

PLANEJAMENTO LOCAL NO COTIDIANO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOINVILLE – SC

Margarida Dalcin¹
Giovana da Rosa Goulart²
Flavio Ricardo Liberali Magajewski³

RESUMO

Este artigo apresenta a análise da percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) quanto à motivação e às facilidades e dificuldades encontradas na elaboração e aplicação do planejamento local em Saúde (PLS) e de como ocorreu a participação comunitária nesse processo. Esta pesquisa foi realizada nos meses de outubro de 2008 a janeiro de 2009 e foi concebida para compreender o problema selecionado por triangulação de métodos, iniciando-se por um estudo avaliativo com características exploratórias e abordagem quantitativa de todos os relatórios de PLSs desenvolvidos no ano de 2007 no município de Joinville, Santa Catarina. Foram realizados grupos focais com abordagem qualitativa (análise temática) do material obtido. Destacaram-se como resultados: a percepção de que a elaboração e distribuição de um protocolo de PLS potencializaram institucionalmente a cultura do PLS, contribuindo para o desenvolvimento das ações das equipes da ESF. Como obstáculos à prática do planejamento no âmbito local, identificaram-se a fragilidade nas estratégias de envolvimento e mobilização da comunidade e a ausência de práticas e ações desenvolvidas com articulação intersetorial. O aprofundamento de estudos nas áreas indicadas poderá contribuir para instrumentalizar as equipes da ESF a se constituírem em autoridades sanitárias mais resolutivas nas áreas em que desenvolvem suas atividades.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Participação Comunitária.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em meados dos anos 90, para organizar o modelo de atenção à saúde segundo os princípios e diretrizes do SUS no sentido de estabelecer novas práticas de assistência à saúde, pautadas pela universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação comunitária. A ESF é o eixo estruturante da Atenção Básica (AB), funcionando como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) com ações direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação da saúde, com foco na comunidade⁽¹⁾.

Entre as atribuições dos profissionais da ESF destacam-se as de interesse desta pesquisa: responsabilização pela saúde da população adstrita em seu território; identificação dos problemas de saúde mais comuns e os riscos a que a população está exposta; elaboração do

planejamento local em saúde (PLS) para enfrentar os problemas e riscos identificados; programação de atividades com a participação de líderes da comunidade e a produção de ações educativas coletivas, incentivando a intersetorialidade e a organização comunitária por meio dos conselhos locais e municipais de Saúde, fortalecendo o controle social⁽¹⁾.

Estas atribuições requerem formação específica dos profissionais em saúde coletiva, especialmente dos responsáveis pela coordenação da gestão local das unidades de Saúde da Família, os quais devem dominar os saberes associados à elaboração e gestão do PLS; portanto todos os profissionais que atuam na ESF - enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e em higiene bucal, atendentes de consultórios dentários e agentes comunitários de saúde (ACSs) - devem conhecer esse processo e dele participar ativamente.

O PLS é uma ferramenta que possibilita o diagnóstico da situação de saúde da população sob sua responsabilidade, a identificação e

¹Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville-SC. Especialista em Saúde da Família. E-mail: dalcin.m@hotmail.com

²Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville-SC. Especialista em Saúde da Família. E-mail: gyogoulart@hotmail.com

³Médico, Pediatra. Sanitarista. Doutor em Engenharia de Produção. Professor do Curso de Medicina da UNISUL e do Curso de Especialização Multidisciplinar em Saúde da Família da Associação Educacional Luterana Bom Jesus /IELUSC em Convênio com o Ministério da Saúde e UNESCO. E-mail: flavio.magajewski@unisul.br

priorização de problemas relacionados à saúde, a definição de ações para enfrentá-los, a execução e avaliação dos resultados alcançados, direcionando o trabalho dos profissionais com a participação da comunidade. A sua importância é evidente para orientar todo o trabalho das equipes da ESF para os objetivos que justificam a sua existência.

Para consolidar a prática do PLS na atenção básica, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville-SC elaborou, de forma participativa, um protocolo de atribuições dos profissionais relacionadas ao PLS, que passou a vigorar a partir de novembro de 2006.

