



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ANNE CARLAILE SILVA BORGES

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:
UM INSTRUMENTO NA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM NO TERRITÓRIO SANITÁRIO**

ARIQUEMES - RO
2011

Anne Carlaile Silva Borges

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:
UM INSTRUMENTO NA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM NO TERRITÓRIO SANITÁRIO**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem da Faculdade
de Educação e Meio Ambiente - FAEMA
como requisito parcial a obtenção de título
de Bacharel em Enfermagem.

Profa. Orientadora: Esp. Sonia Regina
Batini

Ariquemes - RO
2011

Anne Carlaile Silva Borges

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:
UM INSTRUMENTO NA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM NO TERRITÓRIO SANITÁRIO**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Orientadora Esp. Sonia Regina Batini
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Profa. Dra Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Profa. Dra Rosieli Alves Chiaratto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 07 de Julho de 2011.

Dedico ao amor mais puro e sincero que conheci que de maneira singular, tinha o toque das mãos mais suave, o olhar mais doce, o cheiro de todas as rosas numa essência que agradava e o colo mais aconchegante. Dedico a você mãe que me amou de maneira incondicional e que não mediu esforços até o seu último dia entre nós pra que eu aqui chegasse. Seu amor é a maior prova do amor de Deus, pois entre todas as mulheres Ele me presenteou você, pra expressar a palavra mais linda: TE AMO!

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus que dia após dia tem provado o seu amor por mim, independente de qualquer coisa. Bem sei ó Deus que tu me sondas e me conheces como ninguém, pois fui por ti criada, e graças ao teu amor estou completando esse círculo certo da vitória.

Aos meus pais que acreditaram no meu sonho e tomaram para eles a responsabilidade de dividir comigo os momentos bons ou não tão bons assim. Obrigado, pois sei que sou fruto do amor de vocês!

Às minhas filhas Eduarda Mayara e Vitória Valéria. Perdoem-me quando deixei de dar colo por ele estar tomado de livros, ou quando num momento de inocência mas também de compreensão, arrumavam seus cantinhos para ninar e se davam o trabalho de preparar o travesseiro da mamãe e o lençol, e assim se invertiam os cuidados. Tudo que tenho feito é com a intenção de proporcionar o melhor para vocês minhas jóias raras, pois sei que Deus tem preparado o melhor para as nossas vidas.

Aos meus irmãos que mesmo com a distância me alegro ao lembrar do quanto somos amigos e como tenho orgulho de vocês.

Minhas tias Mosa e Leila que de maneira indireta continuam me ajudando como podem. O cuidado de vocês não é de hoje, sei o quantos vocês me amam, e isso é gratificante.

Ao Arildo e Renata que mesmo me conhecendo em tão pouco tempo, estenderam suas mãos pra me acolher em suas vidas, no momento em que tudo parecia ter chegado ao fim os dois acreditaram no meu sonho. Obrigado pelo carinho para comigo e minhas filhas. Onde eu estiver lembrarei de tamanha prova de amor ao próximo, isso é dom de Deus!

A minha professora orientadora Sonia Battini. Nossa! Foi com você que entendi realmente o que é ser enfermeira e acima de tudo humana. A sua maneira de olhar o próximo em diferentes ângulos me despertou para um novo agir e refletir antes de qualquer julgamento sobre a vida. Saiba você é especial!

Professora Rosani sua dedicação em dividir o conhecimento nos desperta para o amor ao próximo, independente de qualquer coisa. Você é uma prova de que ainda

podemos acreditar no ser humano como um ser passível de mudanças. Minha admiração por você é infinita.

As minhas amigas Viviane, Lídia, Jaqueline e Luana. Sei que tenho sido ausente com vocês, porém não esqueço em momento algum o quanto temos uma amizade solidificada.

E enfim, quero agradecer e demonstrar por palavras se isso for possível o meu agradecimento a seis meninas especiais o qual cada uma com seu jeitinho se completam na minha vida. Carina menina que virou mulher quando recebeu de presente o dom da maternidade; Francieli sinceridade em pessoa, um jeito meigo e ao mesmo tempo firme de ser, exemplo de mulher; Laine um coração que é aberto pra amar as pessoas de maneira tão sincera! Você é prova do amor de Deus na minha vida; Natália um sorriso que fala por si só, tão menina e às vezes tão mulher. Minha companheira de risadas sempre; Renata com seu jeito expansivo de ser, briga, xinga mais tem um coração enorme, literalmente uma grande mulher, e Silvia com fama de brigona, mas só conhecendo pra ver como é doce. Com carinho tenho guardado todas em meu coração de maneira especial!

“Para reconhecer seu território de responsabilidade para além da paisagem, não basta à equipe da unidade de saúde o olhar desarmado, que não ultrapassa a superfície dos fenômenos. Recomenda-se a aproximação com o olhar do antropólogo, que procura ativamente estranhar o que lhe é familiar e familiarizar-se com que lhe é estranho.”

