

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE:
RELATO DE EXPERIÊNCIA

STRATEGIC PLANNING IN A HEALTH UNIT:
REPORT OF EXPERIENCE

ANDRÉ ALEXEY POLIDORO¹; ANTONIA EGIDIA DE SOUZA²

RESUMO: Inúmeras são as dificuldades de trabalho dentro de uma unidade de saúde. Além dos obstáculos normais relacionados ao convívio e ao relacionamento dentro da equipe de trabalho, também se devem considerar as dificuldades que transcendem a própria capacidade de transformação pelo gestor por problemas que vão além da abrangência de sua autonomia. O relacionamento constante com a população também é fonte de estresse e sobrecarga das pessoas envolvidas neste trabalho. O profissional médico, geralmente responsável apenas por aspectos técnicos, também está inserido nesta necessidade de gerenciamento em vários níveis, mas principalmente no da microgestão. Este trabalho parte do relato de uma experiência vivida por uma equipe de estratégia de saúde da família em uma unidade de saúde, pontuando aspectos de gestão participativa, transdisciplinaridade, planejamento e agrupamento em torno de objetivos comuns, todos obtidos por meio desta vivência e possibilitando a melhora da organização do trabalho e da qualidade do atendimento.

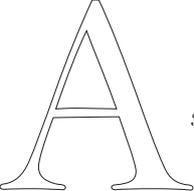
Palavras-chave: Planejamento estratégico. Microgestão. Unidade de saúde.

Abstract: Working in a health care unit involves many difficulties. In addition to the normal obstacles related to living and working relationships within the team, there are also the difficulties that are outside the transforming capacity of the manager, due to problems that go beyond the scope of his or her autonomy. Working closely with the population is also a source of stress and overload among those involved in this work. The medical professional, usually only responsible for technical aspects, is also included in this need for management at various levels, but particularly in micromanagement. This work, which is based on the experience of a family health strategy team in a health unit, scores aspects of participatory management, interdisciplinary, planning, and grouping around common goals, all obtained through this experience, and enabling improvement in the organization of the work and quality of care.

Keywords: Strategic planning. Micromanagement. Health unit.

1 Médico formado pela Universidade Estadual de Maringá – UEM. Médico de Família e Comunidade pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Aluno de mestrado da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Preceptor de Medicina de Família e Comunidade da PUC-PR. *E-mail:* andre_alexey@hotmail.com

2 Professora do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. *E-mail:* asouza@univali.br



1 INTRODUÇÃO

É princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso universal aos seus serviços (BRASIL, 1990). Esta forma de acesso deve ser ordenada e organizada pela atenção básica, caracterizada pelo Pacto pela Saúde, 2006, como “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006b). É preconizado, ainda, o acesso prioritariamente pelos serviços próximos ao local de moradia (BRASIL, 2006). Esses locais são conhecidos como Unidades de Saúde (US).

Já implantado em 1994, o Programa de Saúde da Família, por seus bons resultados, tornou-se uma política do estado brasileiro, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), consolidada como modelo de Atenção Básica (BRASIL, 2006c).

Nesta estratégia, há vinculação da população a uma equipe por distribuição territorial, transformando o território em microáreas divididas entre as equipes da unidade. As equipes são formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e técnico (ou auxiliar) e saúde bucal. Para atingir os objetivos de integralidade, resolutividade e qualidade, requer abordagem multiprofissional (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

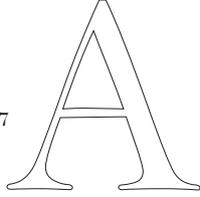
Neste aspecto da microgestão, também surgem dificuldades e obstáculos, apesar dos grandes avanços organizacionais e estruturais do SUS. O trabalho nas unidades básicas possui a dimensão produtiva (serviços e ações que causam impacto no processo saúde-doença) e a dimensão intersubjetiva, relacionada às interações entre os diferentes sujeitos, profissionais, população e gerente (HAUPP, 2007).

O desenvolvimento do trabalho em uma unidade de saúde também ocorre por meio da aplicação de procedimentos da administração no processo gerencial (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007). Assim, estão incluídos aspectos como definição da missão, análise dos recursos, necessidades e cenários, e desenvolvimento e monitoramento dos planos de ação (SIMÕES, 2003).