Este protocolo define como imperativo que o PLS seja realizado em parceria com a comunidade, devendo uma cópia ser entregue à gerência da Atenção Básica e a outra ficar disponível na USF, para que os usuários possam ter acesso a ele. Essa medida visa potencializar o PLS, assumindo o pressuposto de que o documento “escrito” é um compromisso que explicita as intenções dos seus autores e compromete os profissionais e a comunidade. Por outro lado, o protocolo prevê a avaliação constante e a sua renovação anual, com a atualização dos objetivos e metas relacionados à comunidade, contribuindo para o estabelecimento da cultura do PLS na gestão dos territórios de saúde.

No ano de 2007 o município passou a contar com 48 equipes da ESF, das quais 95,8% (46 equipes) realizaram o PLS de acordo com o protocolo. Duas equipes (4,6%) não realizaram o PLS por motivos justificáveis. Este fato levou os autores a questionar-se sobre os motivos de esses profissionais aderirem tão significativamente à proposta. A pergunta de pesquisa que orientou a busca por respostas e motivou a elaboração do estudo que originou este artigo, foi: a elaboração do PLS foi um instrumento utilizado conscientemente pelas ESFs para identificarem as necessidades da comunidade e direcionarem suas ações para obterem resultados mais efetivos?

É forçoso reconhecer que a aplicação dos princípios do planejamento estratégico no Brasil vem se dando de maneira descendente, embora associado ao sucesso do próprio Movimento Sanitário em relação à inclusão do direito universal à saúde no texto constitucional em

1988. A utilização desse instrumento no nível local exige certa capacidade de adaptação, tanto do método quanto dos seus operadores, para que o plano possa ser a melhor expressão da tecnologia e dos recursos disponíveis às necessidades de saúde identificadas na população adstrita para cada equipe de ESF. Por conta disso, é importante compreender que a ausência de planejamento pode, eventualmente, dificultar o enfrentamento de problemas e a busca de resultados efetivos no trabalho desenvolvido. Por outro lado, a identificação de dúvidas sobre a utilização desse instrumento pode contribuir para a tomada de medidas corretivas com vista a superar os obstáculos que impedem o uso mais sistemático do planejamento para definir e orientar as ações locais das equipes da ESF.

A pesquisa apresentada neste artigo é uma adaptação do trabalho de conclusão de curso de especialização em Saúde da Família⁽²⁾ e teve como objetivo identificar as etapas do processo de PLS desenvolvidas nas USF do município de Joinville – SC no ano de 2007, e analisar a percepção dos trabalhadores de saúde das ESF em relação à sua motivação para a aplicação do PLS como instrumento de trabalho.

METODOLOGIA

A pesquisa teve caráter exploratório-descritivo e foi desenvolvida a partir da triangulação de métodos, que se caracteriza pela acumulação dos resultados da investigação quantitativa com a pesquisa qualitativa realizada, ambas orientadas para esclarecer aspectos da estrutura, processos e resultados do objeto avaliado⁽³⁾, buscando compreender, de múltiplos pontos de vista, as relações envolvidas na implantação das ações e a percepção que os atores locais construíram sobre a aplicação do PLS como instrumento de trabalho.

A fase quantitativa da pesquisa se deu a partir da leitura de todos os PLSs, quando foram identificados e pontuados os itens de verificação (diagnóstico local, definição de prioridades, plano de ação/monitoramento e participação comunitária), previstos no protocolo. Cada item de verificação recebeu uma pontuação que definiu a classificação dos PLSs em quartis. Os quartis foram rotulados como **não atendeu**

(entre 0 e 25 pontos), **atendeu parcialmente** (entre 30 e 50 pontos), **atendeu** (entre 55 e 75 pontos) e **atendeu com excelência** (entre 80 e 100 pontos) aos **critérios do guia da SMS e dos autores**.

A partir da classificação realizada, os planejamentos foram agregados em dois grupos de estudo: um relativo às equipes com pontuação menor do que 50 (consideradas menos adequadas ao protocolo da SMS) e um referente às equipes com pontuação maior ou igual a 55 (consideradas mais adequadas a esse protocolo).