Chiesa; Kon, 2007

RESUMO

A saúde no Brasil tem acompanhado o processo de reformulação das novas políticas de saúde principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde, consolidado através de movimentos em busca de uma democracia, exigindo uma expansão e acessibilidade de saúde em caráter coletivo. A necessidade de se planejar exige cada vez mais a escolha certa do tipo de planejamento a ser executado, considerando o indivíduo em sua totalidade dentro de um território sanitário e suas interfaces. Atualmente o Planejamento Estratégico Situacional vem sendo o mais utilizado considerando sua flexibilidade e divisão de responsabilidades entre os profissionais de saúde, mais especificamente o enfermeiro e sua equipe e comunidade do território de abrangência de sua unidade. Essa metodologia vem reforçar o conceito de empoderamento, onde o indivíduo toma para si a responsabilidade de criar estratégias que visam melhorias concretas de existência dentro do seu próprio meio.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico, Participação Comunitária, Saúde da Família, Enfermagem.

ABSTRACT

Health in Brazil has been following the process of reformulation of new health policies especially after the creation of the Unified Health System, consolidated through movements in search of democracy, demanding an expansion and accessibility of health collective character. The need to plan for increasingly demands the choice of the right kind of planning to run, considering the individual in full health within a territory and its interfaces. Currently the Situational Strategic Planning has been the most used considering its flexibility and division of responsibilities between health professionals, specifically nurses and their team and community of the territory covered in his unit. This approach reinforces the concept of empowerment, where the individual takes on the responsibility to develop strategies aimed at improving concrete existence within his own environment.

Keywords: Strategic Planning, Community Participation, Family Health, Nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília

MAPP – Método Altadir de Planificação Popular

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organização Panamericana de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXO	35

INTRODUÇÃO

O homem em sua trajetória na vida galgou por diferentes momentos na superação dos obstáculos. Assim sua inserção no contexto do indivíduo social, exigia cada vez mais, medidas de organização como estratégia de sobrevivência. Surge então a teoria da administração científica que contribuiu para ações voltadas ao planejamento. Não é novidade que tamanhas mudanças iriam ser refletidas em pontos importantes como: renda, moradia adequada e saúde, ou seja, condições concretas de existência.

No Brasil, o conceito de saúde até meados da década de 70, estava ligado à técnica curativista, ofertada somente a uma parcela da população desde que, fossem vinculadas às caixas previdenciária, ou por ambientes filantrópicos. Tamaña discrepância foi alvo da insatisfação do povo brasileiro, embalado por momentos importantes na história da saúde como: Conferência de Alma Ata, Movimento pela Reforma Sanitária e Criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao passo que era necessário reorganizar os serviços de saúde e inovar a forma de planejamento das ações de maneira descentralizada.

A enfermagem, embalada pelas transformações, ganhou cada vez mais espaço e responsabilidade em planejar ações de saúde em caráter coletivo. Prima-se que o enfermeiro deve se desvincular das ações restritas a técnicas, e assim buscar conhecimentos, focado na teoria da administração. Esse legado se faz visível dentro das atribuições de coordenador, planejador e avaliador das ações de promoção à saúde, em conjunto com a equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Dentre os tipos de planejamento em saúde, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) utilizando a metodologia de aplicação do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), vem sendo o mais utilizado, devido sua flexibilidade e política democrática, abrindo espaço para atuação de diferentes atores. Ora é sabido que promover saúde é estar atendo a realidade da população inserida no Distrito Sanitário, mais especificamente no território-processo.

O profissional de enfermagem não deve se ater somente ao reducionismo de assistência dentro da estrutura física de sua unidade, pois é face a face com a

população que o mesmo irá elencar e priorizar os problemas cabíveis de mudança, em parceria com sua equipe e atores sociais.

Assim se faz necessário a inserção de outros integrantes no processo de construção do planejamento, onde o enfermeiro e sua equipe, mais especificamente o agente comunitário de saúde, abrem espaço para os atores sociais residentes na área de abrangência das ações de sua unidade de saúde. O fortalecimento da democracia enfatizada pelas novas políticas públicas de saúde cada vez mais tem tomado proporções quando o diálogo aberto é tido como um princípio de trabalho entre os profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever sobre a importância do Planejamento Estratégico Situacional (PES) em território sanitário, bem como a atuação do enfermeiro e atores sociais na sua construção.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evidenciar a importância do planejamento em saúde em território sanitário com base no redirecionamento das ações de saúde preconizado pelo SUS;
- Discorrer sobre o Planejamento Estratégico Situacional e o MAPP como um método de execução;
- Discorrer sobre o Planejamento e o envolvimento do enfermeiro e atores sociais como cooperadores na busca de melhorias em saúde.

3 METODOLOGIA

A revisão de literatura foi tomada como princípio de execução do trabalho de monografia, voltado para a tematização de Planejamento Estratégico Situacional em Território Sanitário como uma ferramenta de trabalho do enfermeiro bem como o envolvimento dos atores sociais em sua construção. O período de execução do trabalho ocorreu a partir do mês de abril e seu encerramento se deu no mês de junho de 2011.

Para tanto, o material levantado é caracterizado através de acervos pessoais e da Biblioteca Júlio Bordignon. A plataforma de busca: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Portal do Scielo Brasil, sites de busca Google. Bem como a utilização dos Descritores de Saúde (DECs): Planejamento Estratégico, Saúde da Família, Participação Comunitária e Enfermagem.

