

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

Fabiane Debastiani

**ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA UTILIZAÇÃO DAS
INFORMAÇÕES EM SAÚDE: IMPACTO EM UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Santa Maria, RS
2019

Fabiane Debastiani

**ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM
SAÚDE: IMPACTO EM UMA 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: Prof.^a Dr.^a Vânia Maria Fighera Olivo

Santa Maria, RS
2019

Fabiane Debastiani

**ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM
SAÚDE: IMPACTO EM UMA 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)

Lisiane Boer Possa, Dr.^a (UFRGS)

Ana Paula Seerig, Nutr (SMS/SM)

Santa Maria, RS
2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
EC	Espiral Construtivista
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HC	Hipótese Explicativa
MS	Ministério da Saúde
NT	Núcleo Temático
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA	9
2.1	ÁREA E POPULAÇÃO DO ESTUDO	9
2.2	COLETA DOS DADOS	9
2.3	ANÁLISE DOS DADOS	10
2.4	ASPECTOS ÉTICOS	11
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
3.1	(NT 01) DESPERTANDO A CAPACIDADE CRÍTICO-REFLEXIVA E IDENTIFICANDO FRAGILIDADES DAS AÇÕES PROGRAMADAS	12
3.2	(NT 02) SIGNIFICANDO A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES	15
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	21

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE: IMPACTO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Fabiane Debastiani¹, Vânia Maria Fighera Olivo²

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar como uma equipe de Estratégia de Saúde da Família ressignifica ações de planejamento pactuadas em âmbito municipal a partir de um movimento crítico-reflexivo de internalização de novos sentidos, ideias e valores em torno da utilização dos Indicadores de Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, participativa e interventiva, realizada com 19 profissionais de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, entre os meses de novembro e dezembro de 2018. A coleta de dados foi realizada através da metodologia de Grupo Focal, utilizando como instrumento orientador a Espiral Construtivista, oriunda das Metodologias Ativas de Aprendizagem. Na análise de conteúdo dos dados emergiu dois núcleos temáticos: Despertando capacidade crítico-reflexiva e identificando fragilidades das ações programadas e Significando a participação da equipe no planejamento de ações. Este estudo revelou a capacidade crítica-reflexiva de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família em relação ao modo de utilização das informações no planejamento em saúde. Este movimento ocorreu frente à significação e à valorização das ações em saúde quando comparadas a instância gestora e a atenção primária. Assim, foi identificado o desafio do planejamento em saúde ocorrer de forma integrativa e coparticipativa, mobilizando equipes gestoras e equipes da Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Colaboração intersetorial.

¹ Enfermeira, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde - UFSM.

² Enfermeira, orientadora; Doutora em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS; Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde - UFSM.

CRITICAL-REFLECTIVE ANALYSIS OF THE USE OF INFORMATION ON HEALTH: IMPACT ON A FAMILY HEALTH STRATEGY

Fabiane Debastiani¹, Vânia Maria Fighera Olivo²

ABSTRACT

This study aims to analyze how a Family Health Strategy team re-signifies planning actions agreed upon at municipal level based on a critical-reflexive movement of internalization of new meanings, ideas and values about the use of Health Indicators. This is a qualitative, participatory and interventional research, carried out with 19 professionals from a Family Health Strategy team, between November and December of 2018. Data collection was carried out through the Focal Group methodology, using, as a guiding tool, the Constructivist Spiral, which derived from Active Learning Methodologies. Two thematic cores emerged from the content analysis of the data: Awakening the critical-reflexive capacity and identification of fragilities in the programmed actions and Giving meaning to the team's participation in the planning of actions. The study revealed the critical-reflexive capacity of a Family Health Strategy team regarding the use of information in health planning. This movement occurred due to the significance and appreciation of health actions when compared to the management body and primary care. Thus, it was identified the challenge of health planning to happen in a integrative and cooperative manner, mobilizing management and Primary Health Care teams.

Keywords: Primary Health Care; Health Unic System; Intersectoral collaboration.

¹ Enfermeira, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde - UFSM.

