UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Karla de Souza Maldonado da Silva

INDICADORES DE SAÚDE E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Santa Maria, RS
2019

Karla de Souza Maldonado da Silva

INDICADORES DE SAÚDE E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Orientadora: Profª Drª Vânia Maria Fighera Olivo

Santa Maria, RS
2019

Karla de Souza Maldonado da Silva

INDICADORES DE SAÚDE E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Aprovado em 27 de fevereiro de 2019:

_____

Vânia Maria Fighera Olivo, Dra (UFSM)
(Presidente/Orientador)

_____

LisianeBoer Possa, Dra (UFRGS)

_____

Ana Paula Seerig, Nutr (SMS/SM)

_____

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

INDICADORES DE SAÚDE E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: Karla de Souza Maldonado da Silva
ORIENTADORA: ProfaDra Vânia Maria Fighera Olivo

O estudo tem como objetivo compreender o significado das informações em saúde no processo de planejamento em uma equipe de Estratégia de saúde da Família. Pesquisa qualitativa, participativa e interventiva que utilizou para coleta de dados a metodologia de grupo focal com 19 profissionais de uma Estratégias de Saúde da Família, no período de novembro a dezembro de 2017. A partir da análise de conteúdo emergiram tais núcleos temáticos: concepção e significados dos dados epidemiológicos e indicadores de saúde; utilizando os indicadores de saúde no planejamento de ações; e reconhecendo desafios no planejamento em saúde. O estudo possibilitou desvelar aspectos relevantes do contexto institucional da equipe em termos da compreensão da concepção, produção e processamento dos dados epidemiológicos e indicadores de saúde, bem como sua utilização no processo de planejamento. O planejamento das ações nesta equipe se mostram muito incipientes e observa-se que o modelo de gestão é um fator determinante da limitada lógica vigente. Para qualificar os processos de trabalho é relevante o entendimento sobre a necessidade de mobilizar reflexões entre os profissionais acerca dos modos de planejarem suas ações e assumirem um papel de sujeitos ativos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

HEALTH STATUS INDICATORS AND HEALTH PLANNING: PERCEPTIONS OF A FAMILY HEALTH STRATEGY TEAM

AUTHOR: Karla de Souza Maldonado da Silva
ADVISOR: ProfaDra Vânia Maria Fighera Olivo

The study aims to understand the meaning of health information in the planning process in a Family Health Strategy team. Qualitative, participatory and interventional research that used to collect data the focus group methodology with 19 professionals of a Family Health Strategies, from November to December 2017. From the analysis of content emerged such thematic nuclei: conception and meanings of epidemiological data and health indicators; using health indicators in planning actions; and identification of fragilities and proposals to overcome the challenges in the health planning process. The study made it possible to reveal relevant aspects of the institutional context of the team in terms of understanding the design, production and processing of epidemiological data and health indicators, as well as their use in the planning process. The planning of actions in this team is very incipient and it is observed that the management model is a determining factor of the limited current logic. In order to qualify the work processes, it is relevant to understand the need to mobilize reflections among professionals about the ways to plan their actions and assume a role of active subjects.

Keywords: Primary Health Care; Unified Health System; Health Profile.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**.....	8
2	**MÉTODOS**.....	9
3	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**.....	10
3.1	CONCEPÇÃO E SIGNIFICADOS DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E INDICADORES DE SAÚDE.....	11
3.2	A UTILIZAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES.....	13
3.3	O RECONHECIMENTO DOS DESAFIOS NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE..	15
4	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**.....	19
	REFERÊNCIAS.....	21

1. INTRODUÇÃO

As unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram instituídas com a finalidade de reorganizar as ações na Atenção Primária em Saúde (APS), configurando-se como a principal estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a reorientação das práticas em saúde. Tal premissa é orientada, entre outros aspectos, pelas Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS), pelos Instrumentos de Planejamento do SUS e pelos microprocessos de trabalho, destacando-se a adscrição da clientela e a apropriação do território considerando o perfil epidemiológico como balizador das ações na perspectiva da integralidade da atenção (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANNE, 2016; BRASIL, 1997; BRASIL, 2018).

