

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NAS AÇÕES EM SAÚDE E NO
TRABALHO DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
THE STRATEGIC PLANNING IN HEALTH ACTIONS AND IN THE WORK OF THE NURSE IN
THE FAMILY HEALTH PROGRAM

Maria José de Melo Prado¹

RESUMO: O atual sistema de saúde do Brasil tem como marco teórico a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, segundo o qual a saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado. O SUS propõe uma mudança na forma de entender o processo saúde-doença das populações, integrando ações de prevenção e promoção na prática dos profissionais de saúde e tornando os serviços acessíveis a todos os cidadãos. A principal estratégia do SUS para essa mudança paradigmática é o Programa de Saúde da Família, cujo eixo são equipes multiprofissionais (Equipes de Saúde da Família – ESF), que trabalhem com área adstrita e conheçam de perto a realidade da sua população, para poder planejar ações de saúde compatíveis com suas necessidades. Essas equipes se concentram nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, instituição que na quase absoluta maioria das vezes é administrada por um enfermeiro, embora o possa ser por outros profissionais. Ao enfermeiro cabe a tarefa de gerenciar a UBS e, muitas vezes, também comandar a ESF. Entretanto, esse profissional não tem uma formação sólida em Administração, e desenvolve essa habilidade pela experimentação empírica, por erros e acertos. Sendo o Planejamento Estratégico um recurso bastante utilizado pela Administração para gerir instituições, com objetivo de melhorar seu desempenho, nossa intenção é verificar a possibilidade da sua utilização pelo enfermeiro do PSF, para acrescentar valores na sua prática profissional e contribuir para a formação da identidade do enfermeiro como profissional competente e imprescindível para a solidificação do SUS como um sistema funcional e equânime. Esse trabalho constitui-se um estudo de caso, em que a realidade percebida é analisada à luz das teorias utilizadas para explicá-la. Ao final, concluímos que o Planejamento Estratégico, pela sua conceituação, não pode ser aplicado à realidade de uma UBS, mas pode oferecer suporte para proposição e implementação de ações que busquem melhorias na prática do profissional que atua nesse contexto.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família; enfermeiro; Planejamento Estratégico

RESUME: The actual Brazilian health system has as a theoretical mark the Constitution of the Federative Republic of Brazil from 1988, which established

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Administração Hospitalar pela mesma instituição. Especialista em Saúde Coletiva e em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Filadélfia – UniFil. Enfermeira de PSF na Autarquia Municipal de Apucarana - PR.

the Unique Health System – SUS, according to health is a right of every citizen and a obligation of the State. SUS proposes a change in the way of understanding the population health-disease process; it integrates prevention and promotion actions in the practice of the health professionals and making the services accessible to every citizen. The main SUS's strategy for this paradigm change is the Family Health Program, whose the pivots are the multiprofessional teams (Family Health Team – ESF), whom work with restrict area and closely know the reality of its population, so will be able to project consistent health actions with it's necessity. Those teams are concentrated in the Basic Health Unit – UBS, an institution that in the most of the time is managed by a nurse, even so it can be done by other professionals. To the nurse is due the task of manage the UBS and, many times, to command the ESF also. However, this professional doesn't have a solid formation in Administration, and this ability is developed by practical experimentation, by mistakes and adjustment. The Strategic Planning is a resource extensive used by the Administration to manage institutions, with the purpose of improve its performance, our intention is to verify the possibility of its utilization by the nurse of the PSF, to increase value in the professional practice and to contribute to the identity formation of he nurse as a capable professional and indispensable to the solidification of the SUS as a functional and fair system. This work constitutes a study of case which the perceived reality is analyzed with the theoretical information to explain it. At the end, we have concluded that the Strategic Planning, by its valuation, can not be applied to the reality of an UBS, but can offer support to the proposition and actions implementation that seek to improvement in the professional practice that gives activity in these context.

Key-word: Family Health Program; nurse; Strategic Planning.

1.Introdução.

Assim como nas instituições as decisões são tomadas em diversos níveis, no Sistema Único de Saúde também é assim. Cada esfera de poder tem atribuições pré estabelecidas e é responsável por administrar setores específicos. De um modo em geral, a responsabilidade divide-se entre as esferas Federal, Estadual e Municipal:

- Federal: elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; co-financiar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as bases de dados nacionais;
- Estadual: acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações inter-municipais; coordenar a execução das políticas de

qualificação de recursos humanos em seu território; co-financiar as ações de atenção básica; auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território;

- Municipal: definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); co-financiar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Neste caso, o planejamento estratégico acontece em nível Federal, o tático em nível Estadual e Municipal e o operacional nas suas unidades executoras, como as Unidades Básicas de Saúde - UBS. Existem, entretanto, outras divisões com o objetivo de compartilhar responsabilidade para garantir a efetivação das ações propostas pelo SUS.

Por exemplo, o nível federal, representado pelo Ministério da Saúde, liga-se a secretarias, tais como a Secretaria Executiva – SE, que auxilia o Ministro da Saúde na supervisão e coordenação das atividades das demais Secretarias do Ministério da Saúde, supervisiona e coordena as atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e orçamento; de organização e modernização administrativa; de contabilidade; de administração financeira e de recursos humanos; de informação e informática; e de serviços gerais; assessora o MS na formulação de estratégias de colaboração com organismos internacionais e supervisiona e coordena as atividades relativas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS.

Outras secretarias são a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, formada pelos departamentos de Atenção Especializada; de Regulação, Avaliação e Controle; de Atenção Básica; e de Ações Programáticas Estratégicas; a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, que fortaleceu e ampliou as ações de Vigilância Epidemiológica. Com sua criação, as atividades antes desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da

Fundação Nacional de Saúde, passaram a ser executadas pela SVS. Entre suas ações, incluem-se os programas nacionais de combate à dengue, o Programa Nacional de Imunização - PNI, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o controle de zoonoses, combate a doenças como tuberculose, hanseníase, hepatites virais, DST e Aids.

Outros exemplos são a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP (formula e implementa a política de gestão democrática e participativa do SUS), a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE (formula, implementa e avalia a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde). Além disso, também formula, implementa e avalia as Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas e imunobiológicos.