² Enfermeira, orientadora; Doutora em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS; Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde - UFSM.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma proposta do Ministério da Saúde (MS) para organização da Atenção Primária (APS), considerando a expansão, qualificação e consolidação da mesma (BRASIL, 2018). Espera-se que a implementação deste modelo de atenção viabilize a busca por respostas para as necessidades de saúde de sua população e, assim, atue contribuindo para uma mudança do modelo assistencial ainda vigente (BRASIL, 2018; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Para este movimento acontecer, a operacionalização da ESF deve estar centrada na integralidade e coordenação da atenção, longitudinalidade do cuidado, compondo uma rede assistencial e monitorando a qualidade dos serviços ofertados, com participação social e atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; DIAS et al., 2014).

Uma importante complexidade da realidade de uma ESF é o trabalho de forma coparticipativa e intersetorializada, integrando sistemas de informação e serviços de saúde com instrumentos de planejamento, numa perspectiva intersetorial (DIAS et al., 2014; BRASIL, 2009).

Os instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles, o Plano de Saúde, a Programação Anual e os Relatórios de Gestão, oficializados pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, têm a importante função de se interligarem em um processo operacional integrado e sistêmico que visa o planejamento e a gestão do SUS (BRASIL, 2019; BRASIL, 2012).

O Plano de Saúde é considerado como o instrumento central, no que diz respeito à abordagem do planejamento e à operacionalização das ações propostas de acordo com o orçamento disponível aos serviços. Isso ocorre devido ao seu caráter de organização, execução, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde e suas respectivas gestões (BRASIL, 2019; BRASIL [20--?]).

Interligando-se ao Plano de Saúde e com caráter de operacionalização, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão assumem importantes papéis no acompanhamento dos serviços, sendo que o primeiro assume o papel de planejar e acompanhar ações para alcançar metas pactuadas no plano, e o segundo avalia e apresenta as ações realizadas, bem como os resultados alcançados (BRASIL, 2019; BRASIL, [20--?]).

Quando utilizados ativamente, estes instrumentos devem interligar-se aos sistemas de informação, às diferentes instâncias de gestão e de atenção, numa importante funcionalidade

cíclica, permitindo que o processo de operacionalização dos respectivos instrumentos ocorra, de modo que faça sentido a todos os sujeitos envolvidos, possibilitando que as equipes e serviços de saúde trabalhem de forma integrada (BRASIL, [20--?]; BRASIL, 2006; BRASIL, 2016).

A viabilização efetiva de tais instrumentos nos serviços de saúde, em todos os âmbitos de atenção, exige maior compreensão em torno da constante necessidade de trabalhar a comunicação ativa entre gestão - trabalhadores - usuários. Esta análise é necessária para valorizar e aproximar o planejamento dos sujeitos e das necessidades reais do território (BRASIL, 2016; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Esta problemática assume um significado ainda mais relevante quando direcionado para o contexto da Atenção Primária em Saúde, mais especificamente no cotidiano das ESFs, que tem a responsabilidade de responder de forma resolutiva a 80% dos problemas de saúde da população (PORTELA, 2017). Nesse sentido, torna-se possível questionar como estas equipes planejam suas ações cotidianas? Quais sentidos produzem? Qual a relação entre as ações desenvolvidas e as pactuadas na instância gestora? Como as equipes compreendem estes processos de planejamento no SUS? Como utilizam e significam as informações e os indicadores de saúde?

Nesta perspectiva, enquanto residente de um Programa de Residência Multiprofissional da área de concentração de Vigilância em Saúde, tais questionamentos assumem um caráter desafiador, não apenas para o processo de formação, mas de mobilização de sentido, que a integração ensino-serviço demanda nestes tipos de programa de residência.

Com base neste contexto problematizador, este estudo apresenta a seguinte **questão da pesquisa** para nortear a investigação: *como discussões crítico-reflexivas de informações em saúde impactam na produção de sentidos sobre o planejamento dos processos de trabalho em uma equipe de ESF?*

Assim, o **objetivo** deste estudo consiste em *“analisar como uma equipe de EFS ressignifica ações de planejamento pactuadas em âmbito municipal a partir de um movimento crítico-reflexivo de internalização de novos sentidos, ideias e valores em torno da utilização dos Indicadores de Saúde”*.