Embora o trabalho das ESF esteja direcionado para práticas integrativas, ainda são muitos os desafios identificados, principalmente no que se refere ao planejamento das ações a partir do conhecimento mais efetivo da realidade das famílias, considerando, entre outros aspectos, suas características epidemiológicas. Nessa perspectiva, é necessário melhor compreender os desafios dessa mudança, que envolve, principalmente, a reorganização dos processos de trabalho à luz do planejamento das ações. Este deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Para isso, parte-se da ideia que conhecer/mapear o território, ou desenvolver um diagnóstico situacional de saúde, auxilia na avaliação e constatação das necessidades de uma população. A partir da identificação destas necessidades, pode-se pensar estratégias de intervenção visando a minimização dos agravos em saúde (KEMPER et al, 2015).

A avaliação das condições de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações decorre, em grande parte, das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Essas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde. O acompanhamento dessas experiências vem se dando por meio de metas de cobertura, produção de serviços e indicadores de impacto epidemiológico, considerando-se que há uma diferença qualitativa nos resultados, decorrente da forma como são feitas as ações de saúde e o processo de trabalho das equipes envolvidas(ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Todavia, ainda são limitados os estudos avaliando tais aspectos do cotidiano das ESF. Nesse sentido, investigar como esses profissionais se veem nessa lógica, assim como as alternativas que adotam para desenvolvimento da mesma, é de suma importância para avaliar condutas e evidenciar limitações ou maximizações encontradas no serviço e, consequentemente, nos equipamentos utilizados para isso.

Frente a esta situação, como Residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde, inseridos nas instâncias de gestão municipal, mostra-se necessário a busca de maior compreensão sobre tais processos, no sentido de desvelar essa temática, esclarecendo significados e construindo novos, contribuindo, desta forma, para a melhoria dos processos de trabalho.

Sendo assim, para este estudo, tem-se como **questão de pesquisa**: *qual a relação entre significado da produção, processamento e utilização dos dados epidemiológicos e indicadores de saúde no processo de planejamento em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família?*

O **objetivo** principal deste estudo consiste em compreender como uma equipe de Estratégia de Saúde da Família significa as informações (dados epidemiológicos e indicadores) no processo de planejamento em saúde.

2. MÉTODOS

O presente estudo tem abordagem qualitativa, participativa e interventiva, realizada no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, em uma unidade de ESF, composta por uma equipe de saúde.

Foram convidados a participar todos os profissionais integrantes da equipe ESF, composta por 19 profissionais (1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 8 Agentes Comunitários de Saúde – ACS, 1 assistente administrativo, 5 residentes e 3 acadêmicos). Todos aceitaram participar do estudo.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser profissional, residente ou acadêmico vinculado à equipe da ESF, que tivessem interesse na temática e estivessem presentes durante o tempo da pesquisa em campo. O critério de exclusão foi a ausência por motivos diversos. Não foi necessária a exclusão de nenhum participante durante o processo.

Os dados foram obtidos no período de novembro a dezembro de 2018, mediante a técnica de Grupo Focal (GF), conduzida por duas residentes, autoras deste estudo. Nesta abordagem teórico-metodológica, o conteúdo das falas foi considerado como resultado de

uma construção conjunta, que decorreu da relação entre pesquisador e participante. Portanto, a análise buscou explicitar os diversos sentidos que se tornaram possíveis neste processo(GUANAES, 2006).