Além disso, existem outras instâncias deliberativas, tais como a Comissão Intergestores Tripartite, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Os municípios, por sua vez, unem-se em Regionais de Saúde -RS, órgão que agrega um determinado número de municípios e cuja finalidade é garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população, competindo-lhe:

- I - implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional;
- II - assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões;
- III - coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional;
- IV - promover articulações interinstitucionais;
- V - executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional;
- VI - implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região.
- VII - exercer outras atividades correlatas (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

O Estado do Paraná possui 22 Regionais de Saúde, cujas sedes são respectivamente nos municípios de Paranaguá, Região Metropolitana, Ponta Grossa, Irati, Guarapuava, União da Vitória, Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Cascavel, Campo Mourão, Umuarama, Cianorte, Paranavaí, Maringá, Apucarana, Londrina, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã. Apucarana, cidade onde localiza-se a Unidade Básica de Saúde estudada, é sede da 16ª Regional, que absorve os seguintes municípios: Apucarana, Araongas, Califórnia, Cambira, Jandaia do Sul, Marilândia do Sul, Marumbi, Novo Itacolomi, Rio Bom e Sabáudia.

Os municípios pertencentes têm em comum a localização geográfica e estabelecem acordos de cooperação. À Regional de Saúde cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais. As RS têm autonomia para definir suas políticas, dentro das políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Ou seja, existem vários níveis de governo, podendo haver então vários níveis de planejamento estratégico, sendo a Unidade Básica de Saúde o ponto final.

Retomando Chiavenato (1994), para quem o Planejamento Estratégico possui como características ser projetado a longo prazo, em termos de efeitos e conseqüências, podemos traçar um paralelo com o Sistema Único de Saúde - SUS, proposta inicial que contém a Estratégia de Saúde da Família. O SUS foi estabelecido tendo como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, resolutividade, regionalização e hierarquização e participação popular. Seu objetivo é proporcionar assistência à saúde com qualidade, para todos os cidadãos, além de realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

Para alcançar sua finalidade, o SUS utiliza como ferramentas programas e estratégias, que são pensados no âmbito do Ministério da Saúde e desenvolvidos pelos Estados e Municípios, por meio das Regionais de Saúde. Esses objetivos envolvem melhorias nas condições de vida e de saúde da população com metas projetadas a longo prazo. Os Estados e Municípios, por sua vez, projetam metas dentro da sua realidade e contexto. Estas são ao mesmo tempo subordinadas e integradas às do Ministério da Saúde, de modo

que existem ações coordenadas, em diferentes níveis, para obtenção de objetivos comuns.

Dentro dos Municípios, as atividades em saúde ficam sob responsabilidade da Secretaria de Saúde, que por sua vez se dividem em departamentos, tais como Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Programa de Saúde da Família e outros. Mais uma vez, existe o trabalho conjunto para alcance de metas comuns.

Outra característica do PE seria, para Chiavenato (1994), estar sujeito às incertezas a respeito dos eventos ambientais, pois a qualquer momento um ou mais fatores externos podem ocupar temporariamente um papel de influência propulsora ou restritiva sobre as atividades da instituição. Quando se trata da saúde, diversos fatores influenciam no processo de viver, adoecer e morrer de uma população, sendo o produto final disso a representação das condições de saúde dessa sociedade.

Questões sociais, tais como investimentos em setores ou regiões, condições de moradias, acesso a saneamento; questões políticas, como a alternância dos partidos no poder, e eventos adversos, tais como epidemias, são eventos ambientais que interferirão diretamente sobre as decisões tomadas no âmbito do PE.

Outra característica citada por Chiavenato (1994) é o fato de envolver a instituição como um todo. As políticas do SUS envolvem todas as estruturas e níveis de poder, desde os altos escalões de poder até a sua base. Elas se iniciam no Ministério da Saúde e se concretizam ao longo da cadeia, terminando em ações no elo final, que é o Programa de Saúde da Família.

Outro autor importante é Rebouças (1999), para quem o Planejamento Estratégico possui quatro fases de implantação:

1. Diagnóstico estratégico: nessa fase, a instituição deve determinar “como se está”, por meio da identificação da visão (o que se consegue enxergar dentro de um período de tempo longo e abordagem ampla), que os membros da instituição possuem desta. Nessa fase, também se faz análise da conjuntura externa (ameaças e oportunidades, fatores não controláveis) e interna, sendo que esta identifica os pontos fortes e fracos (fatores controláveis) da instituição e analisa os concorrentes.

No caso da saúde, a análise é feita comparando-se os padrões do país, do Estado, municípios ou regiões, com parâmetros internos ou externos, estes últimos normalmente definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) – esta com parâmetros mais próximo da nossa realidade, estabelecendo-se metas que sejam possíveis de serem cumpridas, dadas as particularidades demográficas, sociais e econômicas do Estado, região, município, etc.

2. Missão da instituição: nessa fase, estabelece-se o motivo central do planejamento estratégico, ou seja, “onde a instituição deseja ir”, os propósitos atuais e potenciais, armazenando todas as informações possíveis sobre os propósitos atuais e futuros e se estabelecem macroestratégias e macropolíticas.

O SUS tem como missão:

a) vigilância em saúde: atos e procedimentos que visem o diagnóstico precoce e a monitorização de grupos de riscos, visando intervir no controle dos riscos e redução dos danos à saúde, evitando sua disseminação e evolução; ações de vigilância sanitária relacionadas a produtos, serviços, alimentos, meio ambiente, que visem a prevenção e controle de riscos à saúde; ações de vigilância epidemiológica relacionadas a notificação de danos e monitorização de grupos de riscos, visando a prevenção e controle dos danos à saúde;

b) atenção em saúde: atos e procedimentos que visem a recuperação do dano à saúde; ações de diagnóstico e tratamento dos portadores de dano à saúde (doença e agravo); assistência integral e resolutiva, ambulatorial, pré-hospitalar, hospitalar e domiciliar, nos diferentes níveis de complexidade;

c) promoção da saúde: atos e procedimentos resultantes de ações intersetoriais que gerem mudanças na estrutura e no processo dos fatores condicionantes da ocorrência do dano à saúde; ações de melhoria das condições de vida e trabalho; intervenção nos fatores sócio-econômicos e de infraestrutura que visem mudanças no modo de vida; intervenção nos fatores comportamentais (hábitos) através de estratégias educativas que visem mudanças no estilo de vida.

Assim, as ações para atingir a missão estabelecida dividem-se em vários níveis, desde micro, que envolve poucos recursos financeiros e humanos, como realizar pré natal das gestantes em uma UBS de determinada região de uma cidade qualquer, até macro, políticas de habitação e saneamento básico.