Foram utilizadas 39 referências, sendo 16 (41,05%) livros, 16 (41,05%) artigos nacionais, um (2,55%) artigo internacional, quatro (10,25%) publicações do Ministério da Saúde, um (2,55) Caderno de Legislação COREN-RO e uma (2,55%) publicação do site Oficial da União.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Desde os primórdios, temos conhecimento da luta do homem pela sobrevivência num contexto em que somente os fortes sobreviveriam. Eram nômades, viviam em grupos, caçavam, pescavam e dominavam territórios. Com o decorrer dos tempos se multiplicaram e desbravaram outras terras, adquirindo influências de povos, culturas e crenças. As primeiras civilizações encontradas no Oriente Médio, deixaram relatos históricos, de que havia uma singela noção de armazenamento de água, drenagem e sistemas de irrigação, planejados e construídos nas margens de vales dos rios Nilo, Tigre e Eufrates. Ou seja, valia-se de recursos natural como plano de sobrevivência (ANDRADE, SOARES e CORDONI JUNIOR, 2001).

O aperfeiçoamento do homem num contexto socioeconômico e não mais somente como um ser sobrevivente se fez necessário, atrelado ao empoderamento de poucos, politicamente falando. Houve a necessidade de mão-de-obra qualificada e organizada no processo de produção e economia. FONTINELE JUNIOR (2002) discorre sobre o desenvolvimento industrial na Europa, no século XVIII que dominava o comércio mundial influenciando sobre uma nova maneira de organização social. Inevitavelmente os privilégios de uma pequena classe, levaram as discrepâncias, e o surgimento das Revoluções ocorreu em consequência da insatisfação dos trabalhadores. A crise perdurou por séculos e causou notáveis mudanças culturais no então século XX como: expansão mercantil, meios de transportes, acúmulo de capital e o surgimento das multinacionais, facilitado pela era atômica, onde o homem passa a ser substituído pela máquina.

Foram necessários séculos até que, o conceito de administração fosse tomado como ciência, passível de estudos, análise e elaboração de instrumentos que facilitassem o planejamento. A ciência da administração exigia métodos para solução dos problemas que surgiam nos países cada vez mais focados no capitalismo. Nomes importantes são destacados como o engenheiro Frederick W. Taylor (1856-1915), considerado o idealizador da administração responsável pelo desenvolvimento dos Princípios da Administração que esclareceu pontos importantes

como: planejar para não improvisar, selecionar trabalhadores considerando sua aptidão; controle de bens e serviços executado por uma gerência efetiva e o cumprimento das atividades de maneira responsável. Henry Ford (1863-1947) por sua vez, iniciou as produções em massa, garantindo qualidade e preço acessível com o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho. Henri Fayol (1841-1925) fundador da Teoria Clássica da Administração definiu que eram necessários cinco passos básicos: Planejar; Organizar; Comandar; Coordenar e Controlar. E assim tem-se o conhecimento do que entendemos por processo administrativo.(CHIAVENATO, 2004).

Para o mesmo autor citado no parágrafo anterior, o planejamento possui a função administrativa que antecede os objetivos, e os meios de alcançá-los dentro de uma seqüência e assim surge o plano intermediando as fases de elaboração e execução. Cabe ao administrador escolher o planejamento a ser trabalhado, de maneira operacionalizada e dividido como: estratégico, tático e ou operacional. O planejamento estratégico tem como característica sua grandeza e o tempo de execução podendo ser trabalhado de médio a longo prazo, diferindo-se do tático onde geralmente, ocorre de maneira fragmentada dentro de uma organização e planejada para o período anual.

O planejamento operacional engaja-se nos questionamentos de como e com que. Assim trata-se de operacionalizar de maneira isolada, e preocupando-se com as técnicas, instrumentos e eficiência. Sucintamente, trata-se de um planejamento direcionado a manutenção, isto é, aperfeiçoar o que já está em andamento. Ater-se a um ou outro modelo, de maneira fechada e determinante, pode facilitar contratempos e riscos de falhas. Considerando a importância de todos os níveis de planejamento, prima-se que independentemente da escolha, o método deve ocorrer de maneira clara e objetiva sem abrir espaço para dúvidas.(GANDIN, 2000). É necessário ter uma base administrativa consistente do que realmente entende-se por planejamento e sua execução na realidade o qual será inserido.

No Brasil, novas exigências de planejamento tornaram-se gritantes a partir da década de 1930, marcado como o momento de transição em Estado oligárquico para burguês, decorrente da revolução industrial formada no país. Segundo Ianni (1979) apud Paim (2002) a autora descreve a década de 1930-1970 como marco do

desenvolvimento de uma política econômica nacionalista, sendo inevitável à intervenção do Estado na economia, a partir da criação do Conselho Federal do Comércio Exterior, responsável pelo planejamento governamental do país. As implacáveis transformações no cenário político, econômico e principalmente social, trouxeram à tona, todas as dificuldades governamentais, em atender as reais necessidades da população brasileira. Na década de 70, teve início às novas concepções de planejamento em saúde, na América Latina com a elaboração do documento *“Formulacion de las Políticas de Salud”*, firmado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), primando quanto à importância da participação social nos serviços de saúde. Em âmbito brasileiro as novas políticas não condiziam com o caráter autoritário do governo.(PAIM, 2002).

