



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA

**Planejamento Estratégico: instrumento fundamental
para Estratégia Saúde da Família**

VERIDIANA SILVA RAMALHO

BRASÍLIA-DF

2022



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA

**Planejamento Estratégico: instrumento fundamental para Estratégia
Saúde da Família**

VERIDIANA SILVA RAMALHO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica do Hospital Universitário de Brasília – Universidade de Brasília.

Orientador: Jonas Lotufo Brant de Carvalho

Coorientadora: Thais Fonseca Lima

BRASÍLIA-DF

2022

VERIDIANA SILVA RAMALHO

**Planejamento Estratégico: instrumento fundamental para Estratégia
Saúde da Família**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Especialista em Atenção Básica.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Jonas Lotufo Brant de Carvalho
Orientador

Mestre Thais Fonseca Lima
Coorientadora

Alberto Vasconcelos Sabala
Membro

Bruna Ilha Pereira
Membro

Aprovado em:

Brasília, 04 de fevereiro de 2022

RESUMO

Uma Atenção Primária em Saúde (APS) de qualidade é fundamental para o bom funcionamento de todo o sistema de saúde, visto que deve oferecer cuidado e melhorar a qualidade de vida de uma população específica. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família é implantada de forma prioritária para expansão e consolidação da APS. Ao conhecer cada indivíduo e seu contexto, a equipe pode acolher melhor o usuário e realizar intervenções de maior impacto mediante ações multiprofissionais, desviando o foco da doença. Para que isso aconteça, o planejamento é um aliado na organização das atividades. Este relato de experiência trata da experiência de acompanhar as oficinas do momento explicativo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de uma equipe de Saúde da Família (eSF). O PES é estruturado em quatro momentos, nos quais os atores observam o presente, desenham o futuro e monitoram as ações a partir das suas forças e das oportunidades que o ambiente externo oferece. Assim, possuem maior potencial para enfrentar as fraquezas e as ameaças a que se propuseram. Ao total, foram acompanhadas cinco oficinas de planejamento. De início, a equipe elaborou a sua missão organizacional. Em sequência, realizou a Matriz FOFA, elencando forças, oportunidades, fraquezas e ameaças dentro e fora da equipe de saúde. A partir desse levantamento, selecionou os problemas segundo critérios da Matriz GUT e de governabilidade. Desses, identificou as causas com a Espinha de Peixe e analisou em quais tem capacidade para transformar, finalizando a etapa com a elaboração da visão de futuro. Os dados foram apresentados na ordem em que aconteceram as oficinas. A necessidade da territorialização ficou evidente para a equipe, a qual identificou nós críticos que dificultam seus processos de trabalho. Os membros da equipe se empenharam nas oficinas e já agregaram novas ações no cotidiano da eSF; contudo a ausência de alguns membros foi um dos desafios para a implementação do planejamento.

Palavras-chave: gestão em saúde; planejamento estratégico; atenção primária à saúde; estratégia saúde da família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 APRESENTAÇÃO	6
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
1.3 OBJETIVOS	9
1.3.1 Objetivo Geral	9
1.3.2 Objetivos Específicos	9
2 DESENVOLVIMENTO	10
2.1 METODOLOGIA	10
2.1.1 Tipo de Estudo	10
2.1.2 Local da pesquisa	10
2.1.3 Amostra	11
2.1.4 Materiais e métodos	11
2.1.5 Análise dos Dados	13
2.2 RESULTADOS	13
2.2.1 Construção da missão organizacional	14
2.2.2 Momento explicativo	15
2.2.3 Elaboração da visão de futuro	21
2.3 DISCUSSÃO	21
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

A motivação para a realização deste estudo contou com a presença de profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) que querem se dedicar, de fato, ao modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e não conseguem. Essa situação foi apreciada durante o ano de 2021, enquanto estava no cenário de uma Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP). Os obstáculos para desenvolver a ESF decorrem das diversas dificuldades no processo de trabalho das equipes, incluindo as advindas com a pandemia da COVID-19. Diante do observado, a gerência considerou ser fundamental a incorporação da cultura de planejamento pelas equipes.