2 METODOLOGIA

O presente estudo parte de uma abordagem qualitativa, participativa e interventiva. Optou-se por esta abordagem, pois ela permite trabalhar e aprofundar os conhecimentos propostos neste estudo através do olhar no qual os sujeitos têm suas reflexões a partir de um conjunto de valores, significados, motivos e atitudes, sendo entendidos como parte da realidade social, devido à capacidade do sujeito de avaliar e interpretar sua realidade (FLICK, 2009; GILBERT, 1990 apud LERVOLINO; PELICION, 2001).

2.1 ÁREA E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em um município no interior do estado do Rio Grande do Sul, em uma unidade de ESF, composta por uma equipe de saúde.

Para participar deste estudo, foram convidados todos os profissionais integrantes da equipe ESF, totalizando 19 profissionais na área da saúde, sendo 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 assistente administrativo, 5 residentes e 3 acadêmicos da área da saúde. Todos aceitaram participar do estudo.

Os critérios de inclusão utilizados nesta pesquisa foram: ser profissional, residente ou acadêmico vinculado à equipe da ESF, apresentar interesse na temática e estar presente durante o tempo da pesquisa em campo. Quanto ao critério de exclusão, levou-se em consideração a ausência no período da pesquisa por motivos diversos. Vale ressaltar que não foi necessária a exclusão de nenhum participante durante o processo.

2.2 COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos no período de novembro a dezembro de 2018, mediante a técnica de Grupo Focal (GF), pois ela viabiliza a mobilização reflexiva dos sujeitos da pesquisa na produção de significados. Para modificar comportamentos é necessário que se entenda o contexto no qual ocorrem os significados e a importância atribuída a ele pelos seus sujeitos (GILBERT, 1990 apud LERVOLINO; PELICION, 2001).

Assim, segundo essa abordagem teórico-metodológica, o conteúdo das falas foi considerado como resultado de uma produção de significado no grupo, mediada pelos Referenciais das Metodologias Ativas de Aprendizagem (BERBEL, 2012), para desencadear as reflexões e produções de significados a partir do processo de aprender utilizando

experiências reais do vivido, visando identificar fragilidades e desafios advindos das atividades essenciais da prática, em diferentes contextos (BERBEL, 2011).

Para tanto, utilizou-se a Espiral Construtivista (EC) (LIMA, 2017), que permitiu a avaliação dos saberes prévios dos sujeitos, bem como a problematização dos mesmos, visando à construção de novos saberes a partir do olhar científico. Este movimento é representado em forma de espiral, devido ao seu caráter recursivo, contínuo e incompleto do processo de aprendizagem que permite a construção do conhecimento.

A EC propõe etapas orientadoras para sua construção. Elas foram seguidas neste trabalho, conforme pode ser observado abaixo:

No 1º momento foram realizadas reflexões a partir de questões temáticas investigativas previamente elaboradas, sendo elas: 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?

Após a reflexão ser realizada, isto é, no 2º momento, a identificação de situações problemas foi proposta ao grupo. Já no 3º momento, abordou-se a elaboração de hipóteses explicativas (HE) para as problemáticas identificadas pelo grupo.

No 4º momento, o grupo pode realizar de forma individual e em grupo a ressignificação de saberes e práticas a partir de indicadores de saúde pactuados no município.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para tratamento dos dados, foi utilizada a proposta de Bardin (1977), onde a análise de conteúdo é feita avaliando a temática. O tratamento de dados se desenvolveu em cinco etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados através de uma organização sistemática em unidades temáticas; e construção de inferências e interpretação das categorias significativas. A análise temática consiste na unidade de significação que emerge naturalmente a partir da análise do texto, de acordo com critérios relativos à teoria, auxiliando na leitura. A realização desta análise visa identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, sendo que a presença ou frequência de aparição pode significar algo ao objeto analítico escolhido. Os dados obtidos permitiram a sinalização de dois núcleos temáticos denominados: (NT 01) Despertando capacidade crítico-reflexiva e identificando fragilidades das ações programadas e (NT 02) Significando a participação da equipe no planejamento de

ações. Para resguardar o anonimato, as falas dos participantes foram identificadas no texto por código alfanumérico, sendo caracterizado pela letra “*P*” as falas dos indivíduos, “*G*” as construções feitas em pequenos grupos e “*GESF*” as construções do grande grupo.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