O GF ocorreu no próprio serviço de saúde, em sala e horário reservados para tal atividade, totalizando 3 oficinas. Utilizou-se a Metodologia Ativa (BERBEL, 2012)para desencadear as reflexões e produções de significados dos encontros. Para tanto, utilizou-se a Espiral Construtivista (LIMA, 2017), tendo como uma das etapas as seguintes questões temáticas investigativas: Como planejam as ações da equipe em termos de prioridade? Como identificam e definem as prioridades de intervenção? Como utilizam os dados produzidos e o que fazem com os mesmos? O que entendem por indicador de saúde? O que mudou na compreensão sobre os indicadores de saúde? Como o novo olhar impactou no processo de trabalho? A produção de sentidos foi capturada a partir das tarjetas e de gravação de áudio, sendo que a primeira ferramenta foi utilizada nas outras etapas da vivência para produção de novos sentidos, alinhados ao movimento da espiral construtivista.

Para tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin (1977), a qual se desenvolveu em cinco etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados com a sua organização sistemática em unidades temáticas; e construção de inferências e interpretação das categorias significativas. A análise temática é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Essa forma de análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição possa significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Os dados obtidos permitiram a construção de três núcleos temáticos denominados: 1) Concepção e significados dos dados epidemiológicos e indicadores de saúde; 2) A utilização dos indicadores de saúde no planejamento de ações; e 3) O reconhecimento dos desafios no planejamento em saúde. Para resguardar o anonimato, as falas dos participantes foram identificadas no texto por código alfanumérico.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM (aprovado sob o parecer nº 3.022.112, CAAE nº 02153318.4.0000.5346) e também ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPeS do município de Santa Maria – RS. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a confidencialidade foi expressa no Termo de Confidencialidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados descrevem o modo como a equipe de ESF significa sua função e atuação. Serão apresentados por três núcleos temáticos, conforme os eixos que orientaram o trabalho de campo e a análise do material. Ao longo da análise, são apresentados alguns excertos das entrevistas com o objetivo de ilustrar os sentidos produzidos em torno destas temáticas.

3.1. CONCEPÇÃO E SIGNIFICADOS DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E INDICADORES DE SAÚDE

A compreensão do que é um dado epidemiológico para a equipe de saúde deste estudo tem como entendimento inicial o processo de produção da informação associado ao desenvolvimento de ações, conforme revela o fragmento a seguir.

"(...) as informações que a gente produz e acompanha aqui na área, como as visitas, os atendimentos, os grupos... e até a ata (dos grupos), acaba sendo um dado. (P4)"

Tal compreensão pode ser entendida como limitada se considerarmos que, por si só, os dados não exprimem uma determinada realidade. Para que um dado faça sentido e expresse algo, é preciso que ele seja interpretado e analisado. O dado epidemiológico é conceituado como uma sequência de símbolos quantificáveis que descrevem de forma numérica a realidade em questão(THAINES et al, 2009). Para a análise da situação de saúde, existem inúmeros dados que são relevantes e que provêm de diversas fontes. Pode-se destacar, por exemplo, dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, raça, entre outros), dados socioeconômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), dados ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo), dados sobre serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços), dados de morbidade (doenças que ocorrem na comunidade) e dados de eventos vitais (óbitos e nascimentos) (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

Apesar de ainda ser limitada a compreensão sobre o que é um dado epidemiológico, apontando para uma possível problemática não apenas local, como também nacional, percebe-se que esta equipe reconhece a necessidade de processar e analisar as informações produzidas frente ao perfil da demanda atendida pela unidade de saúde. Nesse sentido, a equipe entende

que o excesso de demanda do dia a dia, bem como a falta de sistematização da mesma, interferem na realização de ações voltadas para atender as reais necessidades do território.