Para a fase da análise qualitativa foram realizados quatro grupos focais (GFs), nos quais participaram duas equipes de cada grupo, eleitas mediante sorteio, desde que contassem com mais de seis profissionais, incluindo necessariamente médico ou enfermeiro, que participaram da elaboração e desenvolvimento do PLS no ano de 2007.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2008 a janeiro de 2009, após o projeto de estudo ter sido avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Associação Educacional Luterana BOM JESUS/IELUSC, protocolo n.º 2008 – 042. Os sujeitos que participaram desta pesquisa tomaram conhecimento do seu teor e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁴⁾. A fim de preservar o anonimato, identificamos os GFs com números em ordem crescente de realização: GF1, GF2, GF3 e GF4.

O conteúdo das interações ocorridas nos GFs foi gravado e posteriormente transcrito para obtenção dos dados para análise. A técnica de análise utilizada foi a de modalidade temática⁽⁵⁾, desenvolvida em três etapas, descritas em tópico próprio.

O município de Joinville tem uma população de 487.003 habitantes, sendo o município mais populoso e industrializado do Estado de Santa Catarina. Situa-se a 180km a nordeste da capital, Florianópolis⁽⁶⁾.

Atualmente Joinville conta com 56 unidades básicas de saúde (UBSs), das quais 36 são USFs, que oferecem cobertura para 33,51% da população, enquanto as restantes (20 UBSs)

desenvolvem atendimento convencional. Quatorze destas unidades contam com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde⁽¹⁾, atendendo 42,99% da população⁽⁶⁾.

Joinville foi um dos primeiros municípios do país a assumir a gestão descentralizada do SUS (em 1993) e a implantar o Programa de Saúde da Família (em 1994). Habilitou-se como gestor pleno do sistema municipal de saúde, nos termos na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS, no ano de 2001. Atualmente conta com dois serviços de emergência em hospitais gerais e um serviço de emergência obstétrico. Nos bairros periféricos possui três unidades de pronto-atendimento 24 horas⁽⁵⁾.

Joinville dispõe de três hospitais públicos e um filantrópico, que totalizam 627 leitos disponíveis para o SUS. O Sistema Municipal de Saúde conta com mais dois hospitais privados no município, com outros 359 leitos. O Sistema realiza cerca de 30.000 internações por ano, sendo 25.041 (83,1%) para residentes no município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise quantitativa proposta na metodologia foi realizada a partir da leitura dos PLSs das equipes da ESF referentes ao ano de 2007, conforme o quadro 1.

A classificação dos relatórios ficou assim distribuída: 25 (54%) obtiveram até 50 pontos e 21 (46%) atingiram pontuação igual ou superior a 55.

O PLS que obteve menor classificação ficou com 15 pontos, por ter apresentado somente dados relacionados ao saneamento, situação socioeconômica, proteção social e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), contemplando apenas o item diagnóstico local. O PLSs que obteve maior classificação ficou com 70 pontos, pois apresentou, além do diagnóstico, os critérios de definição de prioridades e o detalhamento do plano de ação. Nenhum dos PLS obteve pontuação máxima, já que para isso era esperado o relato da participação ativa de representantes da comunidade, comprovado pela apresentação das atas das reuniões.

Dimensão	Diagnóstico local	Valor	Definição de prioridades	Valor	Plano de ação / monitoramento	Valor	Participação comunitária	Valor
Itens de verificação	História da comunidade	5	Governabilidade	5	Estudo dos determinantes	5	Parceria com CLS*	5
	Contexto e meio ambiente	10	Priorização	5	Estabelecimento de indicador	5	Participação de ACS	5
	Saneamento básico	5			Definição das ações	5	Participação de outras categorias profissionais	5
	Comunicação e transporte	5			Definição de responsabilidade	5		
	Situação sócio-econômica	15			Indicação de apoios	5		
	Dados do SIAB e UBS	10						
	TOTAL	50		10		25		15

* Conselho Local de Saúde

Quadro 1. Dimensões, itens de verificação e valorização utilizados para a categorização dos PLS, Joinville, SC, 2007.