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 no qual foi realizado a pesquisa. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o Termo de Confidencialidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados e a discussão dos dados da pesquisa se configuram através da composição de dois núcleos temáticos (NT) que permitem agregar os principais significados produzidos pelos sujeitos deste estudo, respondendo ao objetivo proposto, bem como a questão norteadora desta pesquisa, sendo eles: (NT 01) Despertando capacidade crítico-reflexiva e identificando fragilidades das ações programadas e (NT 02) Significando a participação da equipe no planejamento de ações.

3.1 (NT 01) DESPERTANDO A CAPACIDADE CRÍTICO-REFLEXIVA E IDENTIFICANDO FRAGILIDADES DAS AÇÕES PROGRAMADAS

Ao mobilizar a reflexão inicial sobre como os sujeitos deste estudo significam o planejamento das ações pactuadas na programação anual, com destaque na relação entre indicadores de saúde, definição de prioridades de intervenção e utilização dos dados produzidos, a análise dos fragmentos revela um alinhamento de percepções em torno do entendimento de que há um distanciamento entre quem planeja e quem executa.

“(...) 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 têm que trabalhar com esses indicadores” (P2).

“Não é só a questão de conhecer os indicadores, mas de saber o que está sendo pactuado via município” (P12).

Buscando compreender os sentidos produzidos nestes fragmentos, identifica-se, com clareza, a necessidade de os sujeitos desta equipe estarem envolvidos no processo de planejamento nas diferentes instâncias institucionais, sinalizando a importância da sua mobilização na programação anual. Esta compreensão é reforçada quando justificam que não é só uma questão de pactuar indicador via instância gestora, mas de entender os mesmos, sua importância e o modo de sua operacionalização.

Esta problemática não é específica deste contexto local, visto que os serviços públicos de saúde têm sido desafiados a mudar a forma de planejar as ações, de modo que apresentem

uma maior resolutividade na relação entre processos de trabalho, demandas da população e oferta de serviços (SOPELETE; BISCARDE, 2013). Nesta perspectiva, as ESFs foram instituídas, a fim de contrapor os modelos tradicionais de gestão e prestação de serviços na Atenção Primária à Saúde ainda vigentes, pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, de modo a instituir redes de atenção-gestão integradas e articuladas, visando responder as reais necessidades de saúde da população de abrangência (BRASIL, 2018; VIEIRA, 2009).

Tal lógica demanda, entre outros aspectos, que as ações em saúde sejam planejadas de uma forma mais corresponsável, envolvendo e mobilizando serviços, usuários, gestores, órgãos de controle social, entre outros, de modo a torná-las mais resolutivas em termos de correspondência aos Princípios e Diretrizes do SUS. Nesse sentido, a elaboração dos Instrumentos de Planejamento do SUS, onde ganha destaque a Programação Anual e Relatórios de Gestão, são condicionantes não apenas para a transferência de recursos financeiros, mas também para subsidiar as respectivas mudanças de modelos de gestão e de atenção em saúde (BRASIL, 2016).

Da mesma forma que os sujeitos do estudo sinalizaram a importância de estarem envolvidos de maneira mais significativa na programação das ações pactuadas, a análise dos dados das oficinas reflexivas permitiu identificar outro valor importante nos processos de trabalho: o envolvimento dos sujeitos também com os resultados alcançados desta programação, ou seja, com a produção de sentido desses resultados, conforme evidenciado nos seguintes relatos:

“(...) 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” (P2).

“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).

“Porque que o município não alcança muito as metas? por que não divulga essas metas? e quem sabe nas unidades qual é a meta do município? qual é o índice que o município tem que alcançar?” (P2).

