational Planning (PES) of Carlos Matos in the territory of the Basic Health Unit of Areia Branca I – Canguaretama/ RN, in which, currently, the author himself exercises the medical function by the Mais Medicos Para O Brasil – Twenty-third Cycle program. It points, therefore, in its objective purpose: to elaborate an Action Plan – with solutions to problems raised in this community. During this process, the enormous potential of the systematic practice of the Team Meeting was verified for the proposed objectives of the PES as well as for the continuous monitoring and implementation of its objectives, registered here in its main aspects.

KEYWORDS: Primary Health Care; Basic health Unit; Strategic-Situational Planning; Participatory Rapid Estimation; Staff meeting.

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi sugerido pela composição de um exercício pela disciplina SEMINÁRIO INTEGRADOR do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS – UnB, como proposta de *Trabalho de Conclusão de Curso* e se propõe a contribuir com a Atenção Primária à saúde de modo teórico-prático; pois, se pretende analisar e agir sobre a práxis em saúde na Atenção Básica. Se por um lado produz um registro factual da realidade em saúde de um território sob o ponto de vista de seus integrantes, fundamentando metodologias orientadas à saúde familiar – comunitária de uma típica unidade básica de saúde nordestina, atualiza seus dados específicos, por outro se aprimora a própria dinâmica do cuidado em vigor na medida em que é provocado a vislumbrar um *Plano de Ação – com soluções a problemas levantados* neste ínterim. Assim, toma como base uma análise integrativa de dados do *Sistema Integrado de Saúde (SIS)* como outros sistemas disponíveis de dados / pesquisas e os fundamenta pelo método de *Estimativa Rápida Participativa (ERP)* para exercer *Planejamento Estratégico Situacional (PES)* no território da Unidade Básica de Saúde de Areia Branca I – Canguaretama/ RN, na qual, este autor exerce a função médica pelo programa *Mais Médicos Para O Brasil – Vigésimo Terceiro Ciclo*.

OBJETIVO GERAL

Realizar uma análise sobre a qualidade da Atenção Primária à saúde das famílias e comunidade da UBS Areia Branca I (SUS) submetendo seus resultados à um planejamento estratégico-situacional da área. Sendo seus objetivos específicos:

- Descrever os principais conceitos relacionados ao PES para o contexto de uma UBS.
- Comparar o que os autores descrevem e propõem sobre o planejamento da Atenção Básica.
- Alferir a importância do planejamento para a qualidade do serviço em saúde.
- Fazer um Planejamento Estratégico retirando daí um Plano de Ação.
- Contribuir com reflexões em Cuidados Integrals e Integrativos à equipe profissional e saúde coletiva – e comunitária.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um direito da população, garantido na constituição federal de 1988, o qual tem como princípios e diretrizes a universalidade de acesso, a integralidade e a resolutividade da assistência à saúde, orientado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), pautada no modelo de reorganização conhecido como Estratégia Saúde da Família (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Neste sentido, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2017), Atenção Básica é descrita como *um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde*. Essas ações são realizadas pela equipe de saúde multidisciplinar a uma população adscrita em um território geograficamente definido, é o primeiro acesso da população com o sistema de saúde e ordenadora do cuidado, sendo o vínculo entre a pessoa e suas necessidades de saúde (BORGES; SANTOS; FISCHER, 2019).

Com base nas diretrizes da atenção básica de saúde, dispostas na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, se faz necessário a utilização de tecnologias para enfrentar as complexas e variadas demandas da saúde que se apresenta nesse nível de atenção. Para superar esses desafios, as secretarias de saúde necessitam possuir o conhecimento do diagnóstico de seu território de governabilidade, o qual subsidiará o planejamento das ações a partir de critérios do perfil epidemiológico como: fatores de risco, situações de vulnerabilidade, estado de resiliência da população e ética envolvida no processo de enfrentamento das necessidades de saúde da população (TCU, 2015 *apud* FIORENTIN, Luciano, 2019).

Dessa forma, conhecer as condições contextualizadas em tempo-espaço é de fundamental importância para qualquer atividade que se proponha em uma comunidade; seja suas intenções de pesquisa ou funções laborais diretas como o é cuidados em saúde. É partindo deste princípio que abordaremos os conceitos metodológicos de Territorialização, Planejamento Estratégico Situacional (PES) e Estimativa Rápida Participativo (ERP) como elementos conceito-metodológicos primordiais para as diretrizes conclusivas deste trabalho.

“A análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas” (BRASIL, 2009a).

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Diante da necessidade de se desenvolver o planejamento das ações de saúde em todas as esferas de governo, a Atenção Básica se torna o principal ponto de coleta de tensões entre demandas e acolhimento de demandas em saúde. Não somente como porta-de-entrada de um sistema complexo de responsabilidades, mas como contínua gestora das situações em saúde de cada cidadão, incluindo sua relação com o meio em que vive e se cuida (ou adoce). A princípio, tão logo se identifique a enorme demanda de serviços em saúde e a extenuante rotina diária dos profissionais que lá trabalham, se torna premente a formulação de novas dinâmicas guiadas por planejamento.

Dessa forma, a problemática identificada para esse estudo é: “Que efeitos têm o planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus para a qualidade do serviço em saúde da UBS Areia Branca I (Canguaretama/RN)?

“Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for” (MATUS, 1996, p. 14).

JUSTIFICATIVA

Pensar sobre a qualidade de um serviço público de saúde é enveredar por um desafio paradigmático dentro de uma sociedade de referenciais capitalistas, onde é normalizado o sucateamento público de serviços em que estes devem fazer apenas o mínimo esforço para se manter em funcionamento. Mesmo sabendo que a grande maioria da população brasileira necessita de atendimentos e cuidados em saúde pública, insatisfatória dedicação política é norteada para suprir estes anseios. Dentro da realidade em que a Unidade Básica de Saúde em questão se localiza, raras foram as visitas da parte gestora e nenhuma capacidade administrativa se manifestou para uma avaliação desse serviço nos últimos 5 anos. A estrutura física é acomodada em uma adaptação à uma casa antiga da comunidade que, em doação, se favoreceu de sua instalação até os dias atuais; poucas reformas estruturais à sua manutenção ocorrem e os profissionais que lá exercem suas funções acabam por se acostumar com as diversas defasagens materiais/ administrativas.

É importante saber que a localização periférica desta UBS em relação ao centro administrativo de um município também se soma baixa prioridade gestora, fato que é percebido, por exemplo, no tipo de transporte que é disponibilizado para esta área (sempre o mais antigo ou gasto) ou na ínfima quantidade de investimento para manutenção ou reformas estruturais neste setor. A UBS tem uma área de jardinagem completamente abandonada pela gestão e está sem área para atividades coletivas há mais de três anos sem qualquer perspectiva de mudança. Há fungos instaurados nas paredes de quase todas as salas e uma quantidade mínima de assentos na diminuta “sala-de-espera” nos fornece uma perspectiva da qualidade estrutural dessa unidade. Fatos que retratam apenas uma pequena parte das condições gerais da Atenção Primária à saúde ofertada e, conseqüentemente, a escassa dedicação da gestão – seja ela municipal, estadual ou federal – para uma satisfatória qualificação deste serviço.