Para cumprir os objetivos estabelecidos por essa missão, existe a necessidade do trabalho conjunto entre diferentes secretarias. Não é possível ter bons indicadores em saúde em uma população que mora de forma precária, sem saneamento básico, por exemplo. Assim, a ação deve ser coordenada entre A Secretaria de Habitação e Secretaria de Saneamento, para construir moradias que ofereçam condições de habitação; deve ser acionada também a Secretaria de Meio Ambiente, para autorizar a construção naquele biosistema, assim como a Secretaria de Energia para instalação de terminais receptores da transmissão da energia elétrica. É, portanto, uma ação de grandes proporções, que envolve grandes investimentos financeiros.

Outro exemplo são as ações de combate ao tabaco, já que o tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. O total de mortes causadas pelo uso do tabaco é 4,9 milhões por ano, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER).

Desde 1986, com a criação do O Dia Nacional de Combate ao Fumo, diversas políticas antitabagistas foram criadas, como campanhas na mídia, a obrigatoriedade das indústrias produtoras em alertar sobre os malefícios do fumo nas embalagens de cigarro. Hoje, existe tratamento, disponível no SUS, para quem deseja abandonar a dependência do cigarro.

Percebemos, então, que há um grande esforço no sentido de prevenir os malefícios causados pelo fumo, que soa um problema de saúde pública e consomem grande parte dos recursos disponíveis para a saúde. Estes esforços vão ao encontro da missão proposta pelo SUS, de diagnóstico precoce e monitorização dos grupos de risco. O tema da campanha contra o tabaco de 2007, por exemplo, é "Ambientes Livres de Tabaco", que visa alertar a população para os perigos da exposição à fumaça ambiental do tabaco,

também conhecida como tabagismo passivo, pois este também é responsável por milhares de mortes no mundo.

3. Instrumentos Prescritivos e Quantitativos: nessa fase, estabelecem-se metas, desafios e objetivos; estratégias e políticas funcionais; e estabelecem-se projetos e planos de ação.

Para ilustrar como isso acontece na área da saúde, usaremos como exemplo a erradicação da poliomielite do Brasil - doença viral que causa paralisia muscular, principalmente nos membros inferiores. O MS investe recursos na vacina contra essa doença e repassa aos municípios, em um processo intermediado pelas Secretarias de Saúde Estaduais. Os municípios desenvolverão estratégias para que a vacinação alcance a meta proposta pelo MS, que é vacinar 100% da população com idade até 5 anos.

4. Controle e Avaliação: nessa fase, avalia-se a situação, fazendo as correções necessárias, se preciso for. Retomando o exemplo citado na questão anterior, as vacinações sistemáticas contra a poliomielite foram introduzidas na rotina dos serviços de saúde pública do Brasil em 1960, na cidade de Petrópolis (RJ), mas não obtiveram o efeito esperado. Os principais motivos foram a curta duração da validade da vacina, que necessitava ser aplicada dentro de uma semana após ser envasada, e o fato da sua importação não ser feita apenas pelo governo federal, mas também de maneira direta, por alguns estados, o que dificultava o controle adequado da qualidade de todas as vacinas adquiridas (SCHATZMAYR, 2002).

Em 1971, na tentativa de interromper a transmissão da doença, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional de Controle da Poliomielite, que também não obteve o sucesso esperado, pois quase todos os estados brasileiros notificaram surtos de poliomielite no período de 1975 a 1979.

Assim, estabeleceu-se um novo plano de ação para o período de 1980 a 1984, cuja base era a criação de dois dias nacionais de vacinação em massa, objetivando interromper a circulação do vírus selvagem, pela ampla disseminação do vírus vacinal em todo país. Pelo fato de 91,5 % dos casos de poliomielite ocorrerem em crianças abaixo de quatro anos de idade, todas as

crianças dentro dessa faixa etária foram convocadas a receber a vacina, mesmo que já estivessem imunizadas.

Os dias nacionais de vacinação mobilizaram grandes segmentos da sociedade e alcançaram enorme êxito. Entre outubro de 1980 e setembro de 1982, observa-se o registro de apenas oito casos em média por mês, quando a incidência de 1975 a 1980 alcançou entre cem a quinhentos casos mensais (SCHATZMAYR, 2002). Em 1994, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o certificado de interrupção da transmissão dos vírus selvagens da poliomielite no Brasil, confirmando a conclusão da comissão nacional que havia anteriormente declarado o país livre desses vírus. A imunização contra a doença ainda é feita, pela existência do vírus selvagem no Brasil a partir dos continentes e africano e asiático.

Esse exemplo ilustra a utilização da etapa de avaliação e controle do Planejamento Estratégico dentro da saúde, e mostra como essas etapas são imprescindíveis para manter ou traçar novos caminhos. Uma das mais recentes ações do MS é uma pesquisa sobre coberturas vacinais, que pretende, até o final do ano de 2007, obter dados consistentes sobre a vacinação em crianças nas capitais e no Distrito Federal. Ao final da pesquisa, os gestores federal, estaduais e municipais terão informações e análises apuradas sobre a realidade dos níveis de cobertura vacinal, o que fornecerá subsídios para novas estratégias de vacinação (portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias).

Para Chiavenato (1994) o Planejamento Estratégico possui as seguintes etapas:

1. Determinação dos objetivos: lucro, expansão da empresa, segurança ou autonomia. No caso do Programa de Saúde da Família, principal estratégia do SUS para a assistência à saúde no Brasil, o objetivo do MS foi sua expansão para todas as regiões do país, o que garantiu sua autonomia, sustentabilidade e permanência, mesmo em período politicamente conflituosos.

Dados no Ministério da Saúde mostram como o PSF foi ampliando sua cobertura e ganhando força ao longo dos anos. Em 2003, o total de Equipes de Saúde da Família implantadas era de 19 mil, representando uma cobertura populacional de 35,7%, com investimento de R\$1.662,80 bilhões. Já em 2006, o total de Equipes de Saúde da Família implantadas foi de

26.729, com cobertura de 46,2% da população e investimentos de R\$ 3.248,50 bilhões (dtr2004.saude.gov.br/dab)

Atualmente, o PSF existe de forma independente dos partidos políticos que ocupam o poder, graças ao investimento em recursos financeiros e humanos feitos para sua implantação. É pauta política dos gestores públicos, o que demonstra o alcance das suas ações.

2. Análise ambiental: reconhecimento do ambiente externo, com suas necessidades, oportunidades, recursos disponíveis, dificuldades, coações e contingências inevitáveis e incontroláveis, para ter condições de adotar comportamentos proativos em relação e esses fatores. Deve considerar também os objetivos das demais organizações, tendências atuais e potenciais.