Analisando mais profundamente tais fragmentos, identifica-se que esta equipe de ESF visualiza sua necessidade de corresponsabilização tanto na programação das ações, quanto nos resultados. Este fato sugere que o que é pactuado ou produzido em relatórios periódicos, via instrumentos de planejamento do SUS, necessita ser melhor internalizado e externalizado pelas equipes, num movimento integrado com instâncias gestoras (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007; FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Tais aspectos são reforçados no movimento subsequente da EC, quando a equipe define o seguinte problema (P01) como uma produção de sentido comum no grupo e respectivas HE:

P01: *“Há falta de conhecimento do que é um indicador de saúde, o que é pactuado e se as metas foram alcançadas” (GESF).*

HE01: *“A falta de diálogo entre gestão e serviços da rede é um fator gerador do desconhecimento” (GESF).*

HE02: *“O modelo de gestão verticalizado e setorializado inviabiliza a troca das informações” (GESF).*

Os sentidos produzidos pelo grupo sinalizam que a problemática em torno do modelo vigente neste contexto da atenção primária ainda desempenha mais uma função executora das ações pactuadas no SUS, não produzindo adequações efetivas às suas necessidades territoriais. A fim de que haja uma mudança deste modelo para conquistar uma maior proatividade de todos os sujeitos e instâncias, torna-se necessário um movimento político-administrativo e crítico-reflexivo que objetive o trabalho em conjunto em prol da qualidade dos serviços de saúde e da produção de sentido para os sujeitos participantes (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

É importante considerar que os instrumentos de Planejamento do SUS, pactuados na instância municipal, nada mais são do que ideias, valores, concepções, portanto, devem ser vistos como um objeto de transformação dos sujeitos e dos processos (BRASIL, 2016). Em outros termos, devem ser assimilados por todos os sujeitos para que desempenhem um caráter

participativo na operacionalização, da mesma forma que a prática deve ser realizada de forma efetiva, ativa e participativa para que assim a operacionalização e a materialização da teoria ocorram (BRASIL, 2016; BERBEL, 2011).

Deste modo, pode-se evidenciar a importância e a necessidade de envolver os sujeitos de modo ativo no processo de construção e operacionalização do planejamento das ações em saúde e não apenas permitir a atuação no processo de modo passivo ou como executores do processo. Quando observamos parte dos sujeitos como forma executora e não em uma lógica de cogestão, estamos reproduzindo - mesmo que inconscientemente - concepções tradicionais de gestão pública.

3.2 (NT 02) SIGNIFICANDO A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES

A sinalização desta equipe a respeito da importância da superação dos limites entre quem planeja e quem executa ações envolvendo a atenção primária em saúde, mostra-se significativa quando se identifica o potencial resolutivo e participativo no planejamento de ações, proporcionado pelo compromisso dialógico-formativo entre gestão e atenção (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010). Este entendimento também é legitimado após a mobilização reflexiva das produções de sentido em torno do movimento da espiral construtivista, quando os sujeitos são desafiados a proporem ações a partir de alguns indicadores de saúde, compará-las às ações pactuadas e, para finalizar, tecer um paralelo analítico entre as duas produções.

1º Momento: A equipe propondo ações

“Proporcionar ações de educação em saúde ao longo do ano através de grupos, em visitas domiciliares, em sala de espera; fortalecer o monitoramento das mulheres que realizaram ou não os exames, bem como garantir o acesso ao exame e ao planejamento familiar; fortalecer ações de acolhimento e autocuidado, como autoexame de mama” (G8).

“Estabelecer um fluxo de rede envolvendo desde o acolhimento ao tratamento, sempre monitorando no prontuário se a mulher tá dentro da faixa etária” (G4).

“(…) Fazer um grupo de convivência de mulheres, enfatizando a importância de seguir a periodicidade recomendada para exame do citopatológico” (G1).

“A importância da ação multidisciplinar nos grupo das mulheres, abordando saúde em todo o seu contexto (...) que faça sentido pra elas” (G2).

2º Momento: A equipe reconhecendo as ações pactuadas no município

Manter as capacitações para os novos profissionais da atenção primária para a realização dos testes rápidos para detecção precoce da sífilis (PAS/SMS, 2018).