Ao ser uma ferramenta de gestão, os servidores da gerência e eu, acreditamos que o planejamento pode auxiliar a equipe no enfrentamento de seus problemas, na tomada de decisões e na organização do processo. Para isso, acompanhou-se algumas oficinas do processo de planejamento de uma equipe de Saúde da Família do Distrito Federal. Em seguida, à luz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017) foram discutidos os desafios encontrados para cumprir princípios e diretrizes da Atenção Básica, bem como de implementar o planejamento.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que um sistema de saúde seja efetivo nas suas ações e serviços é fundamental que a APS seja forte (STARFIELD, 2002). Morosini, Fonseca e Lima (2018) ratificam ao afirmar que o fortalecimento da APS no Brasil, por meio de políticas, contribuiu para a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o Brasil tem a ESF como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS (BRASIL, 2017).

A APS é o primeiro nível de atenção para os usuários de um sistema de saúde, ou seja, é o local propício para o primeiro contato (GIOVANELLA, 2006). Por ser mais próxima da comunidade, não oferece apenas o básico (ACIOLI, 2011),

também avança nas condições de saúde e doença mais comuns da população assistida (GIOVANELLA, 2006) buscando a melhoria da qualidade de vida da população, dos indicadores de saúde e da condição sanitária do território.

No SUS, as ações da APS são voltadas para promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em Saúde (BRASIL, 2017). Essas ações e os serviços de saúde devem ser ofertados para qualquer pessoa, respeitando e considerando suas singularidades e atendendo todas suas necessidades de saúde - respeitando assim seus princípios de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2017).

Já as diretrizes nacionais são mais voltadas para os processos de trabalho e norteiam como deve ser a organização do cuidado a ser oferecido. Sendo elas: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da comunidade (BRASIL, 2017). Dessa forma, a política demonstra que as ações e os serviços prestados na APS devem cuidar do indivíduo ao longo da sua vida a partir do contexto em que ele vive, seja na APS em si ou coordenando sua passagem por outro nível de atenção.

Para executar essas atribuições, a Atenção Primária no Brasil pode ser formada por cinco tipos de equipes de saúde: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Básica (eAB), equipe de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Dentre esses tipos de equipes, como já mencionado, a ESF é a estratégia prioritária para prestar atenção à saúde e reorganizar a APS (BRASIL, 2017).

Essa estratégia é formada pelas eSF, as quais são minimamente compostas por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), todos de 40 horas (BRASIL, 2017). O objeto de atenção é a família (BRASIL, 1997), assim, por meio da vigilância em saúde, a equipe busca conhecer o indivíduo por meio do seu contexto familiar e social, para reconhecer melhor o processo de saúde-doença. Deste modo, a eSF pode realizar intervenções de maior impacto mediante ações multiprofissionais, relações de acolhimento e criação de vínculo que direcionam a corresponsabilidade entre profissionais de saúde e

população (BRASIL, 1997; FERTONANI, 2015).

Na organização da agenda de trabalho, os membros da eSF devem reservar um horário para se reunirem com a finalidade de alinhar os processos de trabalho e qualificar o serviço, pois permitem o planejamento e acompanhamento do desenvolvimento das ações (VOLTOLINI, 2019). Ao planejar, as ações e os serviços são orientados por um objetivo, não apenas por inércia (FIGUEIREDO, 2020). Ainda permite que as pessoas envolvidas reflitam e sejam atores ativos no enfrentamento aos problemas identificados (DA SILVA; RAMALHO; DE SOUZA, 2018), sendo então um aliado para a organização do trabalho (PIRES, 2019).

Sobre os benefícios do planejamento em saúde, Martins e colaboradoras (2019) relataram mudanças positivas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) a partir da capacitação da gestão local, da utilização de métodos científicos de planejamento e de ideias inovadoras. Também, Figueiredo e colaboradores (2020) retratam: a) que é necessário aproximar o planejamento das ações de saúde, aumentando a resolutividade do serviço; e b) que o planejamento deve ser participativo, envolvendo gestão, equipes de saúde e comunidade. Cardoso (2013) acrescenta que os objetivos pactuados devem estar alinhados com as necessidades da gestão; ser planejado por quem tem capacidade de executar as ações; e ser flexível para ajustar à realidade ao longo do processo.