A saúde brasileira na década de 70 passou por diferentes percalços, devido à instabilidade econômica do país, e ações voltada à cura de maneira individual nos setores privados, ou em espaços de saúde financiado pela Previdência Social. É fato que o anseio por mudanças, cada vez mais buscava por inovação nas propostas de saúde pública, visando à redemocratização e atuação social. A Medicina Comunitária foi bem vista na reformulação das ações, ao traçar uma nova linha de se promover saúde tomando como princípio a realidade do país e utilizando meios práticos na prevenção de agravos, em caráter coletivo (VASCONCELOS, 1997). Retoma-se a memória os indícios de um movimento, conhecido como Reforma Sanitária, inspirado no modelo da reforma italiana, com visão de uma assistência de saúde atrelada ao direito de cidadania. A saúde governada de maneira centralizada se mostrava ineficaz, demonstrados principalmente por dados preocupantes como: agravos decorrentes do processo rápido de migração da zona rural para a urbana (aglomerado de pessoas), altos índices de mortalidade infantil, e a permanência de surtos de doenças infecciosas.(ROCHA e CESAR, 2008).

Tornou-se elementar a necessidade de ações primárias em saúde como novo modelo prático e acessível a diferentes classes sociais.

Diferenciar as áreas preventivas e curativas do sistema de saúde em território brasileiro exigiu que o Ministério da Saúde tomasse novas medidas de planejamento amplo e coletivo, segundo a Lei Federal 6.229, de 1975.(ANDRADE, SOARES e CORDONI JUNIOR, 2001).

A Conferência de Alma Ata subsidiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, na extinta União Soviética, preconizava uma saúde mais expansiva até o ano 2000 através da “Declaração de Alma Ata”, bem como a importância de se adotar medidas de ações básicas, participação comunitária e a intersetorialidade como elementos dos programas de promoção em saúde. O segundo grande acontecimento na busca de transformação voltada aos modelos de saúde, ocorreu com a primeira Conferência Internacional de Saúde no ano de 1986, em Ottawa Canadá, ao discutir pontos importantes nas ações como: a criação de políticas públicas saudáveis, ambiente sustentável, o aperfeiçoamento individual da saúde, e o novo norte que os serviços deveriam tomar.(SOUZA e GRUNDY, 2004).

Entende-se que o Movimento pela Reforma Sanitária, foi imperativo na consolidação de uma saúde democrática, o que viria em discordância com a realidade brasileira, fomentada pela centralização de poder e voltada ao tratamento de organismos doentes causando alheamento de uma parcela considerável da população aos serviços dos hospitais e Caixas Previdenciárias. Toda a mobilização em prol do movimento alcançou diferentes classes sociais, que discordava com a então política reducionista em saúde.(MARCA et al., 2009).

Arouca (1998, *online*) de maneira sucinta referencia a trajetória da Reforma Sanitária como:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Como menciona Paim (2002), o movimento foi crucial na consolidação da democracia, indo ao encontro das propostas apresentadas pela VIII Conferência de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986. As inovações traçariam um novo caminho, reorientando o novo planejar e executar das ações de saúde, dentro de um sistema unificado e descentralizado, mais tarde intitulado como: Sistema Único de Saúde o (SUS).

A luz do arcabouço legal do SUS só foi devidamente concretizada em fins do ano de 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS), nº. 8.080, sob os princípios de organização e operação do sistema. Encontram-se também no modelo de sistema de saúde os condicionantes para se promover, proteger e recuperar a saúde em território nacional, sob as responsabilidades das esferas governamentais de maneira descentralizada. Os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização político-administrativa e participação da comunidade, são denominados como princípios doutrinários e organizativos. A conquista da participação social, almejada ao longo dos anos, tornaria oficial, e instituída legalmente, através da Lei n.º 8.142/90, através dos Conselhos Municipais de Saúde e Conferências.(FIGUEIREDO e TONINI, 2007).

A participação popular dentro dos princípios do SUS, foi aprovada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, durante do governo do então presidente Fernando Collor de Melo, período em que a globalização alcançava diferentes classes sociais.(VALLA, 2000).

O atual governo federal, devidamente expressado na pessoa da presidenta do Brasil, vem expressar as ações de saúde de maneira que

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:
I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e
III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar. (BRASIL, 2011, p. 3).

Mattos (2001) apud Franco et al., (2004) contempla a integralidade como uma recusa á centralização de poder, alocando o sujeito dentro dos propostos de um diálogo aberto.(FRANCO et al., 2004). No mais entende se que os princípios do SUS devem se fazer presentes não somente numa ideologia e sim na prática de ofertar serviços com qualidade e integralidade.

Integralidade essa que traz a responsabilidade em ofertar uma assistência diferenciada, em conceituar saúde e doença, atentando-se para o individual e o coletivo, junto aos serviços de saúde, englobando todo um conjunto de pessoas,

como atores principais na busca de melhores condições de existência. (FURTADO e TANAKA, 1998 apud ANDRADE, SOARES e CORDONI JUNIOR, 2001).

O Brasil se viu a frente de mudanças no novo sistema de saúde (SUS), contemplando o cidadão na aquisição dos direitos de acesso aos serviços de saúde de forma gratuita, regido pela LOS, firmando que, União, Estado e Município têm como total responsabilidade criar normas estratégicas que garantam os direitos ampliando a participação da comunidade. (COSTA e CARBONE, 2009).

É nesse contexto que atualmente as novas práticas devem ser tomadas em caráter de ações primárias, dentro do processo de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF). A reorganização dos serviços é contemplada na Política Nacional de Atenção Básica dispendo sobre os princípios gerais:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstica situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde - doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e.
- V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006, p.20).

O desenvolvimento dos serviços de saúde ao longo do tempo foi aprimorado, com a criação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), em conjunto com os princípios do SUS, dentro de um espaço organizacional do sistema. (TEIXEIRA, 1995). O setor sanitário tem como desafio, a responsabilidade em promover saúde, além de serviços médico-clínico e assim atender as necessidades da comunidade, voltada aos princípios de intersectorialidade já preconizada pela Carta de Otawa. (GENTILI, 2001).