Este trabalho, portanto, instaura uma esperança de melhoria para todos que compõem este quadro. Ao problematizar a qualidade, a eficácia dos serviços e competências para a dinâmica diária de trabalho em saúde, se estabelece uma responsabilização intrínseca aos seus agentes e isso resulta em ações práticas que fazem diferença no cuidado. É evidente que no seu desenvolvimento, este trabalho vai agregando capacidades muito além de uma função motivacional: apresenta dados, mapas e alternativas viáveis de trabalho; estabelece referenciais de qualidade no serviço; agrega conhecimentos populares ao serviço técnico em saúde; principia elementos interdisciplinares onde havia uma equipe multidisciplinar em saúde; planeja quais as forças laborais que devem ter prioridade, estrategicamente interpostas em períodos; em suma, todas as conseqüências apontam para a evolução da equipe, amadurecimento de dinâmicas e experiências fortalecedoras do cuidado.

Assim, é mister que somente através de um bom diagnóstico-situacional é que se torna possível agir em prol de um bom planejamento-estratégico para as medidas posteriores. Os números coletados dentro das situações vigentes ou pregressas de uma *Territorialização* podem nos fornecer satisfatórios dados de susceptibilidades locais ou mesmo potencialidades desta área (ou de uma determinada micro-área deste território), de forma ampla e abrangente; porém, são as correlações deste cenário-situacional com métodos como o de *Estimativa Rápida Participativa* (ERP) realizados em diversas situações: envolvendo grupos de cidadãos-usuários da Unidade Básica de Saúde em diversos pontos do território e, mais especificamente, através das Reuniões de Equipe da própria unidade que, sistematizadas gradativamente, proporcionaram a identificação das situações prementes e específicas deste território.

É indispensável registrar que este autor – descritor deste trabalho – está há cinco anos em contato direto com a mesma comunidade (e, portanto, antes mesmo de iniciar o presente trabalho de conclusão de curso e também anteriormente a própria atuação deste no programa *Mais Médicos*); o que também lhe auxilia no apreensão dos aspectos de realidade não-numeral, ou seja, perceber aspectos inerentes da cultura próxima –

como as profissões, relações interpessoais e a própria relação de cada cidadão com seu local de moradia e UBS. E, deste modo, com o objetivo de contribuir à identificação e ao desenvolvimento de iniciativas que qualifiquem a tomada de decisões no processo de planejamento em saúde, o presente relato apresenta os principais resultados da dinâmica do diagnóstico situacional realizado no território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde – comunidade / bairro de Areia Branca I no Município de Canguaretama, estado do Rio Grande do Norte, brasileiro.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Dessa forma, ao perseguir um planejamento, os primeiros passos além da motivação coletiva dos agentes territoriais envolvidos, se dá pelo levantamento de dados e mapeamento inicial da situação preterida. Segundo o *Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS/DF/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde /Coordenação de Atenção Primária à Saúde/DF* de 2018 “O diagnóstico de área é tecnologia essencial para desenvolvimento de ações de saúde pelas equipes locais e gestão em seus micro e macroprocessos, tanto no campo individual quanto no coletivo. É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população. O diagnóstico inicia-se a partir dos dados coletados no cadastro. Com base nas informações dos aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais e sanitários, assim como, seus principais indicadores, pode-se dar início a análise e planejamento das ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados”.

Sendo assim, um Planejamento Estratégico Situacional (PES) se fazia fundamental antes mesmo da proposta inicial deste trabalho; onde nenhum histórico semelhante havia nesse ambiente de serviço de saúde e, com a experiência da pandemia, se mostrou ainda mais necessário. Repetindo aqui as palavras de Jackson De Toni (2009, *apud* Cardoso, 2013): “O planejamento estratégico com enfoque participativo objetiva se consolidar como um instrumento gerencial, uma ferramenta de construção coletiva de identidades democráticas no setor público. Significa uma aposta, fundamentada e legitimada em um projeto de governo incluyente e generoso. Talvez o embrião de uma cultura fundante de uma nova escola de gestão pública que mude radicalmente a visão do gestor sobre seu papel e seu compromisso social. Possibilita capacitar quadros técnico-políticos das organizações públicas e do terceiro setor para desempenhar atividades de elaboração, gestão e monitoramento de programas de complexa governabilidade. Com domínio de ferramentas e instrumentos participativos, pretende-se incidir na melhoria da capacidade de governo e, por efeito, na melhoria geral das técnicas de governo”.

O levantamento de dados gerais das condições em saúde da comunidade é a base para fundamentar estratégias. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi substituído pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB),

instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passa a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho, sendo composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles: (1) Coleta de Dados Simplificado (CDS); (2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e (3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, como o e-SUS Território e Atividade Coletiva.

Por sua vez, o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), baseada nas orientações do ex-ministro do governo Allende, o economista chileno Carlos Matus, permite uma aproximação dos diversos atores sociais com os problemas e as possíveis soluções. Antes de um planejamento, gera, dessa maneira, uma descentralização tático-operacional no intuito de abarcar com maior fidelidade as reais dificuldades de determinada organização e agregar conhecimentos disponíveis nesta localidade/ agrupamento. Nascimento, et al. (2014, apud Anjos, 2021) afirma que o MAPP é bastante útil e eficaz para analisar problemas locais, especialmente por instituições que têm relação direta com a população, de modo a promover conscientização e envolvimento da comunidade na solução dos seus problemas. Nesse contexto, este método é aplicável à planificação tático-operacional de unidades de saúde, de sistemas locais menos complexos, ou de programas específicos de ações a serem desenvolvidos, de maneira extremamente satisfatória. Em consonância com estas observações, Toni, et al., 2008 apud Anjos (2021) acrescenta que a aplicação do MAPP no contexto da saúde é mais pertinente a sistemas municipais de pequeno porte e situações de menor complexidade que visem contribuir para a definição do perfil epidemiológico de uma determinada população, melhorar a qualidade de vida dos usuários e reduzir o custo social.

Neste mesmo sentido, Artmann (2000) expõe que a explicação situacional é sempre multidimensional e totalizante, ou seja, se refere às múltiplas dimensões da realidade: política, econômica, ideológica, cultural, ecológica, etc. Exige uma visão interdisciplinar e multissetorial e deve adaptar-se ao plano setorial sem abandonar as outras dimensões e espaços de explicação; é dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através do desvendamento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras; é ativa, pois cada ator busca com a explicação fundamentar sua ação. A situação está sempre referida a um ator, à sua própria explicação da realidade, mas inclui a explicação, o ponto de vista dos outros atores envolvidos. É, portanto, além de autorreferencial, também policêntrica. Deve ser rigorosa no sentido de buscar apreender as determinações essenciais, para além dos fenômenos aparentes e das causas imediatas e, para isso, não pode prescindir de um modelo teórico de leitura da realidade.