"Tínhamos uma ideia do número de mulheres em idade fértil, entendíamos que a procura delas era muito grande na coleta de exame citopatológico, mas ao realizarmos uma análise mais criteriosa dos dados, identificamos que eram sempre as mesmas que vinham anualmente e tinham mulheres que nunca realizavam preventivo. (P12)"

"(...) eu acho que quem fica mais dentro da unidade pensa mais no viés de demanda que chega na unidade e quem fica mais no território, como as agentes de saúde, pensam mais nas demandas identificadas no território. (P4)"

"Tem ações que acabamos não dando tanta prioridade, mas que está no território. Isso acontece porque temos outras demandas mais expressivas que estão no nosso dia a dia, então as vezes acabamos deixando algumas ações de lado. (P11)"

Os fragmentos indicam que, para organizar e orientar o tipo de oferta de ações e serviços nos estabelecimentos de saúde, é necessário realizar uma análise da demanda da população pertencente à sua área de abrangência. A análise da situação de saúde tem como objetivo a identificação e estratificação de riscos em indivíduos e grupos expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade em cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Ao avançar nesta análise e buscar uma relação compreensiva entre dados epidemiológicos e indicador de saúde, observa-se que a equipe – mesmo não conseguindo ainda externalizar um entendimento mais claro do que é um dado epidemiológico e a importância de sua análise para definir ações prioritárias – sinaliza um saber assistemático sobre a relação destas informações com o sentido conceitual de indicador de saúde. Esse aspecto pode ser identificado no momento em que a equipe foi questionada sobre a sua compreensão a respeito dos indicadores de saúde, conforme representado nos fragmentos a seguir.

"Dados que descrevem a condição de saúde de determinada população. (P14)"

"Coeficiente e índices, mortalidade materna, mortalidade infantil. (P9)"

"Dados e ações prioritárias pelo Ministério. (P6)"

Percebe-se, então, que há uma certa sinalização sobre o conceito de indicador de saúde como uma ferramenta que permite que a equipe reconheça a condição de saúde, aspecto considerado muito agregador para um movimento de mudança de práticas.

Entretanto, atribuir significado a um determinado dado, transformando-o em um indicador, demanda um processo de compreensão um pouco mais complexo, mas que esta equipe já consegue sinalizar. Ou seja, para avaliar as condições de saúde de determinada população, foram formulados os indicadores de saúde, correspondendo a uma ferramenta que quantifica e avalia a situação sanitária de determinado local (SESI, 2010).

Assim, para pensar a respeito de indicadores de saúde, é necessário, primeiramente, conhecer a dinâmica demográfica, o perfil epidemiológico e os determinantes sociais da população a ser avaliada. Por meio desses dados, é possível a identificação dos principais problemas e agravos que acometem as famílias e que são prioridades nas ações de controle em âmbito nacional (RIPSA, 2008).

Em síntese, no que se refere ao entendimento dos dados epidemiológicos e indicadores de saúde por uma equipe de ESF, compreende-se que este processo é relevante, pois possibilita conhecer verdadeiramente a situação que se deseja modificar, estabelecer as prioridades, escolher os beneficiados, identificar os objetivos e traduzi-los em metas. Dessa forma, é possível acompanhar melhor o andamento dos trabalhos, avaliar os processos, adotar os redirecionamentos necessários e verificar os resultados e os impactos obtidos. Com isso, aumentam as chances de serem tomadas decisões corretas e de se potencializar o uso dos recursos (BRASIL, 2012).

3.2 A UTILIZAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES

A equipe reconhece a importância do planejamento das ações cotidianas e sua relação com a análise de dados num cenário de intervenção territorial de uma ESF. Nesse sentido, a equipe sinaliza o desafio da relação entre o perfil da demanda que compõe os respectivos processos de trabalho no seu cotidiano e os indicadores de saúde pactuados.