O processo de trabalho em uma unidade de atenção básica é um todo complexo, constituído por relações de interdependência entre vários subprocessos de trabalho (todos complexos), que agem, interagem, dialogam e retroagem entre si. Para isso, o gerenciamento da unidade e das equipes exige profissional competente. Entre outras características necessárias para uma gestão de qualidade, destacam-se visão global, comunicação eficaz, gerenciamento de conflitos e mudanças, uso de processo decisório participativo, gestão de planos, saber responsabilizar-se e fomento de ambiente produtivo de trabalho (FLEURY; OLIVEIRA JUNIOR, 2001)

Aliado a isso, é necessário destacar, ainda, a importância de gestores de qualidade em todas as esferas, com comunicação aberta entre eles e objetivos em comum. Pesquisas já apontam que discrepâncias entre níveis de gestão prejudicam fortemente a administração pública (MENDES, 2000).

Partindo dessas questões, a proposta desse artigo é apresentar as experiências vivenciadas por uma equipe de estratégia saúde da família, em uma unidade de saúde em relação ao processo de planejamento estratégico. Cabe dizer que este relato não existiria ainda sem a força de trabalho multiprofissional. Médico, enfermeiro, enfermagem técnica, agentes comunitários de saúde discutiram sobre as mesmas questões, conjuntamente. Definir esta postura conjunta dos profissionais não é um trabalho fácil, nem é o objetivo do tema, mas para Nicolescu (1996), a



transdisciplinaridade se refere ao que está, ao mesmo tempo, entre, através de e além de qualquer disciplina, como objetivo de compreender o mundo presente, para o qual é obrigatória a unidade do conhecimento.

Neste trabalho, descreve-se uma experiência bem-sucedida que ocorreu em uma equipe de ESF na Unidade de Saúde do Bairro Novo em Curitiba. A partir desta, avaliaram-se aspectos importantes da gestão e do planejamento que possibilitaram o resultado almejado, com melhora das condições de trabalho e melhor avaliação pela equipe e pelos usuários.

2 RELATO DO CASO

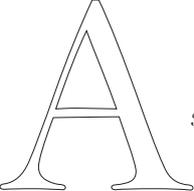
Em maio de 2014, a área 2 de uma unidade de saúde estava passando por um momento difícil. Sua enfermeira estava de férias e o médico da área, e preceptor de medicina da família e comunidade (MFC), havia saído da unidade havia 3 meses. Há 2 meses, um residente do primeiro ano de MFC empenhava-se pela busca do aprendizado naquele local, além de tentar oferecer consultas à grande demanda daquela área, com 3890 pacientes cadastrados. Na equipe também havia uma enfermeira residente do primeiro ano da Residência Multiprofissional, que não estava adaptada ao complexo trabalho de enfermeiro em um território da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além dos citados, a equipe consistia de dois auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe de odontologia era composta por um dentista e 2 auxiliares de saúde bucal.

O contexto da unidade em questão também era delicado. Surgiu como um centro de especialidades, com gerência privada (faculdade particular). Porém, mudanças de contrato na prefeitura, associadas à necessidade da população local, fizeram com que, em abril de 2013, se tornasse uma unidade municipal de saúde no programa de ESF.

A universidade responsável pela residência de MFC, em maio de 2014, coloca um preceptor médico na unidade para dedicar-se à área 2 (havia outros preceptores em outras áreas da unidade). Nesta época, os ânimos dos membros do grupo estavam abalados. Os relatos pessoais eram de frustração, sobrecarga e, até mesmo, pensamentos de desistência. Esse panorama é importante para contextualizar a experiência da organização do trabalho na área 2 desta unidade, especificamente.

No primeiro dia de trabalho, reuniram-se equipe e preceptor. O conhecimento mútuo foi facilitado, pois este já havia anteriormente trabalhado nesta equipe como residente, com bom relacionamento interpessoal. Este aspecto foi importante e o preceptor desempenhou, naquele momento, a liderança da equipe. No campo da administração, a definição desta competência é a capacidade de reunir pessoas em torno de projetos, metas, objetivos e processos de trabalho, de forma a obter resultados significativos, motivação da equipe e ambiente de trabalho favorável (GRAMIGNA, 2007).