É desse modo que a Estimativa Rápida Participativa (ERP) é fundamental para compilar aos dados territoriais, informações relevantes para contribuir com um diagnóstico territorial mais fidedigno à realidade local. Estas informações complementares, através de ERP dão contornos e cores ao foco diagnóstico; pois, além dos dados obtidos por meio do cadastramento (fichas de cadastro: individual e domiciliar/territorial), a manifestação de pessoas de diferentes contextos da comunidade em evidência, agrega relações da complexidade subjetiva do cotidiano em prática. Essas informações poderão ser obtidas por meio da observação no próprio território, parceiros e líderes comunitários, conselhos de saúde locais ou consultando outros órgãos, como também setores da gestão direta ou indireta, que lidam diariamente com o contexto em foco. Segundo Villarosa (1993) o território é “assimétrico” (grifo de autor), uma vez que as necessidades de saúde não se distribuem de forma homogênea dentro dele.

É dentro deste contexto sistemático de levantamento e análise de dados, discursos e observação *in loco* que se dá a última fase de levantamento de dados: dentro da própria equipe multidisciplinar. Neste contexto, sistematizado e proposto dentro de um objetivo maior (ou seja, integrar um plano estratégico situacional), as reuniões de equipe se revelaram como uma surpreendente ferramenta para o desenvolvimento do serviço de qualidade em saúde. Passaram à auxiliar uma forma de intervenção importante no contexto imediato, onde as dinâmicas multiprofissionais evoluíram tanto para as ações de promoção como de prevenção de agravos em saúde. Assim, foi aproximando os dados levantados durante a fase de *Planejamento Estratégico-Situacional (PES)*, de Carlos Matus – e, principalmente, conseqüente ao contato direto com grupos de pessoas da comunidade, como também na própria equipe da UBS Areia Branca I em contexto de *Estimativa Rápida Participativa (ERP)* que se atentou de fato para a quantidade de dados e discussões que este movimento gerou por si nos atores envolvidos.

As reuniões em equipe, então, se configuram como importantes dispositivos para a estruturação/ organização do planejamento, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e momentos de tomada de decisões (CARDOSO, 2011). Torna-se, assim, dentro do desenvolvimento prático do trabalho, seu mais profundo recurso – e método; principalmente quando há uma demanda profissional extenuante, onde há prejuízo da comunicação entre os profissionais já pressionados por fluxos e dinâmicas intensas. Pinto (2016) afirma que: “A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços”.

Assim, o planejamento estratégico situacional pode contribuir de forma mais coerente nessa direção, enfatizando, ainda, a participação de todos os atores envolvidos na identificação dos problemas e na definição das prioridades de intervenção. Ao assumir um enfoque situacional, se prioriza a intervenção de problemas vivenciados e significados pela população, oferecendo subsídios mais viáveis de enfrentamento aos determinantes desses problemas (TESTA apud TEIXEIRA, 1993). É neste contexto sistematizado de reuniões multiprofissional que se faz fundamental destacar alguns referenciais teóricos que deram sustentação à tais dinâmicas; guias e materiais usados muito frequentemente durante as reuniões de equipe, ou mesmo por algum profissional que por hora tenha demonstrado interesse em aprofundar conceitos, técnicas ou mesmo suprir alguma curiosidade. Utilizados sobremaneira em toda esta prática de pesquisa e construção de uma nova realidade pelos profissionais envolvidos, estiveram em modo impresso, presentes durante as reuniões ou arquivadas no local que ocorriam as reuniões, cujas características pedagógicas selecionadas foram avaliadas como imprescindíveis aos objetivos ali alcançados. São elas:

- Antônio José Costa Cardoso.

*Através do material CURSO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE: Planejamento em Saúde – Módulo I. Por Escola Nacional de Administração Pública – Diretoria de Formação Profissional / Coordenação-Geral de Assuntos Especiais.

- Kleba, Maria Elisabeth; Fátima Duarte, Tânia de; Romanini, Aline; Cazarotto Cigognini, Denise; Althaus, Ivanete R.

*Através do artigo ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA COMO FERRAMENTA DE DIAGNÓSTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA Revista grifos, vol. 24, núm. 38/39, 2015, pp.159-177 Universidade Comunitária da Região de Chapecó Chapecó, Brasil

- Elizabeth Artman.

*Através do trabalho O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL: UM INSTRUMENTO A FAVOR DA VISÃO MULTISSETORIAL. In: Cadernos da oficina social nº 3 desenvolvimento local. COPPE/UFRJ. 2000.

- Mirela Módolo Martins do Val e Thatiane Delatorre

*Através do trabalho GUIA PRÁTICO PARA REUNIÃO DE EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021. 15 páginas. Por Secretaria de Saúde e Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas.

MATERIAL E MÉTODO

Essas demandas do cuidado em saúde fornecem uma panorâmica da situação em análise com seus diversos pontos de profundidade e aproximação. Dados que foram amadurecidos durante o processo pandêmico (COVID 19) desde 2020, cujo rompimento de paradigmas sociais teve grande influência em toda rotina nas esferas da saúde pública e privada, deram o mote para uma reflexão sobre cuidados em saúde e suas dinâmicas de trabalho. As noções de fluxo de atendimentos, dinâmicas em equipe, segurança biológica e eficácia de serviços ganharam notoriedade; se tornando extremamente importante um mínimo planejamento dos serviços para evitar perdas de produção laboral em saúde. Segundo Nathan (2000, *apud* Silva, 2021) em um artigo denominado *O papel estratégico do capital humano na gestão de crise – a Pandemia de COVID-19*, uma crise pode ser enxergada como uma oportunidade ou uma ameaça. E a forma como se reage à crise irá definir o futuro da organização.

Foi, portanto, ainda sob as tensões de uma pandemia, que a equipe da UBS decidiu se reunir em períodos mensais. À princípio, dialogando basicamente sobre a necessidade de alterações na rotina dos profissionais dentro da unidade; passando à perceber melhor a importância de ações planejadas e do próprio exercício da coletividade enquanto profissionais. Mas foi a partir de 2022, após o início das atividades integrativas dos seminários propostos pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS – UnB, que as reuniões de equipe passaram a sustentar dados, analisar estratégias de cuidados através do olhar perspectivo de realizar ou contribuir com um *planejamento estratégico* e se debruçar neste fim. As reuniões da equipe passaram a se tornar regulares, quinzenalmente, sob a coordenação de um agente modulador – no caso, o autor deste trabalho e médico da UBS, que passou à explorar os dados levantados pelo método da Territorialização como estímulos ao diálogo.

Logo após detalhar conceitos e procedimentos necessários para realizar um Planejamento Estratégico Situacional (PES), e obter co-responsabilização dos atores de maneira espontânea, os registros dos encontros passaram à ser realizados durante às reuniões, e expostos “em resumo” ao final de cada encontro, como maneira de agregar os discursos e gerar estímulos aos próximos. Nestes momentos, também eram pactuadas tarefas que deveriam ser reencaminhadas na reunião seguinte. Paralelamente, o método da Estimativa Rápida Participativa (ERP) passou à fundamentar todo o processo, inclusive externamente às reuniões de equipe, com a participação de usuários da UBS em momentos diversos – à medida que se encontrava uma oportunidade de estabelecer diálogo sobre a qualidade dos serviços oferecidos pela UBS e as principais demandas em saúde percebidas pelos próprios moradores da área; destaco momentos de atividades coletivas, mobilizada pelos agentes de saúde, com grupos estratégicos (lideranças das cinco microáreas assistidas, idosos e antigos moradores da região, grupos de jovens em atividades aleatórias, grupos de trabalhadores locais em atividade ou não, entre outros momentos).