Mendes et al., (1995) faz definições importantes do espaço, em termos de saúde como: Distrito Sanitário (DS) um ambiente geográfico, composto por uma população e administração aliada ao sistema de saúde presente no seu espaço; Território-Área de Abrangência se trata da delimitação da área de responsabilidade

de uma UBS, atentando para acessibilidade aos serviços de saúde e o fluxograma da população; Território-Microárea, remonta os nós críticos e a atuação constante de vigilância em saúde; Território Moradia é tomado como prioridade operacional e estudo epidemiológico.

Assim as informações contidas no espaço local-território e seus componentes, fornecem dados de suma importância defendidos por Unglert (1995, p.222) como:

Processo de apropriação do espaço por distintos atores sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo ainda um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. [...] a territorialização é, portanto, um passo fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde.

Ações básicas de saúde tendem a delinear o contato primordial entre o cidadão e o SUS, onde o indivíduo é visualizado de maneira singular nas metas de promoção, prevenção e subtração dos danos (BRASIL, 2004). O meio externo pode ser tomado como uma ferramenta importante entre o encontro do enfermeiro face a face ao cotidiano da sua comunidade, traçando um diagnóstico situacional, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O aperfeiçoamento e a atuação do enfermeiro em saúde e cidadania ditam o conhecimento do território a ser trabalhado envolvendo: gestores, equipe multiprofissional e comunidade, nas ações desenvolvidas pela ESF. Compete à enfermagem despir-se de métodos ultrapassado de caráter técnico-assistencialista, cogente nos programas de saúde e absorver as informações contidas dentro do seu território de atuação em conjunto com os ACS (Agente Comunitário de Saúde) considerando-os como principal elo na comunidade. (BRASIL, 2001).

Esse processo de atuação do profissional de enfermagem requer embasamento administrativo inseridos em atenção primária e devidamente achado na pessoa do enfermeiro, segundo a Lei nº498/86 artigo 11 que dita suas atribuições de: planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de assistência, identificando junto a sua equipe as carências da comunidade atendida pela os novos princípios de ação primária. (CORREIA e SERVO, 2006). O dinamismo encontrado

dentro de um espaço territorial irá refletir nos setores organizativos, um conjunto de informações reais e prioritários, passíveis de transformações.

O diagnóstico situacional ocorre num dinamismo e requer superação de conceitos obsoletos em saúde como: trabalho passivo, tratamento voltado a organismos adoecidos, ou condutas restritas por parte dos profissionais em saúde (SANTOS e MIRANDA, 2007).

As atividades realizadas pela Estratégia Saúde da Família, com base em ações de vigilância em saúde, tendem a realizar a territorialização e visualizar os agravos priorizando ações resolutivas por meio de planejamento. De maneira específica os órgãos governamentais ou não, devem se dispor de diálogos aberto no desenvolver de ações intersetoriais objetivando: a integralidade dos trabalhos em saúde, supervisão e avaliação das atividades. (BRASIL, 2008).

Um exemplo a se destacar ocorreu em Marília-SP, na Faculdade de Medicina (FAMEMA) com a revisão da grade curricular dos cursos de medicina e enfermagem, considerando as transformações nos serviços de saúde ocorridas na década de 90, enfatizando a importância de projetos comunitários, mobilizando a participação popular no aperfeiçoamento das ações em saúde. (KISIL, 1996 apud LALUNA e FERRAZ, 2006).

Prima-se que a permanência dos ACS dentro do processo de territorialização, traz embasamento para as transformações necessárias no seu espaço de atuação como: ausência de saneamento básico e riscos de doenças contagiosas, violência, pessoas acamadas etc. É sabido que sua atuação de maneira efetiva tende a estreitar os laços entre comunidade e saúde (NASCIMENTO e CORREIA, 2008).

A equipe deve tomar parte de uma visão estratégica, mesmo porque não se trata de algo pontual e sim um meio que sofre ou lança fatores influentes na comunidade. Dai os passos a serem tomados como: conhecimento de áreas desocupadas, projetos a serem ali executados, delimitações por mapas, áreas de risco, acessibilidade, presença de saneamento básico e perfil sócio cultural dos moradores. (OHARA e SAITO, 2008).

O abordar dos problemas leva ao planejamento, no qual o sujeito planejador pode ser vários atores, em diferentes esferas, descentralizadas e que se expressam de maneira multicausal. Assim o setor governamental, gerencia membros da equipe e demais, na construção e elaboração do planejamento geral. (COSTA e CARBONE, 2009).

Cabe ressaltar que a equipe de saúde não tem como obrigação resolver todos os problemas dentro da comunidade. Há necessidade de priorizar os fatores agravantes, dentro do território o que ira auxiliar na tomada de medidas coletivas como meio de saná-los de maneira satisfatória. (SANTOS e MIRANDA, 2007).

Bryson (1988) cita que o enfermeiro tomando o planejamento estratégico como instrumento de atuação na comunidade tende a suprir as necessidades em nível individual e coletivo.

Porém, todas as informações levantadas dentro de uma área, denominada como território-processo, devem ser tomadas como passos em busca de qualidade de vida de maneira bem elaborada e dentro da realidade. Gandin (2000) firma que a concretização das políticas e estratégias de planejamento só tem sentido quando considerada uma Metodologia Científica Para Construir a Realidade.