Havia pouco tempo disponível para planejamento e ação, sendo assim, trilhou-se o caminho do planejamento baseado na concepção de Matus (1996). Nesta concepção, o planejamento se dá de forma centralizada, cujos passos gerenciais são decididos por um único ator, que é quem planeja (AZEVEDO, 1992). Neste caso, considera-se o único ator não como uma pessoa, mas como a equipe, que tomou decisões e buscou estratégias de forma internamente democrática, porém sem proporcionar a participação social neste processo, não permitindo que as pessoas do território fossem atores conjuntos do processo de planejamento, como seria o desejável na concepção de Mário Testa (GIOVANELLA, 1992).



Matus (1996) divide a proposta de planejamento estratégico-situacional em quatro momentos. Primeiramente, foi realizado um entendimento conjunto da realidade da equipe por meio da matriz SWOT (Quadro 1), como preconizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 1992). Este modelo contribuiu para a formação da estratégia e do planejamento estratégico e sua origem é da língua inglesa: *strengths* (forças), *weakness* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades), *threats* (ameaças) (ANSOFF; McDONNELL, 1984). O uso deste modelo, proporcionou o cumprimento de 2 passos da proposta de Matus (1996), o momento explicativo e o normativo.

Quadro 1: Aplicação do método de diagnóstico SWOT

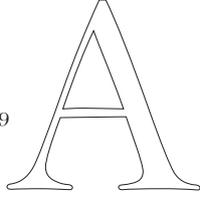
FORÇAS	Presença de 2 médicos (preceptor e residente) Equipe competente Presença de 2 enfermeiras (preceptor e residente) Interesse conjunto na melhora do processo de trabalho
FRAQUEZAS	Problemas com os processos de trabalho da unidade de saúde Médicos novos na área Falta de fluxos definidos dentro da equipe Demanda reprimida Número de pacientes por equipe Saída recente de médico com forte vínculo e grande número de atendimentos
OPORTUNIDADES	Troca da autoridade sanitária local Redução da demanda no inverno Manutenção do acesso avançado
AMEAÇAS	Problemas de outras áreas da unidade Funcionários desmotivados em outras áreas Férias da enfermeira

Fonte: Dados primários.

Os outros momentos da proposta de Matus (1996) são o estratégico e o tático-operacional.

O objetivo em longo prazo era o atendimento na modalidade de acesso avançado, o conhecimento e o controle dos pacientes da área, alta resolutividade da equipe, sem descuidar dos propósitos acadêmicos da residência. Isso foi discutido e tomado como visão compartilhada do futuro (SENGE, 2002). A modalidade de atendimento em acesso avançado significa não haver distinção entre consulta de urgência e consulta de rotina (MURRAY; TANTAU, 2000), atendendo a todos os que vierem naquele dia na unidade por alguém da equipe. A intenção é uma atenção primária de alta qualidade, aumentando o acesso dos pacientes no momento que mais necessitam e reduzindo a pressão por consultas de controle (GUSSO; POLI, 2012).

A organização do trabalho, para atingir os objetivos, deu-se em 4 aspectos. O primeiro foi o fortalecimento da equipe de enfermagem, tanto em autoestima quanto em confiança no trabalho desta, no que refere às auxiliares de enfermagem e à enfermeira residente. O auxiliar de enfermagem capacitado e motivado possuía a autonomia para orientar a população e tranquilizar as pessoas em diversas situações, dispensando necessidade de consultas. Mesmo assim, encaminhavam-se os pacientes que precisavam de atendimento ao médico ou ao enfermeiro, conforme o tipo de demanda. Essa alta resolutividade da enfermeira proporcionou melhor aproveitamento das consultas médicas e, também, bom vínculo do paciente com a equipe e satisfação do paciente com a atenção dada pela enfermeira, resolvendo demandas da mesma.