Na avaliação dos PLSs, identificou-se que a maioria das equipes da ESF se limitou a desenvolver os itens referentes ao diagnóstico sugeridos no protocolo da SMS. Entendeu-se que isso se deveu ao fato de ser a primeira vez em que os profissionais elaboraram o PLS formalmente. Ademais, por solicitação do gestor, eles se concentraram nas atividades de reconhecimento da comunidade com os dados de que dispunham, sem envolver líderes comunitários nem detalhar o plano de ação.

Na fase qualitativa da pesquisa participaram 26 profissionais: dois médicos, duas enfermeiras, duas agentes de saúde pública e 20 ACS. Os sujeitos estavam distribuídos em quatro GFs, sorteados conforme a pontuação dos respectivos PLSs. Os GFs 2 e 3 obtiveram pontuação inferior ou igual a 50, e os GFs 1 e 4 tiveram pontuação superior ou igual a 55. Os temas que emergiram a partir da análise destes GFs, assim como a discussão pertinente a cada achado, estão relacionados a seguir.

Identificou-se em três GFs, independentemente da pontuação da análise quantitativa, que a atitude gerencial influenciou na prática do PLS, o que é evidenciado nas expressões a seguir:

[...] o que motivou realmente desta vez em fazer o planejamento foi o fato de a secretaria ter implantado o protocolo e estar solicitando (GF2).

A secretaria tem uma cobrança em relação ao PLS, essa cobrança é um a forma de valorizar o PLS (GF1).

A existência de um protocolo definido pela SMS induziu à formalização do PLS por facilitar e esclarecer os passos a serem seguidos pelas equipes, sugerindo que essa ação foi consequência de uma cultura institucional, como se constatou no estudo que analisou a prática do PLS em Curitiba – PR⁽⁷⁾.

Por outro lado, o formalismo dos procedimentos do planejamento que pode ser visto como um fator negativo, pois este conduz a uma supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização que, ao ficar só na teoria, leva o processo a certo descrédito⁽⁸⁾.

Não obstante, a preocupação quanto à burocratização associada ao protocolo foi relativizada pelo GF2, ao indicar seu caráter pouco rígido, permitindo a criatividade das equipes na elaboração do PLS:

[...] não ser um protocolo burocratizado, ele deu uma linha estrutural pra você desenvolver o teu planejamento, ele veio incentivar a realização do PLS pela equipe (GF2).

Na prática, o planejamento não admite metodologias fechadas, haja vista que cada local tem uma dinâmica própria e a experiência dos sujeitos envolvidos deve ser contemplada, permitindo adequações⁽⁸⁾.

Quanto ao aperfeiçoamento profissional no âmbito da ESF, observou-se que apenas o GF1 e o GF4 destacaram esta temática como um aspecto facilitador, como se vê a seguir:

O que facilita é trabalhar com alunos de medicina

[...] Outra coisa que facilita são as nossas especializações, querendo ou não é uma soma fazer especializações [...] liberado pela secretaria [...] o mestrado também. Mais a gente aprende a planejar, mais a gente aprende a usar aquele investimento a seu favor, eu acho que essas especializações já fazem grande diferencial no nosso planejamento (GF1).

O fato de estes profissionais atuarem em uma unidade-escola também foi valorizado como um potencial positivo associado ao aperfeiçoamento profissional, pela possibilidade de compartilhar atividades. A qualificação profissional foi evidenciada como elemento que contribuiu para a realização das atividades propostas, assim como o foi a iniciativa da SMS de patrocinar, mediante convênio com uma instituição de ensino, o aperfeiçoamento de alguns profissionais da equipe.

Na graduação das profissões da área da saúde⁽⁹⁾, os estudantes, de modo geral, já recebem alguns conteúdos clássicos da Saúde Coletiva, incluindo as políticas de planejamento, epidemiologia e as ciências sociais e humanas aplicadas à saúde. Mesmo assim, a especialização em Saúde Coletiva é indicada para todas as profissões da área, como meio de contribuir para o desenvolvimento de competências comuns a todas estas profissões⁽¹⁰⁾.