Análises de Ambiente Externo

Com base nos dados de mapeamento e contextualização inicialmente expostos em nível introdutório, como nas relações com a Estimativa Rápida Participativa (ERP) foram levantados os problemas percebidos como mais prevalentes na área relacionada:

PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE AMBIENTE EXTERNO - 2023	DESCRITORES
Dores Musculoesqueléticas	-Alta prevalência de Lombalgias, Artrites/ artralguas diversas, Ciatalgias e Mialgias; -Trabalhadores que exercem grande esforço físico (monocultura da cana-de-açúcar); - Baixo índice de informações /práticas preventivas; -Dificuldades impostas pela rotina do "patrão" (Grandes Industriários de capital estrangeiro);
Acidente de Trabalho	-Alta prevalência de Doenças ligadas ao campo de trabalho (Rural); - Acidentes e Desgaste Articular (dificuldade em realizar exames de Alto-Custo);
Feridas	-Alta prevalência de Feridas que necessitam acompanhamento específico (dificuldade na obtenção de materiais de curativos e medicações de Alto-Custo); -Uso de curativos especiais ou medicações ausentes na Rede Pública; - Baixa escolaridade;
Doenças Mentais	-Alta prevalência de Usuários diagnosticados (ou não) que necessitam de Atenção em Saúde Mental específica; -Baixa escolaridade ou Baixo índice de informações sobre a Saúde Mental; -Baixa-renda da população; -Alta dificuldade de acesso à serviços especializados (Psicoterapia);
Drogadição	-Alto índice de alcoolismo e drogas ilícitas; -Comercialização local de produtos do tráfico e suas consequências; -Espaços de bares como alternativa Cultural e Lazer;
Gravidez na Adolescência	-Alto índice de Gestantes <16 anos; -Contexto sociocultural incentivador; -Baixo índice de informações e escuta da população pré-adolescente e adolescência;
Sequelas AVC	-Moderado índice de pacientes com sequelas de AVC; -Alta Dificuldade de acesso à serviços de Fisioterapia;
Sequelas Diabetes	-138 pacientes diabéticos na área; -Alta incidência de instabilidade de tratamento após pandemia – e cortes de medicações de uso contínuo; -Alta dificuldade de acesso à serviços de Nutricionista; -Baixo índice de informação adequada;
Tungíase, Escabiose	-Alto índice de casos de afecções de pele e parasita-infecciosas; -Baixo índice de planejamento sanitário;
Acamados ou Restritos ao Leito	-Alto índice de pessoas que necessitam de cuidados específicos – domiciliares ou semelhantes; -Alto Custo de medicações/ exames diagnósticos; -Alta Dificuldade de acesso à especialistas para resolução de casos cronicados;
Obesidade	-Moderado índice de pessoas acima do IMC adequado; -Alta dificuldade para acesso à serviços de Nutricionista;

Quadro 01 – Demandas mais prevalentes em Atenção Primária em Saúde (APS) na UBS AREIA BRANCA I

Fonte: Autoria Própria, 2023.

Análises de Ambiente Interno

Da mesma forma, através dos momentos sistematizados de Reunião de Equipe e do instrumento referencial da ERP, se identificara as queixas mais frequentes da Equipe de Saúde da Família em Atenção Primária em Saúde (APS) na dinâmica interna da UBS AREIA BRANCA:

PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE AMBIENTE INTERNO - 2023	DESCRITORES
1. Baixa Qualidade Tecnológica	-Sucateamento de ferramentas (e baixa manutenção) -Baixo índice de investimento na REDE
2. Mudanças Recorrentes da Equipe	-Alterações frequentes de profissionais -Instabilidade Profissional de Contratos Municipais
3. Espaço de Alimentação Reduzido	- Cozinha com área inapropriada -Locais de convivência restritos
4. Quantidade Insuficiente de Receituários Médicos	-Frequente insuficiência de receituários específicos -Alta demanda por renovação de receita médica -Alta dificuldade da REDE Farmacêutica e de Saúde uniformizar e simplificar sistema de receituários médicos
5. Descontinuidade de Tratamento	-Alto índice de irregularidade de tratamento -Alto índice de abandono de tratamento
6. Reuniões de Equipe Desinteressantes e Baixa-frequência	-Reuniões sem finalidades específicas em comum – cultura da passividade profissional -Espaços físicos inadequados -Alto fluxo de demandas profissionais -Orientações baseadas apenas pela Produtividade dos Indicadores da Saúde (SUS)
7. Dificuldade para Exames e Encaminhamentos	-Frequente inoperância do laboratório municipal e parcerias municipais -Distância de áreas com dificuldade de acesso à transportes -Alto índice da População de Baixa-Renda
8. Fichas Atendimento Médico Insuficiente	-Alta demanda por SUS devido Baixa-Renda -Moderada dificuldade para equipe realizar Triagem Eficaz
9. Ausência de Espaço Coletivo	-Espaço coletivo sofreu desgaste estrutural sem reposição há 3 anos -Ausência de posição político-municipal sobre -Ausência de meios ou informações que desse resolutibilidade ao fato -Alto índice de riscos epidemiológicos -Contribui com o déficit de qualidade na APS
10. Ausência de Momento de Autocuidado / Escuta coletiva	- Rotina extenuante durante expediente normal; - Pouco espaço de diálogo entre os membros;

Quadro 02 – Demandas mais prevalentes em Atenção Primária em Saúde (APS) internos à dinâmica de trabalho da UBS AREIA BRANCA I

Fonte: Autoria Própria, 2023.

Segundo Matus (1993), quase nunca selecionamos os problemas pela primeira vez, pois “temos uma história que pesa sobre nós”. Explicar a situação presente significa, assim, reconsiderar a validade do conjunto de problemas relevantes com base nos quais viemos conduzindo nossa intervenção sobre o sistema. Segundo esta práxis, a organização se constrói a partir de Planos de Ação formulados de forma participativa, como parte de

um processo contínuo de aprendizagem organizacional operado por mecanismos de ajustamento mútuo que possibilitam aos seus membros trabalhar com objetivos comuns, embora parciais e provisórios, num ambiente complexo e em evolução.

Dessa forma, os dados são dispostos de acordo com a tabela de Matriz TUC (Tabela 01) para seleção dos três problemas mais relevantes na perspectiva abordada – dentre os contextos levantados com atores e dados da própria localidade, pelas análises conjuntas do ambiente interno e externo, através dos critérios de urgência, relevância e factibilidade, definidos como (1.) *Transcendência dos problemas* para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população; (2.) *Urgência dos problemas* e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados; (3.) *Capacidade de enfrentamento dos problemas* e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano; contexto que define prioridades à serem abordadas no PES. Nesse sentido, MATUS (1996) assegura que a necessidade de planejar traz em si o desejo de operar mudanças em situação que se apresenta inadequada. É deste ponto que o autor integra a perspectiva da teoria com a prática direta da realidade. É a instância normativa do PES que define o como “deve ser” e como, com maior eficácia prática, “poderá chegar à ser” a realidade.