Dentre as metodologias de planejamento em saúde, atualmente o modelo mais utilizado é o Planejamento Estratégico Situacional (PES), criado pelo economista chileno Carlos Matus, na década de 70. O PES tem como característica sua flexibilidade frente à dinâmica da realidade social, através de uma “análise situacional”. Outro ponto importante ocorre na solidificação do plano por meio da ação, o oposto de planejamentos tradicionais onde geralmente são pontuais. (IIDA, 1993).

O desenvolvimento do PES ocorre em quatro pontos importantes, de maneira que, não existe uma seqüência lógica já que os pontos são interdependentes. Para tanto são conceituados como:

- Explicativo: os agravos relevantes são selecionados, bem como sua compreensão através de pontos críticos e execução das ações dentro da realidade (ALVES e LIMA, 1991 apud BERNARDINO, OLIVEIRA e CIAMPONE, 2006);

- Normativo: ocorre a caracterização dos atores que irão atuar na problemática, os recursos disponíveis no controle operacional dentro de um espaço, considerando as variáveis (satisfatórias ou não) e assim definição do início e fim do momento (LANZONI et al., 2009);
- Estratégico: busca saber quanto à viabilidade do plano, resposta dos atores inseridos no problema e como avaliar a eficácia das ações. A análise estratégica deve ser concretizado tanto na elaboração como na execução (IIDA, 1993);
- Tático Operacional: o plano será colocado em pratica através de ações que visando ao alcance de objetivos.(MATUS, 1994 apud BITTAR, et al., 2009).

O PES pode ser traduzido pelo MAPP, como aliado na avaliação de problemas inserindo o ator social dentro do planejamento, considerando seu potencial no processo de mudanças no seu espaço, a partir da troca de conhecimentos.(TANCREDI, BARRIOS e GERMANN, 1998).

E importante destacar que Matus preocupou-se em criar um método racional de planejamento, diferente de outras correntes que se atentavam ou atentam para discussões intervencionistas.(SILVA, 2001). Trata-se na verdade de um modelo operacional, onde a participação não esta centralizada numa única pessoa e sim num coletivo.

Tancredi et al. (1998) apresenta os passos essenciais na elaboração do planejamento utilizando o método do MAPP:

- 1- Problemas elencados: devem ser verdadeiramente possíveis de solucioná-los, dentro de sua importância em comum acordo entre os diversos atores;
- 2- Desenho dos problemas: também conhecido como “Descritores”, ou seja, devem ser enumerados devidamente (d1, d2, d3...), porém, não devem ser tomados como causas e consequências;
- 3- Árvore explicativa dos Problemas: são as causas dos problemas e suas interpelações, construída a partir da origem de seus descritores;

- 4- Situação objetivo: debatem-se as metas a serem alcançadas de maneira viável. Consideram-se o prazo de maturidade do plano, as operações que irão configurar mudanças e seu dimensionamento. A construção de tabelas que incluam o Vetor de Descrição de Problemas (VDP) e o Vetor de Descrição dos Resultados (VDR) serve de parâmetro na fase apresentada.
- 5- Nós críticos: causas que desencadeiam o surgimento dos problemas, e quando transformados refletem diretamente sobre o problema final.
- 6- Desenho de operações e demandas: são ações que tendem alterar os nós críticos, bem como as operações onde a pessoa do ator, terá participação direta ou no mínimo terá influencia sobre os meios.
- 7- Definição das responsabilidades pela operação, que ira prestar contas ao ator líder do plano;
- 8- Definição dos responsáveis nas demandas operacionais: requer uma monitoração do ator responsável no enfrentamento do problema;
- 9- Avaliação operacional: definição dos custos operacionais e contribuição por parte das pessoas envolvidas;
- 10- Orçamento: custos e contribuição por parte das pessoas envolvidas, se houver necessidade de proventos financeiros;
- 11- Atores sociais envolvidos no plano: a nível de planejamento municipal, os atores podem ser constituídos desde um nível de organização institucional, até os agentes informais já citados (líder comunitário, donas de casa, comerciantes, benzedeadas etc.) de acordo com o foco do plano e o grau de motivação dos atuantes;
- 12- Identificação de recursos críticos no desenvolver das ações: pontos críticos podem retardar as soluções dos problemas elencados, quando não estiver sob a governabilidade do ator responsável;
- 13- Trajetória alçada: requer análise coerente entre o grupo na conclusão de uma operação antes de se iniciar outra;

14- Vulnerabilidade do plano: considerada por Matus, como um condicionante letal, a ausência de uma análise, pode levar ao fracasso caso não haja alternativas como garantia de sucesso;

A participação conjunta entre, níveis organizacionais e os diversos atores sociais foram devidamente contemplados pela 13^o Conferência Nacional, afirmado que:

O ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem criar mecanismos intersetoriais para estimular a mobilização, a organização, e a participação da população nos espaços de controle social, em especial os movimentos estudantil e social, com a implementação de programas de educação em saúde e mobilização social voltado para a concretização de agenda de luta em defesa do SUS, dos direitos humanos, da saúde e cidadania. (BRASIL, 2009 p. 167).