Podemos demonstrar como essa análise acontece na saúde citando o exemplo da dengue, considerada um dos principais problemas de saúde pública no mundo, inclusive no Brasil. A dengue é uma doença infecciosa aguda de curta duração, de gravidade variável, causada por um arbovírus. É transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti* infectado, encontrado em áreas tropicais e subtropicais do mundo, pois as condições do meio ambiente favorecem seu desenvolvimento e proliferação. Sabendo-se que as epidemias (número de casos da doença acima do índice esperado para determinado período e lugar) geralmente ocorrem no verão, durante ou imediatamente após períodos chuvosos, o Ministério da Saúde desenvolve ações que visam prevenir o aparecimento da doença.

Assim, campanhas divulgadas pela mídia e intensificação das ações dos agentes responsáveis pela fiscalização dos domicílios, que procuram pela existência de focos do mosquito, são as armas mais utilizadas nessa estratégia, operacionalizada nos mais diversos níveis.

Fatores adversos e contingências inevitáveis e incontroláveis, como chuvas abundantes no período do verão, pois o mosquito utiliza água limpa e parada para colocar seus ovos, obrigam o MS a desenvolver ações defensivas, intervindo sobre possíveis futuros focos. Já a educação permanente para profissionais de saúde e sociedade caracteriza-se como ações proativas, pois interfere nos fatores de risco antes mesmo do seu aparecimento.

A análise ambiental pode envolver variáveis e fatores: a) tecnológicos (custo, disponibilidade, mudanças, novos produtos); b) políticos (decisões governamentais nos níveis federal, estadual e municipal que pode afetar as atividades da instituição), c) econômicos (economia em recessão ou prosperidade, tendência de preços, políticas fiscais ou monetárias); d) Legais, facilitadores (incentivos fiscais) ou dificultadores (legislação sobre salários e controles de preços, condições de trabalho); e) sociais (qualidade de vida almejada, padrões de conforto, costumes); f) demográficos (densidade populacional, distribuição por idade ou sexo); g) ecológicos;

3. Análise interna da organização e de seus recursos: financeiros/contábeis, mercadológicos, produtivos e humanos, que revelará as potencialidades e vulnerabilidades da instituição. Na atenção básica em saúde, que tem como porta de entrada para o sistema o Programa de Saúde da Família, um dos pontos fracos, que afetam toda a organização, é a dificuldade de se encontrar profissionais qualificados para atuar na área de Saúde Coletiva, que exige um perfil diferenciado pela singularidade do serviço.

4. Geração, avaliação e seleção de alternativas estratégicas, que podem ser defensivas, ofensiva ou prospectiva, analítica e reativa. Esse planejamento consiste na tomada antecipada de decisões, antes da ocorrência da ação. Retomando o exemplo acima, o MS, ao identificar esse fator, que poria em risco a implantação das suas estratégias, investiu na capacitação dos seus profissionais, por meio de cursos e programas, como o PROFAE, cujo objetivo é:

executar uma política pública de capacitação de recursos humanos, abrangente e duradoura, adequada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), sintonizada com as inovações no campo da educação profissional e flexível, no que diz respeito às diversidades regionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Esse programa abrange os cursos de Formação Pedagógica para a especialização de Enfermeiros; a Modernização e Criação de Escolas

Técnicas de Saúde do SUS; a elaboração e implantação de um Sistema de Certificação de Competências Profissionais; e a implementação de um Sistema de Informação sobre o Mercado de Trabalho em Saúde, com foco em Enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

5. Implementação por meio dos planos tático e operacional.

É nessa etapa que analisaremos a participação das Unidades Básicas de Saúde e do Programa de Saúde da Família, pois é nesse ambiente que os programas e projetos do MS e das Secretarias Estaduais se concretizam. Ou seja, aquela meta de se erradicar a poliomielite no Brasil se concretiza na ação dos profissionais de enfermagem, tanto de nível médio quanto superior, dos médicos e dos Agentes Comunitários de Saúde, seja nas duas etapas anuais da campanha, seja no cotidiano, quando se faz a busca ativa das crianças que estão com doses da vacina em atraso.

O PLANEJAMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Sabe-se que, conceitualmente, o Planejamento Estratégico é desenvolvido nos níveis hierárquicos mais elevados. Portanto, para sermos coerentes com as teorias utilizadas na formulação desse trabalho, não poderíamos chamar de Planejamento Estratégico o plano de ação desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde, visto que estas são decididas em âmbito local e estão vinculadas ao profissional que as formula e não à instituição, sendo então sujeitas ao abandono se houver troca da coordenação da Unidade Básica de Saúde.

O modelo desenvolvido segue a estrutura dos modelos propostos para o PE, apenas para fins de disposição das idéias. Para proporcionar uma visão do contexto em que está inserido o Programa de Saúde da Família, faremos uma síntese da sua concepção e implantação. Ressaltamos que estamos nos referindo a políticas públicas, que não são, no nível de governabilidade da autora deste trabalho, regidas pela lógica mercadológica, embora o possa ser um plano mais amplo:

HISTÓRICO - SÍNTESE:

Mudança do modelo da assistência à saúde no Brasil, formalizado pela Constituição de 1988, que oficializou o Sistema Único de Saúde - SUS, e instituiu a saúde como dever do estado e direito do cidadão. Até então, a assistência médica ao cidadão se subordinava ao vínculo empregatício formal. Desempregados, donas de casa e profissionais liberais não tinham garantia de assistência, precisando recorrer às entidades de saúde filantrópicas. O Programa de Saúde da Família, iniciado em 1994, foi a principal estratégia do SUS para a implantação desse novo modelo.

MISSÃO - DEFINIÇÃO DO NEGÓCIO:

“Saúde como direito de todos e dever do Estado”

ANÁLISE DO MACRO-AMBIENTE - PONTOS-CHAVE:

Sistema de saúde que privilegiava as práticas curativas, excludente e de difícil acesso à população, principalmente a mais desfavorecida em termos sócio-econômicos e culturais. Corpo biológico tratado de forma isolada do social, sem ações de integração.

ANÁLISE DO MERCADO - PONTOS-CHAVE:

Grande parcela da população sem acesso à assistência médica
Índices de mortalidade infantil (MI) e mortalidade materna (MM) acima dos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
Ênfase na prática curativa e hospitalar, com uso de tecnologias caras e equipamentos importados.