PROBLEMAS	Critério Transcendência	Critério Urgência	Critério Capacidade	TOTAL
1. Problemas Internos da Unidade (UBS)	3	3	3	27
2. Doenças parasitárias na Infância	3	3	2	18
3. Doenças relacionadas ao trabalho	2	3	2	12
4. Doenças Mentais	3	2	2	12
5. Dores Musculo-esqueléticas	1	3	3	9
6. Sequelas AVC	3	1	3	9
7. Acamados ou Restritos ao Leito	2	2	2	8
8. Feridas	2	2	2	8
9. Drogadição e Dependência Química	2	2	2	8
10. Gravidez na Adolescência	2	1	3	6

Tabela 01 – Matriz TUC para a seleção dos problemas selecionados.

Fonte: Autoria Própria, 2023.

O Quadro 03 a seguir, portanto, contextualiza os problemas apontados dentro da abordagem integral à saúde, ampliando horizontes de atuação quando mostra em quais situações correlatas será necessário dedicar maior tempo e energia. Sendo, portanto, elemento importante na Estratégia Saúde de Família.

Problemas	Contextualização dos Problemas na Área*
1. Problemas Internos da Unidade (UBS)	Problemas Internos da UBS e Equipe Multiprofissional (desafios impostos pela pandemia de COVID19 que alteraram rotinas e percepções dos profissionais atuantes, chamando atenção para diversos aspectos da rotina profissional, como: segurança do serviço em saúde, autocuidado profissional, eficácia e organização laboral do ambiente de trabalho, qualidade do serviço ofertado).
2. Doenças parasitárias na Infância	<i>Vulnerabilidades em Saúde</i> : Fatores de Risco e Saúde da Criança, consequentemente, relacionados à doenças infecto-parasitárias, tanto da Mulher como do Idoso (determinando por esse contexto específico, maior grau de vulnerabilidades socioculturais-econômicas diversas, refletidas por um marcador relacionado à inadequadas condições nutricionais – como prevalência de Diarreias Agudas – e concentradas em local específico da microárea – denominada <i>Gruta do Bode</i>).
3. Doenças relacionadas ao trabalho	<i>Problemas Osteomusculares</i> , Acidentes e Sequelas Relacionadas à exploração do Trabalhador da Monocultura de Cana-de-açúcar (principal oferta de empregos para a população masculina e economicamente ativa da comunidade), geralmente marcada por exaustão de rotina laboral e baixa proteção de direitos trabalhistas.

Quadro 03: Contextualização de problemas que ficaram com o maior escore da Matriz TUC.

Fonte: Autoria Própria, 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise do Problema

Deste modo, os problemas internos à UBS, identificados pela *Matriz de Análise dos Problemas Identificados* (Quadro 02), apontam a necessidade de iniciar um Planejamento Estratégico Situacional pelas dinâmicas inerentes às práticas multidisciplinares de trabalho, pois guardam aí boa parte das capacidades de resoluções às demandas gerais de saúde. Representa que a qualidade dos serviços pode ser mais bem aproveitada se a equipe aprimorar padrões de fluxo, registros e comunicação interna – como também, caminhando na utopia da interdisciplinaridade. No caso específico da equipe multiprofissional da unidade de saúde em questão, a ERP ocorreu de formar a preencher um espaço de reunião da equipe já obsoleto aos sentidos da coletividade vigente. E, gradativamente, à medida que era ocupada pelos objetos deste trabalho, o mesmo espaço foi sendo permeado por novos sentidos, agregando valores e perspectivas de mudança que tiveram aceitação e cooperação imediata. As reuniões de equipe ganharam regularidade quinzenal, sendo utilizadas, em parte de seu tempo, para aplicação da ferramenta junto à momentos informais de reflexão, autocuidado, trocas de compreensibilidade profissional e, acima de tudo, humana.

Pensando no problema como ponto de partida para pensar soluções possíveis, criativas e até mais eficazes dentro do contexto específico da Atenção Primária em Saúde, se baseando no modelo simplificado de Fluxograma Situacional de Carlos Matus, é analisado o problema mais destacado segundo a Matriz TUC da Tabela 01: os problemas internos à dinâmica de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Através da *determinação causal do problema selecionado*, o quadro 04 à seguir, especifica alguns de seus principais fatores de causalidade, distribuídos por determinantes sócio-ambientais e econômicos, determinantes

culturais da equipe, determinantes relacionados à dinâmica de trabalho da UBS e determinantes de acesso e qualidade do SUS. Esta análise busca encontrar *nós críticos*, assim denominado pelo mesmo autor, que representam pontos de acesso estratégicos para intervenções com maior potencial de modificar os objetivos inicialmente pleiteados.



Quadro 04 – Determinação causal do problema selecionado.

Fonte: autoria própria, 2023.

Dessa forma, se observa que uma complexa rede de empecilhos existe de fato na cultura e estrutura da organização profissional na unidade básica de saúde de Areia Branca I. Alguns desses apontamentos podem ser modificados estrategicamente durante as reuniões de equipe, enquanto outros apresentam raízes em outro nível da gestão pública; porém, o sucesso na modificação daqueles, impactará diretamente meios à se promover possibilidades de atenção ao pleito gestor. As reuniões de equipe, por sua vez, como elemento catalisador do processo de PES, à medida que ia agregando conhecimentos sobre sua própria estigmatização, ampliava consideravelmente sua capacidade resolutiva, integrativa e pedagógica. Sua prática, já em pouco tempo, se mostrava eficaz para conteúdos diferente, e se tornou inevitável agregar essa disposição às referências do objetivo geral e específicos deste trabalho.

Neste ponto, a *Matriz de Programação de Ações, Produtos e Resultados/Problema* (Quadro 05) nos clarifica melhor esta situação; onde as ações estratégicas do Tipo Alfa, já em prática e em pleno desenvolvimento, auxiliarão a conquista de objetivos estratégicos do Tipo Beta, e assim por diante.