Realizar três testes rápidos de sífilis por gestante e parceiro, ou a cada trimestre gestacional, enquanto não der reagente (PAS/SMS, 2018).

Realizar o tratamento oportuno na APS para gestantes e seus parceiros quando infectados (PAS/SMS, 2018).

Manter a oferta de seguimento na contra referência dos hospitais com a rede de atenção à saúde no pós-parto e acompanhamento da puérpera e do bebê (PAS/SMS, 2018).

Monitorar o Absenteísmo das mulheres que realizam o exame de mamografia no município (PAS/SMS, 2018).

Tecendo um paralelo entre as ações propostas pelos sujeitos do estudo e as ações pactuadas no âmbito municipal, identifica-se uma diferença significativa relacionada à amplitude e à orientação das ações. Na primeira, as ações apresentam-se mais alinhadas ao modelo de promoção de saúde, valorizando o planejamento local, de modo a atender as reais necessidades territoriais da população, capacidades de atuação da equipe e possibilidades de participação social. Já as ações pactuadas apresentam um caráter mais generalista e curativista, ou seja, não incorporando necessidades e potencialidades territoriais mais específicas, associadas ao desafio de viabilizar propostas de ações mais integrativas. Esta análise foi observada também entre os sujeitos da pesquisa por ocasião da leitura crítica-reflexiva que realizaram quando teceram um paralelo entre os dois modos de produções.

“Eu vejo assim, que as ações que estão pactuadas estão voltadas muito para as tecnologias duras (...)” (P4).

“(...) É o tratamento, quando a doença já está instalada? Cadê a prevenção? O importante aqui é a prevenção e a educação. A gente pensa na prevenção...” (P3).

Alguns relatos focalizam a questão da aproximação entre gestão e atenção, vivenciado

em momentos marcantes neste município, o que se mostrou muito significativo.

“(...) Eu lembro que uma política do município, da TB, chamou todo mundo para conversar e solicitou ajuda de como alcançaria a meta pactuada” (P1).

“(...) Teve um ano que foi apresentado aqui para os trabalhadores esse tipo de preocupação porque tem que ser pensado como trabalhar (?) para serem alcançadas metas” (P2).

Os fragmentos revelam que ainda predomina um distanciamento entre as ações pactuadas no âmbito da gestão municipal e a participação efetiva desta equipe no planejamento, o que pode sinalizar um problema extensivo a rede, bem como ao sistema público de saúde. Nesse sentido, essa não integração é um importante desafio a ser superado pelos serviços de saúde, visto que os depoimentos revelam existir maior capacidade de resolução dos problemas de saúde e mudança de modelo quando as ações programadas forem resultantes de uma maior aproximação da instância da gestão com atenção. Para isto, se faz necessário o desenvolvimento de um papel estratégico de relações intersetoriais que possibilite romper com o caráter ainda hegemônico da setorialização nos serviços de saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

O movimento de integração setorial está inscrito em uma das diretrizes do SUS, demandando mudanças no modelo de formação, gestão e de atenção (BRASIL, 2004). Portanto, a conquista da intersetorialidade é fundamental para viabilizar a aproximação do planejamento com as necessidades reais do território, visando ações mais efetivas (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A participação ativa dos sujeitos no planejamento, com construção do conhecimento, permite potencializar a autonomia e o empoderamento dos mesmos, repercutindo na avaliação das ações e mudança da realidade (LIMA, 2016). Assim, mais importante que a produção de informação, é a forma como ela é utilizada pelos sujeitos, no sentido de empoderá-los e torná-los mais ativos e corresponsáveis na proposição de novas ações, a partir da realidade vivida (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007), conforme vivenciado nas oficinas realizadas com os sujeitos deste estudo e evidenciado nos fragmentos a seguir.

1º Momento: A equipe propondo ações

“Importância de fazer busca ativa com a análise dos cadastros das mulheres, e além disso, tem que fazer o monitoramento dessas buscas (...)” (G1).

“Fazer testagem rápida, com o aumento da frequência, intensificando atividade de educação em saúde sobre sexualidade nas escolas, incluindo rodas de conversa com os adolescentes” (G4).