ANÁLISE DO NEGÓCIO - PONTOS-CHAVE:

Ênfase na prevenção da saúde;
Acompanhar o usuário em todas as fases da vida, desde o nascimento até o envelhecimento;
Fácil acesso à população
Práticas em saúde que exigem baixo investimento tecnológico

ANÁLISE DA CONCORRÊNCIA - PONTOS-CHAVE:

Setor privado da saúde que luta para manter os clientes: reserva de mercado;
Boicote do sucesso alcançado pelo SUS pelos meios de comunicação, a serviço das grandes empresas farmacêuticas e médicas;
População atendida e beneficiada pelo SUS não tem voz socialmente ativa

OBJETIVOS - SÍNTESE:

Proporcionar assistência à saúde de forma integral, equânime e universal, com qualidade, de forma humanizada, com profissionais capacitados, sendo que 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos no nível da Unidade Básica de Saúde. O restante deve ser resolvido por meio de um sistema hierarquizado de referência e contra-referência.

ESTRATÉGIAS - SÍNTESE:

Programa de Saúde da Família: equipes minimamente formadas por enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e agentes comunitários de saúde, que têm um território adstrito e são responsáveis, juntamente com a comunidade, em melhorar sua qualidade de vida e suas condições de saúde.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO**CENÁRIO NACIONAL (2007)**

O Programa de Saúde da Família está implantado há 13 anos. Firmou-se como evento independente das flutuações políticas.

OPORTUNIDADES:

Programa faz parte do cotidiano do brasileiro;
Apresenta realizações significativas: diminuição nos índices de MM e MI, aumento da cobertura vacinal;
Apresenta-se como plataforma política - pauta política dos gestores públicos.

AMEAÇAS:

Precarização do trabalho;
Desvios de verbas;
Lei de Responsabilidade Fiscal;
Falta de preparo dos gestores.

CENÁRIO MUNICIPAL (2007)

Implantação do PSF desde

OPORTUNIDADES:

Parte da população conhece e usa os serviços oferecidos pelo PSF;
Desprecarização do trabalho, com realização de concurso público municipal;
Valorização dos enfermeiros, com salários superiores à média: presença de profissionais capacitados;
Investimento da coordenação do PSF na educação continuada dos profissionais da rede;

AMEAÇAS:

Desconhecimento da população sobre o fluxo do serviço: uso inadequado dos recursos;
Falta de preparo dos médicos como generalistas: excesso de encaminhamentos para especialistas, o que gera longas filas de espera;
Lei de Responsabilidade Fiscal;
Falta de preparo dos gestores: nomeação por fatores políticos e não por competência técnica;
Estruturas físicas inadequadas para as UBS;

CENÁRIO LOCAL: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (2007)

Unidade Básica de Saúde desde 1987.

OPORTUNIDADES:

População conhece e usa os serviços oferecidos pelo PSF: bom vínculo com os profissionais de saúde;
Presença de profissionais capacitados e comprometidos;
Estrutura física privilegiada, construção foi específica para UBS;
Bairro antigo, com saneamento básico, rede elétrica e maioria das construções em alvenaria, ausência de favelas e assentamentos;
Famílias estruturadas de forma convencional: casal e filhos.

AMEAÇAS:

Desconhecimento da população sobre o fluxo do serviço;
Falta de preparo dos médicos como generalistas: excesso de encaminhamentos para especialistas, o que gera longas filas de espera;
Médicos com perfil inadequado para PSF: pouca resolutividade das necessidades da população;

FORMULAÇÃO DO PLANO TÁTICO

OBJETIVOS: Estes objetivos serão formulados a partir de dois programas desenvolvidos dentro da UBS, preconizados pelo MS e que fazem parte da política governamental federal: o Programa de Combate à Hipertensão Arterial e o programa de Combate ao Diabetes *mellitus*:

1. Programa de Combate à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): a HAS é considerada problema de saúde pública, estando associada a altos índices de internações hospitalares, procura por pronto-atendimento, gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular.

- Ações realizadas atualmente pela UBS:

a) Cada usuário que tem diagnóstico médico HAS e inicia tratamento medicamentoso é cadastrado em um livro-controle e recebe um número (exceto aqueles que utilizam medicação que não faz parte da farmácia do SUS ou aqueles que manifestam intenção de comprar a medicação). Têm seus dados de identificação anotados em uma ficha que fica na UBS, arquivadas em ordem numérica, e recebe uma carteira de controle, que deverá apresentar cada vez

que for retirar a medicação. Tanto a ficha controle quanto a carteira são fornecidos pelo MS;

b) fornecimento de medicação antihipertensiva, pela equipe de enfermagem, para os usuários cadastrados, sendo anotadas tanto na ficha controle quanto na carteira as medicações fornecidas e a respectiva data em que isso ocorreu;

c) controle mensal da Pressão Arterial (PA) dos usuários cadastrados:

c.1) em caso de valores de PA até 140/90 mmHg (considerado pelo MS como o valor limítrofe entre uma PA normal e uma HAS leve), usuário é orientado a retornar no próximo mês;

c.2) em caso de valores de PA superiores a 140/90 mmHg, o usuário é orientado a fazer controle diário da PA na UBS, por uma semana, registrando-se por escrito os valores obtidos. Se a PA continuar elevada, passará por consulta médica para readequação da medicação. Esse procedimento também é utilizado para usuários sem diagnóstico de HAS, quando se detecta, pela verificação da PA, valores acima de 140/90 mmHg;

d) orientação individual sobre fatores agravantes da HAS: tabagismo, uso de álcool, dieta com excesso de sal, obesidade, sedentarismo;

e) orientação individual sobre os riscos da HAS: infarto, Acidente Vascular Cerebral (AVC);

f) atividade física orientada por fisioterapeuta duas vezes por semana;

- Pontos fracos:

a) não há controle efetivo para verificar se todos os usuários que usam medicação compareceram à UBS dentro de cada mês. Assim, é possível que alguns

abandonem o tratamento e que esse abandono não seja identificado;

b) não existe Grupo de HAS, com reunião periódica dos hipertensos, como preconizado pelo MS;

c) ausência de estudo comparativo sistematizado de médio prazo, para acompanhar a evolução da doença nessa população e estabelecer novas estratégias de assistência;

d) as duas enfermeiras que coordenam a UBS têm perfis profissionais diferentes e diferentes graus de comprometimento com o trabalho. Estando no mesmo nível hierárquico, e comandando diferentes equipes, aquela com menor grau de comprometimento dificulta a implantação de estratégias de controle interno da UBS, à medida que influencia os membros de sua equipe;

e) falta de quaisquer formas de auxílio financeiro por parte da coordenação do Programa de Saúde da Família, para fornecimentos de lanche (para ser servido durante os encontros com os usuários), o que é uma fonte de motivação para seu comparecimento;