Ações estratégicas	Produtos esperados	Resultados esperados	Responsável	Início-Fim (duração em dias, meses ou anos)
<p>Alfa: Sistematização De Ciclo Regular para as Reuniões de Equipe</p>	<p>Meta 1 Maior capacitação coletiva da Equipe de Saúde para melhorar dinâmicas próprias & fluxos de trabalho; Melhor identificação de prioridades com atualização de procedimentos necessários;</p>	<p>Objetivo Cumprindo a missão Melhorar Atenção à Situações de vulnerabilidades identificadas; Agir em Multi ou Transdisciplinaridade;</p>	<p>Médico (suporte da Enfermeira e Agentes de Saúde).</p>	<p>Início em _ Maio/2023 Término em _ Novembro/2023 (primeiro ciclo avaliativo) Início em Agosto/2023 Término em _ Outubro/2023 (segundo ciclo avaliativo)</p>
<p>Beta: Melhorar a Qualidade da Atenção Básica à Saúde com base nos dados atualizados de maior vulnerabilidade no território; [1] Trabalhadores da Monocultura da Cana-de-açúcar; [2] Melhorar Atenção à Saúde De localidade que apresentem vulnerabilidades sociais como a já identificada <i>Gruta do Bode</i>;</p>	<p>Meta 2 Estimular maior volume e melhor qualidade da informação sobre Saúde do Trabalhador (empresas e empresários); Manter atualizadas informações sobre áreas vulneráveis (Quadro visível e disponível nas reuniões) Ações em Saúde mais frequentes nessas áreas identificadas.</p>	<p>Objetivo Enfrentando problemas Diminuir frequência de problemas e agravos relacionados às circunstâncias atualizadas. Exercer melhor desempenho na resolução prática destes fenômenos locais em conjunto às esferas superiores (secretarias e instituições especificamente relacionadas);</p>	<p>Médico e Enfermagem (suporte dos Agentes de Saúde).</p>	<p>Início em _ Agosto/2023 Término em _ Janeiro/2024 (primeiro ciclo avaliativo) Início em _ Fevereiro/2023 Término em _ Agosto/2024 (segundo ciclo avaliativo)</p>
<p>Gama: Avaliar contextos políticos externos à UBS (começando desde as políticas das grandes empresas relacionadas à comunidade, como em níveis municipal, estadual e federal) que possam favorecer os fatores-problemas identificados.</p>	<p>Meta 3 Levantamento sistemático de vulnerabilidades relatório e apresentar às esferas competentes)</p>	<p>Objetivo Perseguindo a visão de futuro Melhorar a qualidade do cuidado preventivo de situações de vulnerabilidade; Protocolo de Dados _ Saúde do Trabalhador; Políticas Públicas Sociais para áreas vulneráveis.</p>	<p>Médico, Enfermagem e Agentes de Saúde (suporte de Gestão Municipal).</p>	<p>Início em _ Agosto/2023 Término em _ Janeiro/2024 (primeiro ciclo avaliativo) Início em _ Fevereiro/2023 Término em _ Agosto/2024 (segundo ciclo avaliativo)</p>

Quadro 05 – Matriz de Programação de Ações, Produtos e Resultados/Problema (Planejamento Estratégico-Situacional)

Fonte: Autoria Própria, 2023.

Assim, Matus (1993), abordando o conceito de fluxo situacional, no intuito de sistematizar as reflexões sobre as causas de um problema, antes de adiantar soluções, afirma que 'explicar' significa compreender o processo de interrelação entre os problemas para ter uma visão de síntese dos determinantes que os produz. Estes elementos fundam um complexo inter-relacionado, inseparáveis na prática cotidiana do trabalho em saúde. Em se tratando de um planejamento de médio ou longo prazo, pode-se dizer que esta definição envolve grandes e pequenas escolhas para alcançar objetivos definidos. E um objetivo pode ser definido como aquilo que se quer alcançar durante o período de execução do Plano.

Este é um ponto muito importante na abordagem matusiana que significa que um problema nunca é "solucionado" definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade deve produzir um intercâmbio positivo de problemas. Outro ponto fundamental é a necessidade de que seja definido e declarado como problema por um ator, disposto e capaz de enfrentá-lo. (ARTMANN,1993). Assim, é mais viável, promover uma cultura institucional em que os agentes estejam habituados a refletir sobre a finalidade das ações empreendidas cuja "união, a troca de saberes e a busca conjunta de ações resolutivas propiciam o cuidado integral e resolutivo" (UCHÔA et al., 2012). Estas reflexões se integram a apresentação da *Matriz de Programação de Ações, Produtos e Resultados/Problema* apresentada e permitem, assim, estabelecer uma base segura para implementação de um Plano de Ação com metas, cronograma e co-responsáveis definidos.

Os atores, nesse contexto, para Matus (1994b) devem preencher três critérios: (1) Ter base organizativa (2) Ter um projeto definido (3) Controlar variáveis importantes para a situação. Transpondo estas informações ao quadro apresentado, é notório perceber que o desafio de nosso Plano de Ação deve transpassar os três níveis de ações estratégicas, como definidos no Quadro apresentado, sendo: 1) ALFA(α): Objetivos, Ações e Metas que a organização se obriga a realizar para cumprir a sua Missão; 2) BETA (β): Objetivos, Ações e Metas necessárias e suficientes para o enfrentamento dos problemas priorizados na Análise de Situação; 3) GAMA (γ) : Objetivos, Ações e Metas necessárias para a organização alcançar a Visão de Futuro.

Porém, são de fato nas ações estratégicas do tipo BETA que se formulará, em prioridade, os conteúdos necessários à realização de um plano de ação voltado, além do que já se cumpre enquanto missão organizacional, mas como metas de soluções aos problemas cuidadosamente analisados. Sendo assim, Matus (1993, p.300) expõe que esses momentos precisam ser compreendidos como "uma instância repetitiva, ou cíclica. Por isso todos os momentos estão sempre presentes na situação. Os distintos problemas do plano podem estar em distintos momentos, e cada problema avança, em seu tratamento pelo plano, passando de um momento a outro, mas não deixando de estar em todos os momentos. Assim, os momentos são recorrentes para cada problema no processo de mudança situacional" (MATUS, 1993, p.300).

Entre outras competências, as equipes da ESF devem apropriar-se de ferramentas que viabilizem maior resolubilidade na atenção básica, com vistas ao cuidado integral à saúde. A utilização de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, a partir da identificação de riscos, necessidades e demandas em saúde e as oportunidades reveladas pelas iniciativas e pelos recursos existentes na comunidade deve estar voltada à instituição “de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetiva, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais” (BRASIL, 2011, p. 4). Desenvolve-se no Quadro 06, a partir desses elementos, uma planificação de recursos práticos para disposição de ações do tipo BETA, em acordo ao contexto vigente da Unidade Básica de Saúde Areia Branca I:

- Problema: Insatisfatória Qualidade da Atenção Básica à Saúde com base nos dados atualizados de maior vulnerabilidade:				
Objetivo: Fazer Planejamento Estratégico-Situacional na UBS Areia Branca I.				
Meta de resultado: Garantir ações contínuas por Planejamento Estratégico-Situacional (PES) incluindo maior atenção a vulnerabilidades identificadas: [1] Trabalhadores da Monocultura da Cana-de-açúcar; [2] Melhorar Atenção à Saúde De localidade que apresentem vulnerabilidades sociais como a já identificada <i>Gruta do Bode</i> ;				
Ações do tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo	Início-Fim
Sistematização de Ciclos de Reuniões de Equipe	Reunião de Equipe quinzenalmente.	Moderador: Médico – e autor deste trabalho;	01 ano	Outubro 2023 à Outubro 2024
Atualização/ e sistematização contínua de dados de vulnerabilidades levantadas.	Melhorar comunicação entre profissionais e planejamento de ações disponíveis.	Profissional da Enfermagem;	01 ano	Outubro 2023 à Outubro 2024
Capacitação contínua da Equipe sobre técnicas e materiais referentes às Reuniões de Equipe.	Favorecer uma cultura de interação e cuidados mais eficazes dentro da UBS.	Moderador: Médico – e autor deste trabalho;	01 ano	Outubro 2023 à Outubro 2024
Gestão de dados em saúde da área atualizados – exposição de quadro na UBS	Diminuir vulnerabilidades na Saúde do Trabalhador da área de abrangência e saúde integral da região da <i>Gruta do Bode</i>	Agentes Comunitários de Saúde e Endemias.	01 ano	Outubro 2023 à Outubro 2024

Quadro 06: Ações do tipo BETA – Enfrentando o problema (Plano de Intervenção)

Fonte: Autoria Própria, 2023.