Em segundo lugar, o preceptor assumiu temporariamente (e destacou o caráter temporário), para complementar o atendimento da área para obter o acesso avançado no território. Trabalhando desta forma e associado ao aspecto anterior, a enfermagem de nível médio e superior sentiu-se empoderada e também protegida, pois o preceptor assumiu a posição de retaguarda para apoio, dúvidas, discussão de caso específico e atendimento médico caso não houvesse espaço na agenda da médica residente. Isso retirou da equipe a pressão de negar consultas ou de escolher entre um ou outro paciente, aliviando parte das tensões por que passava. Para os pacientes, a médica da área seria sempre a médica residente, porém a equipe levaria demandas e problemas ao médico preceptor. Esta medida foi implementada porque a médica residente estava sobrecarregada, com prejuízo na sua formação pela pressão da equipe e necessidade de orientar fluxos. No início da residência, o tempo para a consulta é maior e, por isso, atendia bem menos pacientes por período do que o médico antes dela. Assim, todos os fluxos passavam pelo preceptor.

Em terceiro lugar, foi observado que a agenda da médica residente estava comprometida até o final de maio. Nos últimos dez dias do mês de maio, foi cessado o agendamento de consultas e o mês de junho começaria com as agendas vazias, exceto pela inserção prévia de gestantes, conforme o calendário de consultas das mesmas, intercaladas entre a médica e a enfermeira residente.

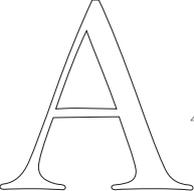
Em quarto lugar, os demais trabalhadores da unidade de saúde foram orientados quanto aos novos fluxos da área 2. Os agentes comunitários disseminaram as informações à população, e a autoridade sanitária local (ASL) discutiu os fluxos da área 2 com as outras equipes. A unidade foi beneficiada pelo bom trabalho de gestão da ASL, que favoreceu a territorialização, a agenda em acesso avançado, sem desrespeitar as necessidades e as individualidades de um serviço de residência médica.

Na questão de programas verticais, foi mantido inicialmente o programa das crianças e o agendamento mensal para gestantes, envolvendo sempre a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro. Não foram realizados outros programas verticais pela necessidade de atendimento às demandas da população, associado ao risco de prejudicar a integralidade no atendimento (MATTOS, 2004).

O trabalho aconteceu de maneira eficiente. Todos da equipe estavam cientes de suas funções e estavam trabalhando para alcançar os resultados desejados, visto que todos os itens anteriores foram discutidos em equipe e tiveram a contribuição dos mesmos. Por terem participado desta construção, não houve desavenças na equipe. O inverno da cidade em questão fez com que houvesse demanda menor de atendimentos no início da mudança de forma de trabalho, o que também favoreceu a equipe. O fim das férias da enfermeira, e seu retorno, bem como sua capacidade de liderança e capacidade técnica, foram essenciais para o sucesso do modelo de atendimento em acesso avançado.

O fortalecimento dos membros da equipe aconteceu gradualmente, na medida em que puderam observar que podiam e eram capazes de oferecer uma atenção primária de qualidade. Após pouco mais de 1 mês, a médica residente e a enfermeira assumiram as funções que o preceptor estava desempenhando e este retornou à função pedagógica. A médica residente assumiu ainda a responsabilidade pelo acesso avançado, sendo que sua iniciativa foi acatada, pois partiu da mesma sentir-se fortalecida para assumir essa função mais abrangente e se tornar realmente a médica da área em todos os aspectos.

De vários aspectos positivos, houve um negativo. Com o empenho do preceptor nas atividades da unidade, a residente médica teve o preceptor menos disponível para orientação,



acompanhamento e resposta de dúvidas, precisando recorrer a preceptores responsáveis por outras áreas da unidade. Porém, apesar de ter sido enviado um novo preceptor à unidade, e que o mesmo contribuiu grandemente na formação pedagógica da residente em e nos fluxos da área por sua experiência em gestão, acredita-se que este aspecto negativo seria resgatado no momento em que o primeiro preceptor retornasse à função pedagógica.