“(...) Estamos percebendo com a busca ativa por microárea que tem um número bem alto de mulheres que fazem o exame de citopatológico anual, mas também tem mulheres que nunca vieram fazer o exame. (P12)”

“Quando houve a planificação, fizemos todo um estudo. Nós, a princípio, achávamos que a maioria da população não era idosa, por isso não tínhamos essa política. E agora vimos que, colocando em prática o que foi estudado, temos um percentual de idosos bem alto. (P2)”

"Começamos a implantar a caderneta do idoso, levantamos os dados e estamos vendo que isso tem coerência, entende? Então a equipe em si está sensibilizada com isso. (P12)"

“Com a prática dos relatórios mensais com as agentes de saúde, levantamos alguns casos, como o número de hipertensos, diabéticos, pacientes crônicos, crianças menores de 6 meses que são amamentadas exclusivamente (...) (P12)”

O reconhecimento da importância da informação, pautada nos dados produzidos pela equipe, é prerrogativa básica dos princípios de regionalização e descentralização do SUS, bem como das políticas públicas de saúde, pois proporciona o desenho da realidade da população, viabilizando ações condizentes com as necessidades locorregionais e determinando as prioridades (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Nestes termos, somente após conhecer a população do território, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso, é possível realizar a caracterização e organização da demanda e das prioridades de cuidado e atenção (BRASIL, 2013). Esta tese é evidenciada nos fragmentos a seguir.

“(...) de acordo com a realidade de cada microárea, ou seja, de toda a realidade de onde está inserida a unidade. As microáreas diferem umas das outras, então temos que planejar conforme a necessidade de cada microárea para abranger toda a realidade, da área total. (P2)”

“O passo seguinte da implementação da caderneta foi a análise dos dados produzidos pelo uso dela. É um passo baseado em perfil epidemiológico que quando a gente produziu dado, analisou dado e com isso realizamos o encontro do idoso com falas e capacitações. (P14)”

Assim, com a análise dos dados, evidencia-se que, para efetivar este processo de forma planejada, a aplicação dos indicadores de saúde é considerada uma das mais relevantes ferramentas, pois tem como finalidades: a orientação de tomada de decisões; a avaliação de desempenho da APS; o monitoramento de alterações ao longo do tempo e variações entre territórios; e, ainda, a identificação oportuna de melhorias de saúde e bem-estar da população (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017). Os fragmentos a seguir corroboram tais prerrogativas:

"(...) Através dos dados, eu vejo o que aumentou, por exemplo, na minha área, o número de diabéticos e o que eu tenho que planejar e trabalhar pra prevenir que mais pessoas se tornem diabéticas, então dá pra promover saúde também. (P10)"

"(...) A partir do dado analisado, a equipe conhece melhor o território, ela consegue pactuar entre todos as demandas que são mais importantes para então planejar as ações. Esse diálogo é feito na reunião de equipe. (P4)"

"Pegamos o contexto que vem na unidade, o contexto da realidade e mesclamos com as reuniões de equipe... Assim definimos as metas. (P3)"

Fica explícito, nas falas dos profissionais, o valor do dado analisado para subsidiar o planejamento mais efetivo. A equipe percebe o sentido do dado no território, e a identificação do perfil epidemiológico serve de subsídio para o planejamento.

Segundo Vieira(2009), o planejamento é vital para que se alcancem os resultados esperados. Sem ele, as atividades são realizadas por inércia, de forma desarticulada e desordenada, e os recursos são utilizados de forma menos eficiente. O planejamento é utilizado como um mecanismo de gestão em instituições públicas como as unidades de ESF, pois oferece a possibilidade de programar ações para alcançar os objetivos determinados pela equipe de saúde. Isso envolve raciocínio, reflexão e análise dos atores envolvidos, necessitando da participação de todos os profissionais, de modo a contribuírem com sua experiência e olhar diferenciado para a situação de saúde da população.

Assim, é possível inferir que a utilização dos indicadores implica o processamento de dados produzidos no cotidiano e sua aplicação no planejamento das ações. Esse processo é fundamental para definir as grandes linhas de atuação e para detalhar planos de ação com as atividades, prazos e respectivos responsáveis para coordenar a execução e avaliar o

andamento de todas as atividades. Nesse sentido, manter o foco para garantir a eficácia no alcance das metas e a eficiência na utilização dos recursos configura-se como o principal desafio.