O plano consiste em realizar de forma contínua, de forma regular e pré-estabelecida, uma reunião - com duração de 2 horas na qual reunirá toda a equipe a cada duas semanas - na primeira e terceira semana do mês. Partindo de reflexões sobre problemáticas cotidianas diversas, ação esta que deve ser referenciada sempre por um moderador que conheça de antemão as nuances de uma Reunião de Equipe (de preferência tenha lido o GUIA PRÁTICO

PARA REUNIÃO DE EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (2021) para moderar as etapas e correlações dela. Este moderador, inicialmente, se fará na presença do autor deste trabalho, porém com o intuito de formar outros moderadores na própria equipe que possam auxiliar no processo de agir para promover soluções coletivas, identificação interna de potencialidades/ vulnerabilidades e integração da equipe. Os registros das pautas ou atividades realizadas nas *reuniões de equipe* serão realizados à cada encontro em LIVRO ATA para acompanhamento dos avanços sobre às ações, mantendo constante o Planejamento Local em Saúde (PLS), fortalecendo diretamente à Atenção Básica.

Esta dinâmica cíclica de reuniões direcionadas aos fins almejados irá permitir, portanto, estabelecer melhores estratégias de enfrentamento às vulnerabilidades locais, especialmente as já relacionadas anteriormente. As reuniões (de equipe) promovem a integralidade das ações de saúde e contribui para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades da população adscrita (BRASIL, 2017).

Assim, é notório, então, que sendo identificadas tanto as vulnerabilidades como as prioridades de ações, seja especialmente possível desenvolver capacidades na dinâmica da equipe para abordar melhor os *problemas relacionados* à Saúde do Trabalhador *pela monocultura canavieira* [racionalizando dados sobre atendimentos e compartilhando informações aos empresários e trabalhadores, por exemplo] e *problemas relacionados* à “Gruta do Bode” – *ponto local de vulnerabilidades diversas* [avaliando dados e fatos ligados qualidade do atendimento em saúde, revendo alternativas de fluxos às dificuldades já inicialmente levantadas, ou diálogos com políticas públicas das mais diversas urgentes ao local, por exemplo].

No caderno de *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* (2009) se propõe que, conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. Assim, é sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à estratégia Saúde da Família, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os atores envolvidos em sua construção (indivíduos, famílias, comunidades e profissionais).

Mas, ainda sobre a orientação deste mesmo material referencial para o tema, a qualidade em saúde será definida dentro de um grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Serão considerados, ainda, o atendimento às necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como, a resposta às necessidades definidas tecnicamente. É proposto, então, através desta perspectiva integradora, um sistemático espaço de auto-avaliação como metodologia nuclear, orientada por instrumentos dirigidos aos atores e funções em específicos; as reuniões de equipe, dentro da perspectiva estratégica – condizente ao propósito de próprio nome – devem propor uma contínua avaliação coletiva da dinâmica e resultados, alterando suas ações quando preciso for.

Como afirma Voltolini (2019), os encontros podem ser caracterizados como momentos de diálogos, nos quais é possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada família, oportunidades para a socialização do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais assertivas. Além disso, as reuniões contribuem para readequação do processo de trabalho. Dentre as ações almejadas: (1) Contribuir para inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da estratégia Saúde da Família; (2) Verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes; (3) Identificar áreas críticas e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia, tanto no que se refere à sua organização quanto às suas práticas; (4) Apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das iniciativas de melhoria de qualidade da estratégia; (5) Contribuir para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas secretarias municipais e estaduais de saúde. (6) Confirmar a identificação das pessoas responsáveis pela execução da recomendação/proposta de intervenção;

Os temas relacionados nestes termos, orientadores à maior qualificação da atenção em saúde, devem se agregar gradativamente as propostas e intenções das reuniões. E, à medida que os integrantes da equipe reconheçam suas funções dentro de cada um destes pontos almejados, se introduza novas etapas. É assim que ARAUJO (2007), afirmou que a reunião de equipe se destaca, por conseguinte, como uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de um serviço de qualidade. Nesse contexto, é um instrumento de intervenção importantíssimo para que as ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos sejam desenvolvidas em conjunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O singelo termo *atenção* dentro da insígnia inicial de Atenção Primária à Saúde (APS) – ou mesmo posteriormente, de Atenção Básica em Saúde (ABS), antes dos conceitos técnicos conhecidos, por si, demonstra uma primazia de estimar uma nova perspectiva de “olhar” a saúde de alguém. Passando pelo trabalho dos primeiros centros de saúde primários (descritos ainda pelo Relatório Dawson, de 1920, e desenvolvidos durante toda a Reforma Sanitária, ao se transpor perspectivas apontadas pelo desenvolvimento da chamada Saúde Coletiva, a observação das doenças dos sujeitos de uma dada comunidade deveria estar necessariamente atenta à todo processo envolvido na saúde deste mesmo indivíduo: atento aos contextos maiores que o envolvem, dentre eles, o sócioeconômico-cultural, por exemplo. Estar atento exige de fato uma constante renovação desse ato. Renovar perenemente uma certa altivez na percepção imediata do que se está concentrando atenção. Uma desatenção, por mínima que seja, pode gerar um juízo ou julgamento em desacordo definitivo com a realidade observada. Não há como prestar atenção partindo de uma observação passiva, repetitiva, ou apenas, continuamente protocolar.

O Programa Saúde da Família (PSF), portanto, aprimora toda sua dinâmica de cuidado ao atualizar sua atenção direta à rede que envolve o indivíduo de uma comunidade. Estar em exercício de planejamento, como assim foi provocada a equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Areia Branca I, em Canguaretama – RN, promoveu uma oportunidade específica de (re-)pensar estratégias; reestabelecer uma coletividade profissional surpreendentemente potente. É tácito, por esse viés, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) depende de revisões constantes de sua dinâmica; seja pela complexidade de fatores que ela lida, e se propõe à acolher. Agir sob a perspectiva dos princípios do Sistema Único de Saúde é acreditar numa demanda tão ampla como a vida. Esse desafio, definitivamente, é posto à prova toda vez que uma equipe é desafiada a planejar estrategicamente suas ações. No centro material deste núcleo, são as Reuniões de Equipe – se oportunizadas de ocorrerem sob à luz de elementos técnico-teóricos adequados, que permitem lubrificar toda engrenagem da máquina em Atenção Básica.