Os atores sociais são encontrados além da estrutura física das unidades básicas de saúde, os mesmos podem ser localizados nas associações de bairro, igrejas, escolas, comércio, benzedeiras, mulheres etc. Assim a interação entre os profissionais de saúde e os agentes informais de saúde, pode ser tomada como um ato de cooperação e troca de conhecimentos facilitadores na busca de uma melhoria na qualidade de existência. (VASCONCELOS, 1997).

Gentile (2001) denomina todo essa participação como empoderamento individual ou coletivo nas escolhas de melhorias de qualidade concreta de existência, e seus determinantes. Conhecendo todo o contexto histórico da saúde, não é novidade que toda essa participação no processo de construção de uma saúde adequada, só foi possível quando o sistema tornou-se mais claro e objetivo.

A viabilidade dessa estratégia de empoderamento dos usuários, dentro de seu espaço social também é defendida por outros autores. Teixeira (2004) em uma de suas obras literárias, discorre sobre a importância de se levantar os problemas reais e passíveis de mudança por parte de todos, integrando os profissionais de saúde e a comunidade de um território sanitário, de maneira que os benefícios são universalizados na manutenção de uma saúde mais fortalecida. Esse empoderamento pode ser promovido por meio de uma educação popular tão discutido entre as novas perspectivas de saúde coletiva.

Esse conceito é reforçado por Moysés, Moysés e Krempel (2004) que defendem a participação social como um instrumento eficaz às estratégias de promoção em saúde. Os autores ainda referem que a fragmentação dos serviços de saúde acarreta dificuldades em visualizar e solucionar os problemas.

No que se espera da atual concepção da pessoa do enfermeiro, é inadmissível que se retomem as técnicas-assistencialistas, criticadas devido sua mecanização. Os mesmos são considerados como formadores de opiniões, isso requer um amplo conhecimento de onde se quer chegar e os caminhos a serem percorridos dentro de uma cultura cada vez mais voltada ao planejamento como instrumento de trabalho. Enfatiza-se a autonomia dos administradores locais no desenvolvimento das atividades primária de saúde levadas de maneira efetiva à população alvo. (PASSOS e CIOSAK, 2006). Assim entende-se que é necessário além de planejar, fornecer amparo para ser saudável.

A nova dimensão da saúde vem atribuir às necessidades na tomada de decisões, embasadas por meio de planejamento condizentes a essa nova realidade. Corrobora ao enfermeiro tomar como cultura o ato de planejamento de suas atividades, voltado à comunidade em comum acordo nas tomadas de decisões que irão refletir no coletivo social, também conhecido como planejamento participativo. (LANZONI et al, 2009).

Porter-O Grady, (2000) citado por Marquis e Houston (2005) traz à tona a realidade do enfermeiro frente aos desafios de transformar situações instáveis, tomados de uma administração calcada em pensamento crítico e bem articulada no processo de mudanças, fornecendo apoio aos que estão a sua volta.

Tomando como base o assunto discorrido sobre a importância do planejamento de enfermagem, cabe ressaltar o amparo legal mediante as atribuições do enfermeiro descrito no Art. 8^a Caderno de Legislação, como integrante da equipe de saúde: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde. (COREN-RO, 2010).

O perfil do planejador em enfermagem vai ao encontro das novas tendências em administração, atribuídas ao profissional de maneira sistematizada nos diferentes níveis de complexidade. Teoria e prática se fundem através do

planejamento das ações, tomando a importância do conhecimento das fases metodológica e diminuindo os riscos de torná-lo algo inaplicável. (MARTINS *et al.*, 2006).

É crescente o número de enfermeiros que vem assumindo a responsabilidade de coordenadores e gerentes atuando na promoção prevenção e recuperação da saúde. Sendo necessário um espírito de liderança, ética e compromisso com o crescimento dos indicadores de saúde de maneira benéfica. (SANTOS e MIRANDA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde em âmbito brasileiro percorreu caminhos que reivindicavam ações planejadas dentro das reais necessidades em melhorias da qualidade de existência concreta. Como resultado ressalta-se a criação do SUS e sua nova política de ofertar serviços de maneira integral e com bases sólidas. Sendo assim o enfermeiro dentro de suas atribuições de planejamento, organização e cooperação voltadas a saúde, deve estar atento à adoção de uma cultura voltada ao estabelecimento de metas e sua concretização através de planejamento.

O PES tem sido o mais utilizado, devido a sua flexibilidade no processo de execução e passível da atuação de outros atores, ou seja, não existe um plano pontual e centralizado ao poder de um único indivíduo. Assim tem se consolidado cada vez mais a participação popular num contexto de intersectorialidade, conquistado com a reformulação das novas políticas públicas de saúde.

Entendendo que o PES quando voltado à base territorial deve considerar todo o dinamismo existente além da localização geopolítica, ou seja, o território denota a cultura, os anseios e perspectivas da comunidade. O profissional enfermeiro vai ao encontro da realidade do território de abrangência de sua unidade de trabalho e consegue construir em conjunto com sua equipe e demais atores o planejamento que melhor se insira na realidade do território processo. A priorização dos problemas auxilia na concretização dos objetivos de melhorias em saúde e fortalece a democratização nas tomadas de decisões.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma Maffei de, SOARES Darli Antônio e CORDONI JUNIOR, Luiz. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. 267 p.

AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acessado em: 07 Junho 2011.

BERNARDINO, Elizabeth; OLIVEIRA, Elda de; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 03 Junho 2011.