“(...) Enquanto elas vêm na unidade as vez fazer uma outra coisa, ou outro procedimento, já abordar a temática, aproveitar este momento... sensibilizar e já deixar marcado, pois facilitaria para as mulheres esta não fragmentação ao acesso do atendimento” (G1).

“(...) Flexibilizar horários de realização dos exames, buscando ofertar horários alternativos” (G3).

2º Momento: A equipe reconhecendo as ações pactuadas no município

Realizar ações de promoção em saúde no mês de outubro - Campanha do Outubro Rosa, visando orientar e conscientizar às mulheres sobre a importância da realização de Mamografia (PAS/SMS, 2018).

Realizar no mínimo duas campanhas: uma no mês de março, com um turno estendido na Semana da Mulher, e outra no mês de outubro, com a realização do dia “D”, no 3º sábado do mês de outubro (PAS/SMS, 2018).

Novamente, ao realizar uma análise comparativa entre as ações pensadas pela equipe assistencial e pactuadas pela equipe gestora, foi possível visualizar o distanciamento entre o conteúdo das propostas e o modelo orientador das mesmas. O teor da proposição do grupo valoriza ações no cotidiano, de modo contínuo, ao contrário das propostas na pactuação, que reproduzem modelos mais convencionais hegemônicos, conforme identificado pelos próprios sujeitos, quando realizaram uma análise reflexiva paralela.

“Os mutirões (...) paramos de fazer aqui na unidade, porque estávamos entendendo que não era eficiente, pois quem acabava vindo nestas atividades eram as mulheres que já vinham durante a semana. Então passamos a fazer busca ativa, para ver realmente quem eram as mulheres que não podem vir” (P12).

“O mutirão, eu particularmente não acredito porque mutirão traz número, mas ele não traz a principal questão que é a mudança de atitude da comunidade perante a importância, a visibilidade que esse exame é...” (P15).

“Mas olha que ideia legal pra gente fazer na reunião com a comunidade, para conferência de saúde, como vocês estão fazendo conosco: levamos um indicador, a meta do município e sugerimos que os participantes proponham ações que considerem efetivas” (P4).

Esta produção de novos sentidos identificada na análise comparativa dos fragmentos entre a produção da equipe e a produção pactuada revela as fragilidades e potencialidades dos sujeitos em trabalharem de forma conjunta, aprendendo a utilizar, de forma eficiente, as informações para o planejamento em saúde. Entende-se assim que as informações de saúde que as equipes produzem são importantes ferramentas de planejamento, portanto, precisam ser mais valorizadas, disponibilizadas e acessadas no cotidiano dos serviços (CARRENO et al., 2015).

Assim, a análise dos dados permite inferir que a transmissão das informações pode ocorrer na forma passiva e verticalizada, dificultando ou até não permitindo a construção do conhecimento entre os sujeitos, ou de forma ativa e integrada, possibilitando a construção dos saberes e a integração entre serviços (CARDOSO; OLIVEIRA; FURLAN, 2016). Quando ocorre nessa última modalidade, permite a construção de conhecimento, já que todos os sujeitos envolvidos no planejamento desencadeiam um processo cíclico, em que a construção e a reconstrução dos saberes são permitidas durante todo o processo de aprendizagem. Este movimento também possibilita a ressignificação dos saberes, bem como do processo em si, além da participação de todos (LIMA, 2016).

Enfim, a partir do que foi significado pela equipe de saúde pesquisada e da ressignificação das ações pactuadas a luz da literatura, compreende-se que o desafio está na aproximação dos sujeitos, setores e serviços em prol da melhoria e atuação ativa no planejamento em saúde, visto que a articulação intersetorial com a participação da comunidade no processo permite um olhar ampliado do território de forma a possibilitar a realização da intervenção mais assertiva.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar a capacidade de uma equipe de ESF de ressignificar o sentido das ações de planejamento pactuadas em âmbito municipal, quando foram instigados por um movimento crítico-reflexivo, permeado pelos princípios da metodologia ativa, que possibilitou a internalização de novos sentidos, ideias e valores em torno da utilização dos Indicadores de Saúde.