Durante o desenvolvimento deste trabalho foi percebido que atentar para uma vulnerabilidade restrita aos elementos externos da UBS seria estrategicamente insuficiente. As reuniões, a princípio, sugeridas para dar oportunidade espaço-temporal à metodologias como a Estimativa Rápida Participativa (ERP) e como meio de estabelecer prioridades, encontraram fontes de cuidado em si mesmas que fornecia bases de ação para toda a dinâmica externa e interna, antes até menosprezada. A atenção voltada para dentro de uma dinâmica multiprofissional estabeleceu pontes reais para interdisciplinaridade entre estes mesmos profissionais e, ao mesmo tempo, mostrava soluções à longo, médio e curto prazo; estabelecendo em si mesma uma alternativa imediata à muitos dos problemas que eram identificados – pela primeira vez, ou mesmo por várias vezes sem encontrar soluções viáveis. Outros instrumentos metodológicos que potencializaram este percurso, como o Planejamento Estratégico Situacional (PES) também se reafirmou como importante catalizador do processo; deram norte aos objetivos diretos e auxiliaram na organização estratégica dos objetivos indiretos que surgiram no próprio movimento.

Segundo as chaves orientadoras do Guia Prático para Reunião de Equipe na Atenção Primária à Saúde para as Unidades de Saúde de Ribeirão Preto (SP) – documento referencial desse procedimento no desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso relata que os objetivos da reunião em equipe é discutir/organizar processos de trabalho; definir metas; planejar ações preventivas, campanhas e ações extramuros; atualizar as informações e mudanças de diferentes setores; fortalecer as equipes, criar vínculos e integrar profissionais; avaliar as ações implantadas e reavaliar as ações anteriores ou em vigor; e continua cirurgicamente, pois: o processo, em boa frequência e direcionabilidade, permite confirmadamente uma práxis de Educação Permanente Continuada. Ao habituar os profissionais a serem atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento em saúde, ao invés de meros receptores, permite elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS), ampliando olhar sobre a família e o ambiente.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, Evandro Barbosa dos; Oliveira, Ana Laura Amorim; Costa, Ana Luíza Barbosa; Cunha, Débora Guimarães; Franco, Juliana Marcelo; Souza, Welberth Fernandes de; 2021. Método Altadir de Planificação Popular – MAPP; Atenção à Gestante em uma Unidade de Saúde da Família: Um relato de experiência. Capítulo 21. Ciências da saúde [livro eletrônico]: desafios, perspectivas e possibilidades – Volume 2 / Organizador Fábio Ferreira de Carvalho Junior. – Guarujá, SP: Científica Digital, 2021.
- ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455- 464, abr. 2007. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>. acessos em 11 jan. 2021.
- ARTMANN, E., 1993. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ARTMANN, E., Azevedo, C.S. & Sá, M.C., 1997. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 13(4):723-740, out-dez, 1997.
- ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. In: Cadernos da oficina social nº 3 desenvolvimento local. COPPE/UFRJ. 2000.
- BORGES, N. S.; SANTOS, A. S.; FISCHER, L.A. Estratégia de saúde da família: Impasses e desafios atuais. *Saúde em Redes*. Espírito Santo, v. 5, n. 1, p. 105-114. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde/Organização PanAmericana da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria. No 2488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de C186p Planejamento e avaliação das ações em saúde/ Francisco Carlos Cardoso de CAMPOS, Horácio Pereira de Faria, Max André dos Santos. - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p
- CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élda Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. educ. saúde* (Online), Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>. Acesso em: 11 Jan. 2021.
- CECÍLIO L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: *Agir em Saúde*. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial, 1997:151-167.
- FIORENTIN, Luciano. Planejamento em saúde: efeito à gestão da atenção básica /Luciano Fiorentin, Brasília: Universidade de Brasília, Orientador: Prof. Jefferson Bruno Pereira Ribeiro. 2019. 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Especialização em Gestão Pública Municipal – Brasília-DF, Universidade de Brasília, 2019.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I. et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA A. C.; BARCELLOS C.; MOREIRA J. C. et al. (Orgs.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-55

Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS/DF/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde /Coordenação de Atenção Primária à Saúde/DF, 2018. 44 p. 1. Conceitos e definições de territorialização e diagnóstico de área. 2. Territorialização. 3. Diagnóstico de Área.

Guia prático para reunião de equipe na atenção primária à saúde para as Unidades de Saúde de Ribeirão Preto, documento norteador para guiar reuniões de equipes realizadas pelas unidades de saúde que compõem a rede de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate [online]. Rio de Janeiro, v.42, n. especial 1, p. 18-37, set, 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2022.

MATUS C. Política, planejamento & governo. Tomo I. Brasília: IPEA; 1996.

NASCIMENTO, Murilo César do; SILVA, Simone Albino da; GOYATÁ, Sueli Leiko Takamatsu. Aplicação didática do método Altadir de planejamento popular para estudantes de enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, vol. 3, no.3, 2013

SILVA, C. D. S., & MORAES, A. B. G. M. (2021, maio/ago.). O papel estratégico do capital humano na gestão de crise – a Pandemia de COVID-19. Revista de Gestão e Projetos (GeP), 12(2), 214-232. <https://doi.org/10.5585/gep.v12i2.19255>.

SILVEIRA, C. H. Notas sobre a Metodologia da Estimativa Rápida. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998.

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (2022) <https://sisab.saude.gov.br/>

TANCREDI, F. B., BARRIOS, S.R.L., FERREIRA, J.H.G. Planejamento em saúde. Volume 2 / São Paulo: FSP/ USP, 1998.

TCU. Gestão da atenção básica à saúde no Brasil: auditoria coordenada [Coordenação] Tribunal de Contas da União; Tribunal de Contas do Estado do Acre [et al.]. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. 64p.]

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. (Org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 237-65.

TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; VENDRUSCOLO, C. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 11, p. 4295-306, 2011

TONI, Jackson. EM BUSCA DO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL DO SÉCULO XXI – NOVOS DESENHOS in: Reflexões para Ibero-América: Planejamento Estratégico. Brasília, ENAP, 2009:21-36. UCHOA, A. C. ; VIEIRA, R. M. V. ; ROCHA, P. M. ; ROCHA, N. S. D. ; MAROTO, R. M. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil– PhysisRevista de SaúdeColetiva. v.22,n. 1, p. 385-400, 2012.

Véras, Mirella Maria Soares; Quinderé, Paulo Henrique Dias; Ferreira, Luciano Parente; Aragão, Jeovânia Maria Goersch Andrade; Coelho, Maria Abigail Aguiar Arruda. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. Parte II: Relato de Experiência. Saúde e Sociedade. Volume: 16, Número: 1, Publicado: 2007. **Publicação de:** Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública. Área: Ciências Da Saúde, Ciências Humanas Versão impressa ISSN: 0104-1290 Versão on-line ISSN: 1984-0470

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009

VILLAROSA, F. N. A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário: manual de instruções. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde: Organização Mundial de Saúde, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 12).

PINTO, Hêider Aurélio AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA-AMAQ 3ª edição. Brasília – DF. 2016.

VOLTOLINI, Rinaldo. Interpelações Éticas à Educação Inclusiva. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 44, n. 1, e84847, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623684847>. Acesso em 28 jul. 2020. E-pub. 07 mar. 2019.