A equipe mantém a avaliação de suas ações. Semanalmente, há 1 dia em que a equipe se reúne para ações de promoção em saúde, prevenção, visita domiciliar, cuidado em grupo e reunião de equipe. A partir de proposta de um ACS, os membros da equipe concordaram que uma reunião mensal duraria mais tempo, com a proposta de realizar a discussão de um caso complicado, discussão científica sobre um tema de interesse da maioria, reavaliação dos fluxos e avaliação dos programas realizados no mês.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa experiência mostrou a união da força de trabalho da equipe, que, em torno de um objetivo comum, respondeu às necessidades da área, melhorando a visão dos seus integrantes sobre o processo de trabalho e, conseqüentemente, o atendimento aos pacientes, percebido na visão do pesquisador do trabalho e na conversa com os membros da equipe. Os resultados, na medida em que surgem, também impulsionam novos movimentos por transformações da realidade.

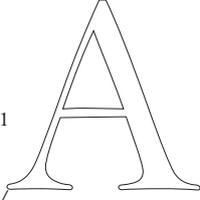
A competência individual, neste caso, foi essencial para o sucesso, pois além do comprometimento da equipe, que acatou as mudanças necessárias e a capacidade técnica da mesma, proporcionou os resultados alcançados. A liderança, capaz de mobilizar a equipe em torno de objetivos comuns, aproveitando as capacidades individuais, é parte essencial do desenvolvimento das ações na unidade de saúde.

Ao mesmo tempo, sem o olhar transdisciplinar para compreensão do mundo, compreensão dos sujeitos envolvidos, o processo teria um campo limitado, reduzido e poderia não atingir os objetivos propostos.

Portanto, para as ações na unidade de saúde, é fundamental o envolvimento de todos os trabalhadores da mesma, tornando-os conhecedores do todo, não apenas das funções específicas, integrando cada indivíduo na construção do objetivo, a partir do diagnóstico e da necessidade. Dessa maneira, é possível que, apesar das adversidades do sistema e da sobrecarga, cada participante deste processo trabalhe e “lute” para alcançar o objetivo comum almejado, o que resulta em qualidade e transformação, que aumentam a autoestima e projetam a equipe para desafios ainda maiores.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Competências para a Gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev Esc Enferm USP**, 41(Esp): 835-40, 2007.
- ANSOFF, H.I.; MC DONNELL, E.J. **Implementing Strategic Management**. Prentice-Hall, 1984.
- AZEVEDO, C.S. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. **Cad. Saúde Pública**, 8(2):129-133, 1992.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf.



BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 29 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF, 2006a. (Série E - Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648**, 298 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2006c; seção 1:21.

CHAGAS, H.M.A.; VASCONCELLOS, M.P.C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc**, v.22, n.2, p.377-388, 2013.

FLEURY, M.T.L.; OLIVEIRA JUNIOR, M.M. **Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências**. São Paulo: Atlas; 2001.

GIOVANELLA, L. A proposta de Mario Testa para o planejamento em saúde. In: GIOVANELLA, L. **Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

GRAMIGNA, M.R. **Modelo de competências e gestão dos talentos**. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da clínica. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

HAGER, P.; GONCZI, A.; ATHANASOU, J. General issues about assessment of competence. **Asses. Eval. High. Educ.**, v.19, n.1, p.3-15, 1994.

HAUPP, B. Uma metodologia gerencial direcionada para Unidades Básicas de Saúde: cultura e desenvolvimento organizacional. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, n.15, p.9-22, 2007.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABRASCO; p. 39-64, 2004.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Tomo II. Brasília: IPEA, 1996.

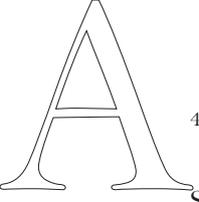
MENDES, V.L.P.S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil**. 2000. Tese (Escola de Administração) – Universidade Federal da Bahia. Salvador; 2000.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family Practice Management**, p.45-50, September 2000.

NICOLESCU, B. **La Transdisciplinarité**. Rocher, Paris, 1996.

OPS – Organização Pan-americana da saúde. **Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La Administración Estratégica**. Washington D.C., 160, 1992.



SENGE, P. A **Quinta Disciplina**. Arte e prática da Organização que Aprende. 10. ed. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 2002.

SIMÕES A.R. **Gestão Estratégica nas Organizações Públicas de Saúde**: um estudo de caso da consolidação do SUS Municipal. São Paulo, 2003. Dissertação – Centro Universitário Álvares Penteado, UNIFECAP, São Paulo, 2003.