3.3 O RECONHECIMENTO DOS DESAFIOS NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

A percepção dos trabalhadores da ESF sobre sua função na utilização das informações produzidas e processadas, identificada nas unidades anteriores, agrega valor quando evidencia uma sensibilidade e um despertar crítico-reflexivo sobre a necessidade de trabalhar com esses dados. Isso ocorre a partir de um contexto de programação de ações de caráter institucional, e não apenas local, transversalizadas pela operacionalização dos Instrumentos de Planejamento do SUS, como fica explícito nas falas a seguir:

"Eu sinto falta de saber se a unidade está atingindo as metas, os objetivos, perante a devolutiva... Nós produzimos dados quando fazemos os relatórios, por exemplo. Produzimos dados que encaminhamos pra secretaria de saúde, mas nem sempre temos a devolutiva dessa produção de dados. (P14)"

"Os trabalhadores têm que ter ciência de onde saiu aquela meta, de ser mais palpável para a realidade dele para não ser um 0,30, um 0,21... apenas um número vazio. Aquele número tem que significar. (P15)"

"(...) não se sabe se as unidades atingiram os indicadores, se foi alcançado os indicadores no município. E se não foi, não se sabe porque não foi alcançado. (P8)"

"(...) esses indicadores não serão alcançados se as unidades não tiverem conhecimento dos mesmos (...) eu acho que tá faltando a gestão socializar melhor a informação, fazer uma coisa mais formal e colocar para as unidades que tem que trabalhar com esses indicadores. (P5)"

A partir dos excertos, percebe-se a necessidade de um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva do planejamento em saúde e em espaços que garantam que o poder seja de fato compartilhado. O compartilhamento pode ocorrer por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente, viabilizando o controle sobre as

questões que afetam direta e/ou indiretamente as necessidades dos sujeitos. Este processo de cogestão envolve a intersetorialização, tomada de decisão e a elaboração coletiva do planejamento em saúde através dos instrumentos de gestão (BRASIL, 2015).

Os instrumentos para o planejamento e a gestão no âmbito do SUS - Plano de Saúde e Programações Anuais e o Relatório de Gestão - interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS(BRASIL, 2015). Foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, permitindo às equipes gerenciais, aos dirigentes, aos políticos e aos cidadãos conhecer, opinar e decidir acerca dos múltiplos e complexos arranjos da saúde com enfoque no gerenciamento da qualidade(BRASIL, 2010).

Portanto, pode-se afirmar que esses instrumentos representam uma das principais ferramentas para os processos de monitoramento e avaliação(BRASIL, 2010). Para isto, a comunicação intersetorial é prerrogativa essencial. Ou seja, a viabilização destes desafios, com apropriação e aplicação dos instrumentos de planejamento, alicerçados às necessidades reais, identificadas pelas equipes de saúde, implica garantir ou construir espaços periódicos de discussões e pactuações entre gestão municipal e serviços de saúde. Sem dúvida, esta estratégia tem o potencial de diminuir a lacuna existente entre os serviços e a gestão municipal e contribuir para valorização dos trabalhadores e democratização das decisões, criando um fluxo de comunicação para troca de informações (GONÇALVES et al, 2017).

Júnior e Gastão(2014) chamam atenção para o fato de que a comunicação nas organizações de saúde é fundamental para que haja uma integração eficaz entre diferentes segmentos de atenção e gestão, atingindo, assim, os objetivos institucionais planejados e pactuados.

Existe certo consenso quanto ao fato de que tanto a descentralização quanto a regionalização da saúde são recomendadas como alternativas para melhorar a eficiência administrativa e a maior participação dos serviços e autonomia locais, bem como para favorecer a redistribuição do poder e, eventualmente, reduzir as tensões locais de uma determinada região (SILVA; GOMES, 2014).