Há vários métodos de planejamento, sendo necessário verificar qual o melhor para cada contexto (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016). No que diz respeito às eSF, Figueiredo e colaboradores (2020) consideram que o método adequado é o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Moraes e Nascimento (2016) concordam, pois observaram que o PES é uma ferramenta de gestão indispensável para o trabalho em equipe.

O PES não se limita ao delineamento de ações, também é orientado para o monitoramento das ações e atualização frequente do plano (ARTMANN, 2000). Ao partir de uma realidade específica, em que todos os presentes estão envolvidos, o PES promove reflexão sobre a situação inicial e contribui para a definição de metas. Para isso, os participantes - que são chamados de atores - observam o presente, desenham o futuro (CARDOSO, 2013) e monitoram as ações estabelecidas a partir das suas forças e das oportunidades que o ambiente externo oferece. Assim,

possuem maior potencial para enfrentar as fraquezas e as ameaças a fim de alcançar os objetivos a que se propuseram (CARDOSO, 2013).

Essas reflexões acontecem em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Primeiro, os atores compreendem o contexto inicial realizando uma análise de situação da saúde a partir das condições de saúde da população, da infraestrutura local e dos processos de trabalho (CARDOSO, 2013). E assim podem identificar, descrever e explicar os problemas existentes por meio do reconhecimento das suas causas (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011). Em sequência, estabelecem quais resultados querem alcançar e começam a desenhar o plano de ação (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011). Então, verificam o que é coerente, com o que já foi produzido técnico-cientificamente (CARDOSO, 2013), e o que é viável naquele contexto de acordo com a capacidade de decisão, operacionalização e de dar continuidade ao processo (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011). Por fim, programam a implementação das ações pensadas, definem as estratégias de monitoramento e avaliação, e como será a gestão do plano até a sua conclusão (CARDOSO, 2013).

Diante dos benefícios e da importância do planejamento para as equipes de saúde da APS, este trabalho relata a experiência de acompanhar o processo do PES de uma eSF, de modo a fortalecer esta metodologia como uma ferramenta de gestão que orienta a equipe e conduz suas ações.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Descrever a experiência de acompanhar o Planejamento Estratégico Situacional como uma ferramenta de gestão orientadora do processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família.

1.3.2 Objetivos Específicos

1.3.2.1 Registrar a vivência de cada oficina de planejamento de atividades de uma equipe de Saúde da Família;

1.3.2.2 Relacionar o processo com a PNAB;

1.3.2.3 Relacionar o processo com a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017);

1.3.2.4 Discutir os desafios para a implementação do planejamento.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

2.1.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é um relato de uma experiência facilitada pela integração ensino-serviço. O relato é de natureza descritiva com características qualitativas, o qual busca apresentar o processo de planejamento das atividades de 2022 por uma determinada eSF do Distrito Federal.

O relato de experiência descreve as vivências e as impressões particulares de quem estava envolvido, permitindo reflexão sobre o que ocorreu (LOPES, 2012). Assim, se utiliza do tipo de estudo descritivo para registrar o que foi observado (POLIT; BECK, 2018 apud PEREIRA, 2020).

Como o planejamento parte da visão de uma situação inicial e é desenvolvido conforme as crenças do grupo, a pesquisa qualitativa é a abordagem mais adequada. Minayo (2001) explica que este tipo de pesquisa se destina a questões da realidade que não podem ser quantificadas, e sim tem por natureza se aprofundar nos significados das ações e relações humanas, como crenças, valores e atitudes.

2.1.2 Local da pesquisa

A equipe estudada está lotada em uma UBS localizada em uma Região Administrativa (RA) vulnerável, que está na parte leste do Distrito Federal. Essa região surgiu em 2005 com várias ocupações irregulares de população de baixa renda, e atualmente, sofre com novas ocupações com condomínios fechados abrigando também a classe média (CODEPLAN, 2019).

Em 2018, a população era de 62.208 pessoas (CODEPLAN, 2019), com projeção de 64.747 para 2020 (SES-DF, 2019). Com respeito aos moradores dessa

RA, não há diferença na distribuição do sexo, são predominantemente jovens (idade média de 28 anos), e 89% das pessoas não têm plano de saúde, dependendo exclusivamente dos serviços do SUS (CODEPLAN, 2019).