f) falta de disponibilização de recursos audiovisuais pela coordenação do Programa de Saúde da Família;

g) usuários diagnosticados como hipertensos cadastrados na UBS mas não no sistema do Ministério da Saúde (chamado HIPERDIA, que trabalha com dados referentes à HAS e Diabetes *mellitus*). Esse cadastro do MS, que requer obtenção de informações referentes a endereço, documentação e outros dados pessoais, é feito pelos ACS, que dependem da equipe da enfermagem para informar os novos casos. Depois do cadastro pronto, é enviado à coordenação do PSF para inserção no sistema nacional. Não há uma forma sistematizada de comunicação dos novos casos para os ACS;

h) falha na captação e envio de dados para a alimentação do programa do MS, por falta de controle sistemático de obtenção de dados dentro da UBS;

i) doença de difícil controle, por ser assintomática e requerer mudanças de hábitos (alimentares, abandono do cigarro e do álcool), por parte dos portadores. Crença de que somente o tratamento medicamentoso surtirá efeito;

j) abandono do tratamento, sem orientação médica, quando a PA está estabilizada, pois o uso diário de medicação exige disciplina.

- Pontos fortes:

a) bom vínculo entre profissionais de saúde da UBS e usuários: estes têm boa referência da UBS e confiam nos seus profissionais;

b) prática de grupos presente na comunidade, pois a maior dificuldade é trazer os usuários para participarem destes;

c) equipe comprometida com o trabalho, maior facilidade de convencimento.

- Ações a serem implantadas. Tempo previsto para a primeira avaliação: seis meses.

a) estabelecer controle dos usuários de medicação antihipertensiva por meio de uma técnica de separação mensal das fichas controle dos usuários que compareceram naquele mês. Ao final do mês, verificação das fichas dos usuários que não compareceram e comunicação aos ACS responsáveis por aquele paciente;

b) busca ativa desses usuários em seus domicílios pelos ACS, para averiguar o motivo da desistência do tratamento: se necessário, visita domiciliar da enfermagem para orientar usuário;

c) formação de grupos:

c.1) reuniões prévias com a equipe de saúde, para estabelecer data, local, forma de convite aos usuários;

c.2) agendar local (salão da Igreja católica do bairro);

c.3) convidar palestrante; médico, farmacêutico, nutricionista, enfermeiro, e discutir tema, que deve estar voltado para a HAS, tratamento etc. O assunto deve ser abordado sem excessivo uso de termos científicos, para que seja compreensível para a assistência, formada em sua maioria por idosos de baixa condição sócio-econômica.

d) controle sistemático da evolução da doença na comunidade, dentro de um período equivalente a seis meses:

d.1) obtenção de dados referentes à PA dos usuários cadastrados durante o grupo de atividade física coordenado por fisioterapeutas. Essa busca será realizada pelos ACS;

d.2) anotar valores em planilhas de controle, o que será feito pelos ACS;

d.3) levantar índices de abandono de tratamento, a partir dos dados obtidos pelo item “a”, o que será realizado pela enfermeira autora desse estudo;

d.4) utilizar os índices obtidos para averiguar a eficácia do trabalho realizado na UBS no Programa de Hipertensão e, se necessário, discutir novas estratégias de controle;

e) regularizar a situação da alimentação dos dados do HIPERDIA, a partir do estabelecimento de um dia no mês para comunicar aos ACS sobre os novos pacientes cadastrados;

f) utilizar os dados sistematicamente obtidos, referentes ao controle mensal da PA dos usuários cadastrados para alimentar o sistema HIPERDIA;

2. Programa de Combate ao Diabetes *mellitus* (DM): o DM é uma doença de múltiplas causas, que ocorre, quando há falta de insulina no organismo ou quando esta não atua de forma eficaz, causando um aumento na taxa de glicose sanguínea, que vai se acumulando nas paredes dos vasos sanguíneos e diminuindo sua capacidade de expansão e retração, tornando-os frágeis e diminuindo o aporte sanguíneo para os tecidos, o que leva à morte celular por privação de oxigênio.

É uma doença que, quando não tratada, pode levar à morte e à incapacitação do portador, resultando em problemas cardíacos, acidente vascular cerebral e/ou insuficiência renal. Em 2004, o SUS gastou R\$ 18,7 milhões com 50 mil internações hospitalares por diabetes; estima-se que 75% dos portadores da doença no Brasil recorram ao SUS para seu tratamento (portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias).

- Ações realizadas atualmente pela UBS:

a) Cada usuário que tem diagnóstico médico de DM e inicia tratamento medicamentoso é cadastrado em um livro-controle e recebe um número. Embora a UBS não disponha de insulina para fornecer, fornece seringas e renovação da receita mensalmente, para que o usuário possa retirá-la na farmácia central do SUS do município. Tem seus dados de identificação anotados em uma ficha que fica na UBS, arquivadas em ordem numérica, e recebe uma carteira de controle, que deverá apresentar cada vez que for retirar a medicação. Tanto a ficha controle quanto a carteira são fornecidos pelo MS;

b) fornecimento de medicação antihiperlicemiante, pela equipe de enfermagem, para os usuários cadastrados, sendo anotadas tanto na ficha

controle quanto na carteira as medicações fornecidas e a respectiva data em que isso ocorreu;

d) grupo de portadores de DM se reúne mensalmente, em reuniões organizadas pela UBS. Nestas, são feitas palestras sobre diversos aspectos da doença e feito exame da glicemia capilar dos participantes. Embora os valores de referência fiquem entre 70 a 110 mg/dl, neste caso são levados em conta o histórico do paciente e o tempo da última consulta médica, pois o controle total dificilmente é conseguido e somente um exame de sangue, que só pode ser solicitado pelo médico, pode avaliar como se comportou a glicemia nos últimos meses. Se o valor estiver muito acima do padrão, é agendado um exame em jejum e, se o valor se mantiver, consulta com o clínico geral da UBS. Posteriormente, este tomará a conduta que julgar adequada, como modificar o esquema medicamentoso;

e)) orientação individual e em grupo sobre fatores agravantes da DM: alimentação incorreta, com consumo de grande quantidade de carboidratos, açúcares, poucos alimentos de origem vegetal, uso de álcool, obesidade, sedentarismo;

f) orientação individual e em grupo sobre os riscos do DM descompensado (com níveis glicêmicos elevados): Insuficiência Renal, retinopatias, pé diabético, amputação de pés e membros inferiores;

f) atividade física orientada por fisioterapeuta duas vezes por semana;