No que diz respeito à graduação dos profissionais que atuam na ESF, destaca-se a importância de estes serem preparados para realizar o PLS e com ele atuar.

A (médica) tem uma formação bem voltada pra isso, a formação dela em faculdade foi bem direcionada. Então ela tinha uma prática assim, daí foi mais fácil até pra orientar todos os outros (GF4).

Infer-se que esta equipe passou pelo processo de “desenvolvimento endógeno”, já identificado em processos de âmbito comunitário, ou seja, desenvolveu uma dinâmica de crescimento apoiada pelos recursos da própria equipe, a partir da percepção da liderança assumida por quem tinha no momento melhores condições de encaminhar a tarefa exigida do grupo.

Evidências apontam que atualmente a maioria dos profissionais de saúde inicia sua atuação no SUS com foco na assistência, e somente com o passar do tempo desenvolvem outras

habilidades, provenientes de aprendizado por iniciativa própria e/ou por iniciativas de instituições públicas⁽⁹⁾.

A percepção do trabalho coletivo foi compreendida como um dos fatores facilitadores da tarefa de construir o PLS, conforme evidenciado pelo GF1 e GF4:

[...] outra coisa que facilitou é o comprometimento. A equipe é toda comprometida em tentar melhorar a qualidade de vida e atendimento da população (GF1).

Eu acho que as reuniões que a gente fazia eram sempre indispensáveis pra poder fazer o planejamento, entende? Dentro das nossas reuniões, praticamente só ficaram voltadas pro planejamento (GF4).

Essas equipes demonstraram compreensão de que o planejamento exige um trabalho integrado e com responsabilidades compartilhadas, demonstrando a existência de estágios diferenciados de entrosamento e comprometimento com o trabalho coletivo entre as equipes.

Já o GF3 apresentou dificuldade no trabalho coletivo:

Eu achei muito difícil, porque ficou assim um empurra-empurra [...] dificuldade assim, enfermeiro e médico que faz isso. Vocês vão encontrar: eu não vou fazer porque a outra não faz, a outra não faz porque ele não faz, entende? Isso eu acho que vocês vão encontrar em todas as equipes do PSF (GF3).

Quanto a isso, alguns autores, observando equipes da ESF, indicam que esta situação corresponde a um ponto de transição entre o profissional de atuação isolada e o que sabe trabalhar em equipe, pois é o trabalho em equipe que abre a possibilidade para o conhecimento e a vinculação social⁽¹³⁾. Neste sentido, o GF3 demonstrou falta de comprometimento e entendimento da importância do trabalho coletivo, em parte explicada pela rotatividade de profissionais de nível superior na equipe.

A ausência da intersetorialidade como aspecto dificultador na implantação do PLS foi apontada por três GFs tanto na elaboração do planejamento quanto na execução das ações propostas pelas equipes. As falas a seguir confirmam este problema:

Se esses órgãos trabalhassem em conjunto com o

posto de saúde talvez a gente conseguiria fazer mais prevenção [...] com programas, com grupos, às vezes eles até fecham as portas pra gente (GF1).

Eu acho que outra coisa que interfere bastante é esta separação de secretaria: você quer fazer uma ação na comunidade [...] ah, isto é pra SMS, isto é pra Bem-Estar; não tem uma unificação uma união, tu vai até um ponto e para. Eu vejo assim que nos seis anos que estou aqui, isto atrapalha bastante. “Isto não me pertence!” Isto vai desanimando, você vai até aqui e não tem uma sequência (GF2).

As declarações acima confirmam a percepção de que a fragmentação das políticas sociais e da estrutura pública responsável por desenvolvê-las é um fator que dificulta o desenvolvimento do PLS.

Neste sentido, percebe-se certa falta de clareza da equipe de ESF do papel do PLS como projeto da vontade coletiva, que abarca o anseio da comunidade. Somam-se a estes fatores a ausência de instrumentos de integração intersetorial em nível local e a falta de entendimento de que o PLS poderia ser um instrumento de integração da USF com as outras instituições locais.