Em relação à cobertura por saúde da família, em 2021, esta RA possuía 15 eSF distribuídas em 3 UBS. Atualmente, a UBS onde o estudo foi realizado comporta nove eSF, 1 Nasf-AB e duas equipes de Saúde Bucal. Seu funcionamento, desde final de 2019, é das 7:00 às 22:00 de segunda à sexta e é uma unidade com tradição em receber estudantes de nível superior e de pós-graduação.

2.1.3 Amostra

A equipe escolhida é composta de um médico (40 horas), um enfermeiro (40 horas), dois técnicos de enfermagem (40 horas cada) e três ACS - todos com capacitação em Saúde da Família. A maioria dos profissionais trabalha na UBS há mais de cinco anos, mas a atual composição dos servidores é nova. Apenas um ACS é contratado, todos os demais profissionais são de carreira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Além do crescimento populacional comum, em 2021, em decisão colegiada da Diretoria com as gerências do território, foi acrescida uma área com aproximadamente 178 pessoas, sendo um território formado por chácaras e pequenos lotes.

Todas as características apresentadas anteriormente fizeram com que essa fosse a equipe escolhida para o estudo: a) os profissionais de medicina e enfermagem são novos na equipe; b) a entrada de mais dois ACS na equipe; e c) a expansão do território adstrito em 2021.

2.1.4 Materiais e métodos

Para as oficinas de planejamento, foram utilizadas técnicas para o primeiro momento do PES - explicativo - para a coleta dos dados. Acompanhou-se às oficinas de planejamento realizadas durante os meses de novembro e dezembro, em paralelo à reunião semanal da equipe.

O planejamento teve início com a construção da missão organizacional da equipe. Mesmo não sendo um elemento do PES, a definição da missão é uma etapa importante para o processo, pois revela a identidade da organização (CARDOSO,

2013), orientando a estruturação das ações. Assim, a equipe foi convidada a pensar sobre o seu motivo de existir; quem é o seu público-alvo; quais as ações e os serviços em saúde oferecidos; como querem desempenhar suas atividades e quais os princípios que consideram fundamentais nos processos de trabalho (CARDOSO, 2013). Para ajudar nessa construção, utilizou-se o *brainstorming*, ferramenta para exposição de ideias diversas sobre uma questão a ser pensada (BEHR; MORO; ESTABEL, 2008).

De posse da missão, no segundo encontro, a equipe deu início ao PES. Em todas as etapas, o momento explicativo foi facilitado pelo uso de instrumentos para coletar os dados. O primeiro foi a Análise SWOT - Matriz FOFA. Com o objetivo de identificar os problemas, elencou as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças dentro e fora da equipe de saúde (CARDOSO; PEREIRA; SHIMIZU, 2018), permitindo o reconhecimento dos pontos que podem contribuir ou prejudicar a realização dos seus objetivos.

A partir dos problemas identificados como fraquezas e ameaças, a eSF seleciona os problemas mais relevantes para dar continuidade ao planejamento. Para isso, na terceira oficina, utilizaram a Matriz GUT, a qual realiza a priorização de acordo com a gravidade (mede o impacto do problema), a urgência para resolução e a tendência (mede o potencial de crescimento) (CESAR, 2013 apud FERREIRA; OLIVEIRA; GARCIA, 2014). Também analisaram se possuíam total, parcial ou nenhuma governabilidade¹ sobre os problemas.

Ao filtrar os problemas que consegue transformar, a equipe aplica o Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe) para identificar as diversas causas do problema, concentrando nos fatores referente a máquinas, mão de obra, materiais, meio ambiente, métodos e matéria prima (FERREIRA; OLIVEIRA; GARCIA, 2014).

Por fim, a última oficina se deu em duas etapas. Primeiro, a equipe desenvolveu sua visão de futuro, a partir do que desejam em médio e longo prazo (CARDOSO, 2013). Realizaram um *brainstorming* pensando em qual é o sonho deles como profissionais da Estratégia Saúde da Família. Em seguida, a equipe analisou em quais causas tem governabilidade para modificar e as descreveu. Assim

¹ Governabilidade é a relação entre as variáveis que têm capacidade de controlar e as que não se controla (CARDOSO, 2013).

encerra-se o momento explicativo e orientam-se os próximos momentos do PES.