Com a análise dos dados, identifica-se que modelos de gestão não integrativos podem desencadear, entre outros aspectos, a fragmentação dos processos de trabalho, inclusive no que se refere ao planejamento em saúde, como sinalizado no cenário deste estudo. Nestes termos, concepções de planejamento tratadas numa perspectiva instrumental e setorializada, com a finalidade maior de conceder respostas administrativas, interferem diretamente na garantia da integralidade e resolutividade das ações, ferindo os princípios do SUS. Essa

situação é apontada como um dos principais entraves dos modelos de gestão ainda de base convencional(FERNANDES; CORDEIRO, 2018) Tais premissas são claramente visualizadas entre os sujeitos deste estudo, conforme pode ser observado nos trechos a seguir:

"Eu penso que o modelo de gestão verticalizado dificulta o diálogo. Porque se fosse um modelo de gestão compartilhado com cogestão, em que os trabalhadores do serviço auxiliassem na construção desses instrumentos...esses dados voltariam pra unidade como devolutiva desse trabalhador que foi lá, construiu o dado e traria essa devolutiva pros colegas. (P14)"

"Não adianta a gestão saber que tem a meta, tem a política… mas e daí? Qual é o trabalhador que sabe qual é a meta que tem que alcançar? A gente sabe que tem que trabalhar com isso, mas temos que alcançar quanto disso? Eu acho que tem que pactuar com os trabalhadores as metas, as ações. (P7)"

Identifica-se, nos fragmentos, que estes trabalhadores não se posicionam de modo passivo(BOURDIEU, 1996; BOURDIEU, 1998), pois evidenciam uma sensibilidade e um despertar crítico-reflexivo sobre o papel e o modelo da gestão vigente no sistema local, os quais impactam nas limitações vivenciadas. Com isto, novas concepções e valores são internalizados e ressignificados, de modo a subsidiar a validação de novos sentidos e práticas de gestão.

Assim, a análise dos dados revela a importância e o desafio da mudança de modelo, assim como indica a compreensão de que cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou por alguns atores, mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos, compondo novos desenhos organizacionais. Em outras palavras, a cogestão constitui-se como um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere e quem avalia(BRASIL, 2009).

Para agregar intensidade e qualidade a estes novos desafios nas mudanças de modelos de gestão e atenção, pensando em uma perspectiva mais integrada, é perceptível a necessidade de intermediação do apoio institucional, como um potente dispositivo de gestão proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política institucional surge como uma tentativa de reformular o modo tradicional de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde(CARDOSO; OLIVEIRA; FURLAN, 2016). A partir desse aspecto, a

metodologia deste estudo foi pensada e, após a execução, foi avaliada pela equipe, conforme as falas a seguir.

"A atividade foi muito boa (...), mas é um apoio institucional da academia/residência. (P12)"

"Mas isso mostra o quanto é importante a residência dentro de todos os setores da saúde, porque nunca foi feito isso antes. No momento que entrou a residência, puderam mostrar para gestão o quanto o apoio institucional é importante. (P10)"

De acordo com Cardoso e colaboradores (2016), o apoio institucional tem propiciado qualificação e alinhamento das ações institucionais com as prioridades da gestão; qualificação, humanização e melhoria dos processos de trabalho e de gestão; implantação de colegiados gestores; assim como intervenção nas práticas cotidianas dos serviços da Atenção Primária. Essas transformações demonstram que as práticas de apoio podem aprimorar os processos de gestão democrática e contribuir para a qualificação da assistência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado possibilitou desvelar aspectos relevantes do contexto institucional de uma equipe de ESF em termos da compreensão da concepção, produção e processamento de dados epidemiológicos e indicadores de saúde, bem como sua utilização no processo de planejamento em seu cotidiano de trabalho.

Mais especificamente, os resultados apontaram para a sinalização e valorização pela equipe a respeito da necessidade de saber utilizar o dado epidemiológico, realizando sua interface com o perfil populacional na perspectiva de priorização das reais necessidades. Este revelou-se, assim, ser um aspecto essencial entre os desafios das mudanças de modelo. O processo de desvelar significados foi facilitado pelo método eleito para coleta de dados – grupo focal –, visto que as oficinas desencadearam reflexões críticas acerca dos sentidos produzidos em torna desta problemática.