- Pontos fracos:

a) não há controle efetivo para verificar se todos os usuários que usam medicação compareceram à UBS dentro de cada mês. Assim, é possível que alguns abandonem o tratamento e que esse abandono não seja identificado;

b) ausência de estudo comparativo sistematizado de médio prazo, para acompanhar a evolução da doença nessa população e estabelecer novas estratégias de assistência;

c) as duas enfermeiras que coordenam a UBS têm perfis profissionais diferentes e diferentes graus de comprometimento com o trabalho. Estando no mesmo nível hierárquico, e comandando diferentes equipes, aquela com menor grau de comprometimento termina por dificultar a implantação de estratégias de controle interno da UBS, à medida que influencia os membros de sua equipe;

d) falta de quaisquer formas de auxílio financeiro por parte da coordenação do Programa de Saúde da Família, para fornecimentos de lanche (para ser servido durante os encontros com os usuários), o que é uma fonte de motivação para seu comparecimento;

e) falta de disponibilização de recursos audiovisuais pela coordenação do Programa de Saúde da Família;

f) usuários diagnosticados como diabéticos cadastrados na UBS mas não no sistema do Ministério da Saúde (chamado HIPERDIA, que trabalha com dados referentes à HAS e Diabetes *mellitus*). Esse cadastro do MS, que requer obtenção de informações referentes a endereço, documentação, é feito pelos ACS, que dependem da equipe da enfermagem para informar os novos casos. Depois do cadastro pronto, é enviado à coordenação do PSF para inserção no sistema nacional. Não há uma forma sistematizada de comunicação dos novos casos para os ACS;

g) falha na captação e envio de dados para a alimentação do programa do MS, por falta de controle sistemático de obtenção de dados dentro da UBS;

h) doença de difícil controle, pois requer mudanças de hábitos, principalmente alimentares, por parte dos portadores. Crença de que somente o tratamento medicamentoso surtirá efeito;

i) abandono do tratamento, pelo fato da doença ser assintomática e uso da medicação requerer disciplina.

- Pontos fortes:

a) Grupo de diabéticos existente há mais de um ano: comparecimento de pelo menos 40% dos usuários cadastrados nas reuniões mensais;

b) Bom vínculo entre usuários e equipe de saúde da UBS: confiança nos profissionais de saúde;

c) equipe comprometida com o trabalho, maior facilidade de convencimento.

- Ações a serem implantadas. Tempo previsto para a primeira avaliação: seis meses:

a) estabelecer controle dos usuários de medicação antihiperglicemiantes por meio de uma técnica de separação mensal das fichas controle dos usuários que compareceram naquele mês. Ao final do mês, verificação das fichas dos usuários que não compareceram e comunicação aos ACS responsáveis por aquele paciente;

b) busca ativa desses usuários em seus domicílios pelos ACS, para averiguar o motivo da desistência do tratamento: se necessário, visita domiciliar da enfermagem para orientar usuário;

c) manutenção dos grupos: maior divulgação na mídia (rádio local), para atrair mais participantes;

d) controle sistemático da evolução da doença na comunidade, dentro de um período equivalente a seis meses:

d.1) obtenção de dados referentes à glicemia dos usuários cadastrados durante as reuniões mensais, pelos ACS;

d.2) anotar valores em planilhas de controle, o que será feito pelos ACS;

d.3) levantar índices de abandono de tratamento, a partir dos dados obtidos pelo item “a”, o que será realizado pela enfermeira autora desse estudo;

d.4) utilizar os índices obtidos para averiguar a eficácia do trabalho realizado na UBS no Programa de Diabetes e, se necessário, discutir novas estratégias de controle;

e) regularizar a situação da alimentação dos dados do HIPERDIA, a partir do estabelecimento de um dia no mês para comunicar aos ACS sobre os novos pacientes cadastrados;

f) utilizar os dados sistematicamente obtidos, referentes ao controle mensal da glicemia dos usuários cadastrados para alimentar o sistema HIPERDIA;

CONCLUSÃO

Conforme observado ao longo desse trabalho, o Planejamento Estratégico – PE, é formado por um conjunto de conceitos pensados por vários teóricos da Administração. Ele é utilizado para sistematizar o planejamento das instituições, de forma que estabeleça um plano de metas a serem alcançadas por um período determinado de tempo, a partir da avaliação inicial da situação daquela instituição e traçando um parâmetro de onde se deseja chegar.

O PE tem como características ser projetado a longo prazo, em termos de efeitos e conseqüências, estar sujeito às incertezas a respeito dos eventos ambientais, pois a qualquer momento um ou mais fatores externos

podem ocupar temporariamente um papel de influência propulsora ou restritiva sobre as atividades da instituição e envolver a instituição como um todo.

Outra característica marcante, definidora do PE, é o fato de ser projetado nos níveis hierárquicos mais altos das instituições, e ser concretizado nos níveis tático e operacional, nos níveis subseqüentes.

A partir dessas distinções, pudemos concluir que não é possível a implantação do PE em uma Unidade Básica de Saúde - UBS, pois estas têm governabilidade limitada pela Coordenação do Programa de Saúde da Família - PSF, pelos recursos disponíveis pela Secretaria de Saúde dos Municípios, e assim sucessivamente, até o nível mais alto, representado pelo Ministério da Saúde - MS. As decisões tomadas no âmbito de uma UBS dizem respeito somente a ela e, a priori, não afetam a organização dos serviços de saúde do município em que estão inseridas. Além disso, estão mais vinculadas ao profissional que as formula que à instituição, sendo então sujeitas ao abandono se houver troca da coordenação da Unidade Básica de Saúde, já que a permanência desse profissional está sujeita aos interesses políticos locais.

Isso não significa que não seja possível estabelecer planejamento no nível da UBS, mas este não será conceituado como PE, por não se adequar às características conceituais. É plausível a utilização de alguns modelos tirados do PE, adaptando-os à uma realidade do trabalho em saúde em nível local.

Em níveis mais altos, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais, Regionais e Municipais, é possível percebermos a implantação do PE, visto que possuem secretários ou diretorias eleitas por um período de tempo pré definido, o que possibilita pensar, planejar e implementar ações a longo ou médio prazo. Frente ao sucesso alcançado pela Estratégia de Saúde da Família, o MS tem estabelecido discussões contemporâneas buscando implantar melhorias na gestão da Atenção Básica.