O relato a seguir (GF3) indicou uma característica recorrente da participação social em outros níveis de controle social, ao flagrar a dupla militância de trabalhadores de saúde que são, ao mesmo tempo, servidores públicos e representantes da comunidade, indicando a dificuldade de conciliar as ações que, pelo menos em tese, no nível local poderiam facilitar a integração do trabalho entre as diversas organizações da comunidade:

Daqui do posto, nós participamos de lideranças da comunidade. Eu sou liderança, a ACS é liderança, a ACS é liderança da comunidade católica, da igreja, nós trabalhamos aqui, mas nós assim, não misturamos as coisas. Aqui eu vejo assim: tem o Posto de Saúde, é o posto de saúde. Tem a escola, é a escola. E tem a igreja, é a igreja. [...] ninguém trabalha um com o outro se a escola e a igreja trabalhassem juntas, pois são as mesmas pessoas, às vezes é a mesma liderança que é da igreja é da associação, faz o trabalho na igreja e faz na associação e não mistura os dois (GF3).

A falta de percepção de estratégia de envolvimento e mobilização da comunidade também foi identificada nos GFs. O discurso do

GF1 indica a dificuldade desse processo:

Sim, a ASP representava o CLS e foi levado para discutir com o CLS [...] tudo o que a gente faz é programado no nosso planejamento e aí vai pra reunião do conselho, o conselho concorda e aí depois reclama [...] não existe um entrosamento com o posto e a comunidade [...] os problemas não foram levantados com os conselheiros. Os conselheiros não identificaram os problemas que os profissionais elegeram (GF1).

Neste caso, identificou-se novamente o fenômeno da “dupla militância”, ou seja, um representante do segmento gestor assume por conveniência a função de representante da comunidade, participando do processo como profissional de saúde, mas ao mesmo tempo “legitimando” o controle social que na verdade não aconteceu.

Vale destacar que, no município, quarenta e cinco UBSs (79%) contam com CLS, dos quais apenas vinte e seis (58%) são ativos, e mesmo estes não participaram da elaboração do PLS. A atuação dos conselheiros, quando efetiva, por ter em comum o conteúdo reivindicatório e de reclamação quanto ao atendimento, acaba produzindo resistência das equipes de saúde e gestores⁽⁵⁾.

A expressão “o conselho concorda e depois reclama” também sugere a ausência da participação ativa da comunidade no processo de planejamento. Pode-se inferir que a própria equipe, pelos motivos já indicados anteriormente, provoca a desqualificação da vocalização da demanda vinda dos usuários, não estimulando o empoderamento que deveria lhes ser garantido. Isso pode ser confirmado pela citação a seguir:

O CLS só sabe criticar; não sabe “solucionar”. Os conselheiros deveriam chamar mais a população, fazer com que a população participasse [...] A comunidade não se interessa... eles passam para os ACSs a responsabilidade, e a ACS diz que sendo funcionária não tem força. A população vai só para reclamar (GF1).

No “desabafo” do GF1 nota-se que o contexto do controle social pode estar corrompido no nível local pela incapacidade das equipes de lidar de forma eficaz com a dupla militância assumida por alguns profissionais de saúde - neste caso, o ACS, que é visto pela comunidade como usuário, enquanto ele próprio

não se sente um legítimo representante da comunidade, pois passou a ser um “funcionário” componente da equipe.

Este fato, aliado a outros relatos, demonstra a pouca compreensão do caráter representativo assumido pela comunidade como membro do CLS, situação que parece envolver tanto os usuários como os profissionais de saúde, fragilizando duplamente as normas que estabelecem que o CLS deve ser constituído de forma paritária, envolvendo representantes da comunidade e representantes do segmento competente do governo.

Outra dimensão da participação popular pode ser vista nas inferências a seguir, indicadas nos GFs 2, 3 e 4. Percebe-se que as equipes de saúde veem a comunidade pouco envolvida e desmobilizada em relação às questões da USF:

Mesmo convidando a comunidade pra participar ela tem esse perfil: menos de 50% da comunidade participa de grupos, da Igreja Católica ou Evangélica, os demais não participam. Então qualquer atividade em grupo que a gente faça é complicado, porque a adesão não é muito grande (GF2).