BITTAR, Telmo Oliveira et al. O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **RFO**. 2009, v. 14, n. 1, p. 71-76. Disponível em: <http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/14-01/71_76.pdf>. Acessado em: 16 Junho 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno**. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Caderno de Atenção Básica. 2 ed. rev. Brasília. 2008. 200 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde. **Saúde e Qualidade de Vida**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 246 p.

BRASIL. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. Anexo CXL VIII N°. 123. Brasília – DF. 29 Junho 2011. Seção 1, p. 3.

BRYSON, John. A Strategic Planning Process for Public and Non-profit. Long Range Planning, Printed in Great Britain **Pergamon Journals Ltd.** 73 Vol. 21, No. , pp. 73 to 81, 1988 0024-6301 j88.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações.** 7 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Campus, 2004. p. 634.

COREN-RO. Caderno de Legislação. Fortalecendo a Profissão. 5 ed. Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia, 2010. 98 p.

CORREIA, Valesca Silveira; SERVO, Maria Lúcia Silva. Supervisão da enfermeira Unidades Básicas los de Saúde. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, v. 59, n. 4, agosto 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400010&Ing=en&nrm=iso>. Acessado em: 22 Junho 2011.

COSTA, Elisa Amorim da Costa; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: Uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2009. 260 p.

FIGUEIREDO, Nébia Maria de Almeida de e TONINI, Teresa. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Administração hospitalar.** Goiânia: AB, 2002. 240 p. Coleção de enfermagem.

FRANCO et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004. 326 p.

GANDIN, Danilo. **A prática do planejamento participativo.** 8 ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2000. 182 p.

GENTILE, Marilena. **Promoção da Saúde e Município Saudável.** 1. Ed. Vivere, 2001. 156 p.

IIDA, Itiro. Planejamento estratégico situacional. **Prod.**, São Paulo, v. 3, n. 2, dez. 1993 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65131993000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 22 jun. 2011.

LALUNA, Maria Cristina Martinez Capel e FERRAZ, Clarisse Aparecida. CURRÍCULO INTEGRADO: analisando o desempenho do planejamento participativo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2006, v. 27, n 2, p. 230-9. Disponível em: <<http://www.famema.br/capacitacao/curriculointegradoanalisandoodesempenhodoplanejamentoparticipativo.pdf>>. Acessado em: 16 junho 2011.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo et al. Planejamento em Enfermagem e Saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009, v. 17 , n. 3, p. 430-435. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a23.pdf>>. Acessado em: 28 Maio de 2011.

MARCA et al. A promoção da saúde como responsabilidade compartilhada: intersetorialidade. **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2009. 50-61 p.

MARQUIS, Bessie L. e HUSTON, Carol J.. **Administração e liderança em enfermagem: teórica e prática**. 4. ed. Porto Alegre: Artdmed, 2005. p. 477.

MARTINS, Christiane et al . Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, Sept. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 04 Julho 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org) et al. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995. 310 p.

MOYSES, Samuel Jorge; MOYSES, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 08 Junho 2011.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo e CORREA, Carlos Roberto da Silveira. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e prática. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 6. Rio de Janeiro, 2008. p. 1304-1313. Disponível em: Acessado em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n6/11.pdf>>. Acessado em: 22 Junho 2011.

OHARA, Elisabeth Calbuig Chapina e SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. 1 ed. São Paulo: Martinari. 2008. 424 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde, política e reforma sanitária**. 1 ed. Salvador, BA. CEPS – ISC. 2002. 447 p.

PASSOS, Joanir Pereira, CIOSAK, Suely Itsuko. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enf USP**, São Paulo, 2006. v. 40, n. 4, p. 464-468. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/277.pdf>>. Acessado em: 16 Maio 2011.

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde Pública: Bases Conceituais**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 368 p.

SANTOS, Álvaro da Silva e MIRANDA, Sônia Maria Rezende C. de. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP: Manole, 2007. Série Enfermagem. 436 p.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001. 296 p.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500030&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20 Junho 2011.

TANCREDI, Francisco Bernardini, BARRIOS, Susana Rosa Lopez e GERMANN, José Henrique. Planejamento em saúde: Para gestores municipais de serviços de saúde. São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, 1998. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/alm001.pdf>>. Acessado em: 06 Junho 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde

nas cidades. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, Apr. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 02 Julho 2011.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. Territorialização em sistemas de saúde. IN MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1995. 310 p.

VALLA, Victor Vincente. Participación social, derechos humanos y salud: procurando comprender los caminos de las clases populares. *In*: Leon, R. B., Minayo, M.C. de Souza e Coimbra Junior, C. E. A. **Salud e Equidad: uma mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 384 p.

VASCONCELOS, Eymard M. Educação popular nos serviços de saúde. 3 ed. aumentada. São Paulo: HUCITEC. 1997. 167 p.

ANEXO

Algumas características que diferenciam o planejamento tradicional do PES.

PLANEJAMENTO TRADICIONAL	PES
Determinista (predições certas)	Indeterminista (predições incertas)
Objetivo (diagnóstico)	Subjetivo (apreciação situacional)
Predições únicas	Várias apostas em cenários
Plano por setores	Plano por problemas
Certeza	Incertezas e Surpresas
Cálculo técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado (metas únicas)	Sistema Aberto
Teoria do controle de um sistema	Teoria da participação em um jogo

Fonte: O método PES – Roteiro de Análise Teórica, material elaborado para curso Governo e Planejamento. 1998. FUNDAP – Fundacion Altadir.