Com este movimento, a equipe identificou, num primeiro momento, a fragilidade de conhecimento frente às informações e às metas pactuadas e, com isso, sinalizou a necessidade de participação mais ativa no processo de planejamento das ações, com ampliação significativa no modo de pensar - analisar as informações produzidas e suas relações com os indicadores. Na sequência do processo reflexivo, os sujeitos identificam-se como parte importante no processo de operacionalização do planejamento em saúde, sendo que quando conseguem identificar que o conteúdo das ações pactuadas pela gestão, eles diferem de forma significativa das ações propostas pela equipe. A partir disso, evidenciou-se o desafio do planejamento em saúde ocorrer de forma integrativa e coparticipativa, mobilizando equipes gestoras e equipes da Atenção Primária em Saúde.

Através deste estudo, enquanto residentes de um Programa de Residência Multiprofissional da área de concentração de Vigilância em Saúde, houve um despertar de caráter profissional para a intersetorialidade e coparticipação.

Inconscientemente e refletindo práticas do processo de formação, antes da realização deste estudo, havia uma reprodução dos modelos tradicionais e setorializados no processo de trabalho. Vale ressaltar que esta prática pode não ser exclusiva destas autoras, mas um reflexo da complexidade do processo de intersetorialização e a mudança de modelo proposta em território nacional.

Aceitando o desafio de repensar a participação e atuação profissional, realizar este estudo enquanto profissionais em formação e atuantes como residentes no serviço de saúde, mais especificamente na instância gestora, as autoras também ressignificaram a coparticipação e o processo de integração ensino-serviço. Através de um olhar crítico-reflexivo, avaliaram a própria prática e a participação no processo de romper os paradigmas tradicionais. Este movimento também permitiu as autoras que se identificassem como participantes do processo de planejamento em saúde, bem como sujeitos participativos na cogestão, intersetorialidades e profissionais atuantes no SUS.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 1499-1510, mai. 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.
- _____. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina**: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 20 nov. 2011.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. (Articulação Interfederativa; v. 4).
- _____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília, 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 7 fev. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 24 jul. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestão do SUS**: Programação anual de saúde. [20--?]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/articulacao-de-instrumentos-da-gestao-interfederativa/programacao-anual-de-saude>>. Acesso em: 12 fev. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (Org.). **A política de regulação do Brasil**: Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.
- _____. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: Instrumentos de gestão em saúde. 60. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.
- _____. Universidade Federal do Maranhão (Ed.). **Gestão pública em saúde**: Programação anual de saúde e relatório anual de saúde. São Luís: Edufma, 2016. 35 p. Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade V.

- CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: Concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 16, p. 271-279, jun. 2007.
- CARDOSO, J. R.; OLIVEIRA, G. N. D.; FURLAN, P. G. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 1-13, 2016.
- CARRENO, I. et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 947-956, mar. 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Instrumentos de planejamento no SUS**. 2019. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/instrumentos-de-planejamento-no-sus/>>. Acesso em: 7 fev. 2019.
- DIAS, M. S. D. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 11, p. 4371-4382, nov. 2014.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.
- FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T. D.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 110, p. 64-80, set. 2016.
- FURTADO, J. P. et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 7, p. 1-12, 23 jul. 2018.
- LERVOLINO, S. A.; PELICION, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf Usp**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 115-121, mai. 2001.
- GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. D. O. L. O conceito de cogestão em saúde: Reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p. 1245-1265, jan. 2010.
- LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 21, n. 61, p. 421-434, 27 out. 2016.
- MINAYO, M. C. D. S. (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 109 p.
- PAS/SMS - Prefeitura municipal de Santa Maria. Secretaria de município de saúde. 2018, **Programação Anual de Saúde - 2018**. Santa Maria: SMS, 2018.
- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 255-276, jun. 2017.

SOPELETE, M. C.; BISCARDE, D. G. D. S. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: Sugestões para superação de alguns desafios. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação**, Uberaba, v. 1, n. 1, p. 140-153, 2013.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. L.], v. 1, n. 14, p. 1565-1577, jan. 2009.