Não foi feito em parceria [...] Porque nós só apresentamos pra eles os dados [...] O foco deles, desde que iniciou o conselho, é aquele posto, iniciou na verdade por causa disso (GF3).

Nós não temos CLS [...] O problema é que a comunidade não se interessa (GF4).

As falas acima, que poderiam ser interpretadas apenas como falta de interesse da comunidade, podem ser explicadas também como falta de habilidade e de estratégia da equipe de saúde em promover a mobilização das pessoas para participarem das reuniões do CLS e da elaboração do PLS. Ademais é possível que os espaços de participação reais colocados à disposição da comunidade não motivem para a efetivação do controle social.

Neste sentido, as equipes da ESF devem investigar melhor os motivos pelos quais a comunidade não participa das ações promovidas pela USF. Vários estudos apontam que as experiências mais bem-sucedidas de descentralização das políticas públicas foram as que contaram com o controle social e também com a mobilização popular⁽¹¹⁾. Isso mostra que só a cidadania ativa e responsável pode promover mudanças concretas e permanentes no

contexto do desenvolvimento das comunidades, sendo a ESF um instrumento para que a cidadania se efetive no âmbito local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PLS é um dos instrumentos que possibilitam o desenvolvimento, na prática, da Política Nacional da Atenção Básica. Os profissionais que participaram desta pesquisa seguiram o protocolo da SMS, apresentando os dados solicitados, contudo não se observou a efetiva participação comunitária. Entendemos que é necessária uma longa trajetória para que os profissionais de saúde no nível local possam apreender, aplicar e desenvolver os PLS incorporando a participação social e utilizando as ações definidas como instrumento de gestão da atenção à saúde oferecida à comunidade.

A realização dos GFs como estratégia de pesquisa possibilitou a percepção de que a orientação prática sobre como elaborar os PLSs, ação desenvolvida pela SMS de Joinville, pode ter contribuído para a potencialização da cultura do planejamento no âmbito institucional, pois tanto motivou a formalização do PLS em condições frequentemente aquém do ideal para o exercício de tais práticas, quanto materializou a vontade política do gestor de incluir o PLS como instrumento de gestão institucionalizado.

Adicionalmente, ficou claro que o aperfeiçoamento profissional no âmbito da ESF por meio de especializações específicas e o ambiente de aprendizado das unidades-escola contribuíram para incorporar trabalhadores de saúde mais instrumentalizados e desenvolver a metodologia de planejamento em nível local.

Outra afirmação que se reforçou pelos resultados desta pesquisa foi a de que o trabalho coletivo é determinante para os profissionais de saúde interagirem de forma adequada com o contexto social, sendo o PLS um instrumento que apoia a organização das demandas dirigidas para a USF e permite um tempo de criação de alternativas que aperfeiçoa as respostas oferecidas pela equipe aos problemas da comunidade.

Chamou a atenção dos autores o relato recorrente nos GFs, referente à existência de uma carência significativa de estratégias de envolvimento e mobilização da comunidade nos

processos coordenados pelas equipes da ESF no âmbito local. Neste sentido, a ausência da intersetorialidade foi um aspecto que dificultou a efetiva implantação do PLS. Sugere-se o aprofundamento do estudo nestas áreas, no

sentido de que as equipes locais de saúde se tornem efetivas autoridades sanitárias em seus espaços-população, contribuindo com maior resolutividade para a melhoria da qualidade de vida das comunidades sob sua responsabilidade.