Outro aspecto relevante encontrado foi que o planejamento das ações nesta equipe ainda se mostra muito incipiente enquanto ferramenta que tem a finalidade de responder às necessidades reais da população, quando produz sentido operacional aos indicadores legalmente pactuados no município. Tais desvelamentos apontam que modelos de gestão com muitos vieses na centralização não integrativa, setorializada, ainda são predominantes no

cotidiano dos serviços de saúde. Esses modelos necessitam, portanto, serem reconhecidos para, então, tornar-se possível viabilizar novas alternativas, buscando superar a lógica ainda vigente na maioria das instituições públicas de saúde.

Ou seja, identificou-se a relevância do entendimento sobre a necessidade de mobilizar reflexões entre os profissionais acerca dos modos de planejarem suas ações e assumirem um papel de sujeitos ativos no processo de planejamento e gestão. Dessa forma, esses profissionais conseguem identificar não somente as fragilidades do sistema, como também perceber a necessidade de melhorias, principalmente no que se refere à elaboração e à construção dos instrumentos de gestão no município.

Para finalizar, como residentes autoras deste estudo, oriundas de um Programa de Residência Multiprofissional da área de Vigilância em Saúde, entende-se que a formação profissional para a qualificação do SUS tem como prerrogativa viabilizar vivências de intervenção investigativa, tal como a que foi construída com este estudo, que permitam potencializar os processos de integração ensino-serviço no sentido de agregar valor para as diversas instâncias envolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE C.; MARTINS M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, v.41, no.spe, p.118-137, 2017.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU H.E.; MERCHÁN-HAMANNE. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Cien. Saúde Colet**.V.21, n.5, p.1499-1510, 2016.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.**Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERBEL N.A.N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez:** uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acessado em: 24 Jul 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores** - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília DF, 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores de programas**: guia metodológico. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília, DF, 2009.

BOURDIEU, P. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus, 1996.

BOURDIEU, P. **Meditações Pascalinas**.Oerias: Celta, 1998.

CARDOSO J. R.; OLIVEIRA G. N.; FURLAN P.G. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; v.32, n.3,2016

FERNANDES J. C.; CORDEIRO B. C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Revenferm UFPE online**, v.12, n.1, p.194-202, 2018.

GIL C. R. R.; LUIZ I. C.; GIL M. C. R.organizadores. **A Importância do planejamento na gestão do SUS.** São Luís: EDUFMA, 2016.

GONÇALVES M. R.; et al. **Desafios da atenção primária à saúde no Brasil**.Porto Alegre: UFRGS, 2017.

GUANAES C. **A Construção da mudança em Terapia de Grupo:**um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor; 2006.

JÚNIOR N. P.; CAMPOS G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu), v.**18, n.1, p.895-908,2014.

KEMPER M. L. C.; et al.Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.1, p.995-1003,2015.

LIMA VV. Espiral Construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, v.21, n.61, p.421-34,2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.**A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, DF, 2011.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE(RIPSA).**Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. Departamento Regional do Estado do Paraná. Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade. **Construção e Análise de Indicadores.**Curitiba: [s.n.], 2010.

SILVA E. C.; GOMES M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde Soc**., v.23, n.4, p.1383-1396, 2014.

SOARES D. A.; ANDRADE S. M.; CAMPOS J. J. B. Epidemiologia e indicadores de saúde. In: ANDRADE S. M.; SOARES D. A.; CORDONIL. J.; organizadores. **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Ed. UEL, cap.10, p. 183-210, 2001.

TETEMANN E. C.; TRUGILHO S. M.; SOGAME L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**,v.15, n.2, p.356-369,2016.

THAINESG. H. L. S.; et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto Contexto Enferm,** v.18, n.3, p.466-74,2009.

VIEIRA F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde.**Cien.SaúdeColet., v.**14, n.1, p.1565-1577, 2009.