O MS tem buscado, então, aumentar os índices de cobertura populacional, da qualificação dos profissionais da saúde pública e da qualidade do atendimento, pois o desafio atual para as três esferas de gestão está centrado na melhoria da qualidade das ações e serviços prestados. Desde 2005, tem utilizado um instrumento de Avaliação chamado Avaliação da Qualidade da Atenção – AMQ. A Avaliação para Melhoria da Qualidade da

Estratégia Saúde da Família tem como finalidade possibilitar aos atores diretamente envolvidos a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para desenvolver o trabalho em Atenção Básica buscando aprimoramento da qualidade.

Esse programa está dirigido ao âmbito municipal e oferece instrumentos para a Gestão da Qualidade da estratégia Saúde da Família. Sua finalidade é proporcionar avaliação

(...) como um processo crítico-reflexivo permanente, que deve ser desenvolvido em co-responsabilidade pelos sujeitos da ação, como forma de subsidiar a tomada de decisão na gestão da qualidade em saúde (dtr2004.saude.gov.br/dab/publicações).

As características da AMQ são: processo auto-avaliativo, de livre adesão pelos gestores municipais, ausência de premiações ou punições financeiras ou outras relacionadas a resultados e privacidade das informações (perfil de usuário). O objetivo final é estabelecer um padrão de qualidade, ou seja, uma referência consensuada, construída a partir da observância de parâmetros técnico-científicos, em consonância com as necessidades de saúde da população e valores culturais.

Uma das finalidades desse processo é proporcionar qualificação para os profissionais de saúde no sentido de sistematizar a forma de praticar ações em saúde, por meio da implementação do Planejamento Estratégico. Podemos dizer, então, que nosso estudo vai ao encontro das discussões e preocupações que estão sendo realizadas em nível nacional para fundamentar ainda mais a relevância social, econômica e política do Sistema Único de Saúde, por meio dos seus programas, entre eles o Programa de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ALDAY, Hernan E. Contreras . O planejamento estratégico dentro do conceito de Administração Estratégica. *Rev. FAE*, Curitiba, v. 3, n. 2, p.9-16, maio/ago. 2000.

ARAÚJO, M. F. S. O Enfermeiro no PSF: prática profissional e construção de identidades. *Revista Conceitos*, 2005. Disponível em www.cchla.ufpb.br/ppgs/teses, acessado em 02/5/07.

BERNARDES, E. H. *Princípios do Sistema único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de saúde da Família, em uma cidade no Estado de Minas Gerais*, 2005. Disponível em buscatextual.cnpq.br/buscatextual/, acessado em 29/5/07.

BETHLEM, A. *Estratégia empresarial*. Conceitos, processo e Administração Estratégica. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Brasil, Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

CAMARGOS, M.A.; DIAS, A. T. Estratégia, Administração Estratégica e estratégia corporativa: Uma síntese teórica. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, V. 10, nº 1, janeiro/março 2003.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001

CASTRO, C. A. P. *Sociologia Aplicada à Administração*. 2º ed. São Paulo: Atlas: 2003.

CERTO, S. C. *Administração Estratégica: Planejamento e Implantação da Estratégia*. São Paulo: MAKRON Books, 1993.

CHIAVENATO, I. *Administração de Empresas: uma abordagem contingencial*. 3º ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

COSTA, E. A. *Gestão Estratégica*. São Paulo: Saraiva, 2002.

FISCHMANN, A . A . ; ALMEIDA, M. I. R. *Planejamento estratégico na prática*. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1991.

HOBBSAW, E. a ORIGEM DA Revolução Industrial. In: *Da Revolução Industrial inglesa ao imperialismo*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Portal Tabagismo. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> . Acessado em 12 de abril de 2010.

LAZZAROTO, E. M. *Competências Essenciais Requeridas Para o Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde*. Florianópolis: Universidade Federal De Santa Catarina, 2001.

- LEMOS, M. B. *A lógica da produtividade capitalista e suas manifestações na formação do enfermeiro*. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
- LOCKS, M. T. R. *Central de marcação de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso*, 2002. Disponível em dtr2001.saude.gov.br/bvs/ct/menc_2002, acessado em 29/5/07.
- LUZ, M. T. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática" – anos 80*, 1991. Disponível em www.opasgov.br, acessado em 29/5/07.
- MACHADO, M. H. A Profissão de Enfermagem no século XXI. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília - DF, v.52, n.4, out.dez, 1999, p.594.
- MARCON, P. M. *O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo*. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.
- MAXIMIANO, A. C. A. *Introdução à administração*. 5° ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- MENDES, E. V. O sistema único de saúde - um processo social em construção. In: MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec, São Paulo, 1996
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Saúde (www.saude.gov.br). Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm> . Acessado em 12 de abril de 2010.
- NOGUEIRA, V. A. *Reestruturação do setor elétrico: um estudo qualitativo das condições de trabalho e saúde dos eletricitários frente a privatização da CERJ*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. v,108 p.
- OLIVEIRA, E. *Toyotismo no Brasil: desencantamento da fábrica, envolvimento e resistência*. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- PAIM, J. S. e ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Rev. Saúde Pública*. [online]. ago. 1998, vol.32, no.4, p.299-316. Disponível www.scielo.br/scielo, acessado em 02/5/2007.
- PEREIRA NETO, A. F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. *Cad. Saúde Pública*, v. 11, n. 4, Rio de Janeiro, out/dez 1995. Disponível em www.scielo.br, acessado em 20/6/06
- PRADO, M. J. M. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: autonomia e reconstrução da identidade profissional. *Revista Terra e Cultura: cadernos de*

ensino e pesquisa, v. 1, n. 43, jul/dez 2006, ed. Centro Universitário Filadélfia, Londrina, PR.

REBOUÇAS, D. P. R. *Planejamento Estratégico: Conceitos, metodologia e práticas*. 13ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SCHATZMAYR, H. G. Erradicação da poliomielite no Brasil: a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* v.9 n.1 Rio de Janeiro jan./abr. 2002. Disponível em www.scielo.br/scielo, acessado em 05/10/2007.

SILVA, S. F. Medicina Social e Gestão Pública: da Teoria à Prática. Conferência apresentada no *IX Congresso Latinoamericano de Medicina Social*, Alames (Lima-Peru), em agosto de 2004. Disponível em www.conasems.org.br Acessado em 18/10/07.

SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, novembro de 1999. pp. 67-69.

TACHIZAWA, T.; REZENDE, W. *Estratégia Empresarial: tendências e desafios*. São Paulo: Makron Books, 2000.

WEBER, M. *Sociologia*. Editora Ática, 1989.

WRIGHT, P.; KROLL, M.; PARNEL, J. *Administração Estratégica: Conceitos*. São Paulo: Atlas, 2000.

Recebido em Dezembro de 2009. Aprovado em Fevereiro de 2010.