LOCAL PLANNING IN THE DAILY ROUTINE OF FAMILY HEALTHCARE TEAM IN JOINVILLE - SANTA CATARINA

ABSTRACT

This article presents the analysis of the perception of professionals of the Family Health Strategy (FHS) in relation to motivation, facilities and difficulties found in the preparation and application of Local Health Planning (LHP), and the community participation in the process. This research was carried out from October 2008 to January 2009 and it was developed to understand the problem selected by triangulation methods, starting by an evaluative study with exploratory characteristics and quantitative approach of all LHP reports developed in 2007 in the city of Joinville, Santa Catarina. Focus groups were conducted with a qualitative approach (thematic analysis) of the obtained material. The main results were: the perception that the development and distribution of a LHP protocol enhances its importance, contributing to the development of actions of the FHS teams. As obstacles to the practice of planning in the local level, it was identified a weakness in the strategies of involvement and mobilization of the community, and lack of practices and actions among all departments. Further studies of the listed areas can help to implement the FHS teams to become counteractive health authorities in areas where their activities are developed.

Key words: Health Planning. Primary Health Care. Consumer Participation.

PLANIFICACIÓN LOCAL EN EL COTIDIANO DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA EN JOINVILLE - SANTA CATARINA

RESUMEN

Este artículo presenta el análisis de la percepción de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en relación a la motivación, facilidades y dificultades encontradas en la elaboración y aplicación de la Planificación Local en Salud (PLS), y de cómo ocurrió la participación de la comunidad durante todo este proceso. Esta investigación fue realizada en los meses de octubre de 2008 a enero de 2009 y fue concebida para comprender el problema seleccionado por triangulación de métodos, iniciándose por un estudio evaluativo con características exploratoria y abordaje cuantitativo de todos los informes de PLSs desarrollados en el año de 2007 en el municipio de Joinville - Santa Catarina. Fueron realizados grupos específicos con abordaje cualitativo (análisis temático) del material obtenido. Se destacaron como resultados: la percepción de que la elaboración y distribución de un protocolo de PLS potenciaron institucionalmente la cultura del PLS, contribuyendo para el desarrollo de las acciones de los equipos de la ESF. Como obstáculos a la práctica de planificación en el ámbito local, se identificaron la fragilidad en las estrategias de compromiso y movilización de la comunidad y la ausencia de prácticas y acciones desarrolladas con una articulación intersectorial. Intensificar los estudios en estas áreas indicadas podrá contribuir para dotar de instrumentos a los equipos de la ESF para que se constituyan en autoridades sanitarias con más resolutividad en las áreas en que desarrollan sus actividades.

Palabras clave: Planificación en Salud. Atención Primaria de Salud. Participación Comunitaria.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Dalcin M, Goulart GR, Magajewski F. Potencialização da cultura do planejamento local no cotidiano das equipes de saúde da família, do município de Joinville, Santa Catarina. [Monografia]. Joinville, Santa Catarina (SC): Associação Educacional Luterana Bom Jesus / IELUSC; 2009.
3. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER [org]. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 96/1996. Regulamenta as Pesquisas em Seres Humanos.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.
6. Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Unidade da Atenção Básica – GUAB e Unidade de Planejamento Controle Avaliação e Auditoria – UPCA. Joinville: Secretaria Municipal de Saúde. Abril/2008.
7. Cubas MR. Planejamento local de unidade básica de saúde de Curitiba – Paraná: da teoria à prática aspectos facilitadores e limitantes. 2002 [dissertação de mestrado] Ponta Grossa (PR) Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual de Ponta Grossa – PR, interinstitucional com a Escola Nacional de Saúde Pública – RJ; 2002. p.283.
8. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM [org]. Tratado de saúde coletiva. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz; 2007. p. 767-82.

9. Akerman M, Feuerwerke L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva onde? Posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM [org]. Tratado de saúde coletiva. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz; 2007. p. 171-86.

10. Camelo, SHH, Angerami, ELSi. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Cienc Cuid Saude [periódico na Internet]. 2008 Jan/Mar [citado 2009

jun 16]; 7(1):045-052. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4895/3208>

11. Rosa, WAG, Labate, RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 Dez [citado 2008 nov 18] ; 13(6): 1027-1034. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=pt

Endereço para correspondência: Flavio Magajewski. Rua Almirante Lamego, 930, apto 601, CEP 88015-600, Centro, Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: flavio.magajewski@unisul.br

Data de recebimento: 18/03/2009

Data de aprovação: 15/01/2010