Com vistas ao bom andamento das oficinas foram utilizados artigos de papelaria - papel branco em folha A4, cartolina, notas adesivas, canetas esferográfica e hidrográfica. Todo material gerado pela equipe foi registrado de forma online em um arquivo Documento Google. Os dados foram obtidos durante as oficinas de planejamento e dos registros em arquivo. Não houve gravação audiovisual. Por se tratar de uma atividade do serviço, sendo aqui relatado a experiência vivenciada, bem como os dados secundários do planejamento, não se fez necessária a submissão ao Comitê de Ética.

2.1.5 Análise dos Dados

Os dados foram organizados conforme as etapas desenvolvidas nas oficinas de planejamento - construção da missão organizacional, momento explicativo e elaboração da visão de futuro.

2.2 RESULTADOS

Ao total, foram acompanhadas cinco oficinas de planejamento com duração média de 1 hora e 20 minutos, como descrito no apêndice A. Apenas em um encontro, todos os membros da equipe estavam presentes. Isso aconteceu porque os servidores estavam de férias ou escalados em diferentes funções na ocasião. Além disso, nesse período, dois encontros foram adiados. O primeiro porque além de atender os casos agudos, um dos profissionais tinha agendado consultas e logo em seguida teriam uma reunião com a gerência e o seu trio². No segundo dia, um dos profissionais descobriu que estava escalado na retaguarda para atender os casos mais graves com sintomas respiratórios. Esses dois acontecimentos, aliado a férias e recessos, inviabilizaram o acontecimento de todas as etapas do PES em tempo hábil para integrar este estudo. Entretanto, o momento explicativo foi completamente realizado, sendo o objeto de estudo deste trabalho.

² A estratégia de se trabalhar com trios, conjunto de três equipes, facilita o acesso do usuário quando algum profissional da sua equipe está ausente, colaborando para a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2019).

Apesar dessas limitações, os atores se mostraram bem empenhados nas reflexões e nas propostas de cada encontro. Ainda, foi perceptível a importância do planejamento para a construção da equipe, não apenas de um grupo de pessoas que trabalham juntas. Durante o processo se uniram mais, assumiram a identidade da equipe elaborada nas oficinas e conseguiram organizar alguns processos de trabalho, especialmente no enfrentamento do problema selecionado durante o planejamento.

2.2.1 Construção da missão organizacional

Sobre as oficinas, o primeiro passo da equipe foi construir a sua missão. A missão foi elaborada a partir da definição da razão de ser da equipe (sua finalidade), do seu público alvo, das suas ações em saúde e dos princípios que consideram fundamentais nos processos de trabalho (CARDOSO, 2013).

Assim, identificaram que as finalidades da equipe são: a) evitar agravamento do sofrimento; b) oferecer cuidado assistencial e c) promover a mudança de hábitos, o autocuidado e a prevenção de doenças para os residentes do território adstrito, em especial os mais vulneráveis. Contudo, atendem pontualmente a população que está no território, mas que não é residente.

Para que isso aconteça, estabeleceram que querem começar, em alguns casos dar continuidade a, ações de prevenção primária em saúde - ações de promoção da saúde e de proteção específica (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 17) - em especial, educação em saúde; bem como análise de situação de saúde; corresponsabilização do cuidado; e visitas domiciliares para acompanhar os usuários e estabelecer vínculo.

Ainda, consideram que o respeito a individualidade do usuário, da família e do servidor é um valor fundamental na rotina de trabalho, assim como os princípios do SUS, como por exemplo a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado (BRASIL, 1990).

Desse modo, a missão organizacional da equipe é “Promover assistência humanizada respeitando a individualidade dos residentes do território adstrito de modo a promover o autocuidado e a autonomia em saúde, aplicando na prática os princípios do Sistema Único de Saúde.”

2.2.2 Momento explicativo

Na elaboração da matriz FOFA (Quadro 1), a equipe consegue reconhecer as suas fortalezas como equipe e as oportunidades de melhorar seu desempenho. Ainda, identifica em quais pontos ela pode melhorar - as fraquezas - e quais fatores ela não tem autonomia para mudar, mas que pode se programar para sofrer menor impacto - as ameaças (CARDOSO, 2013). Assim, os componentes da equipe pontuaram questões referentes aos processos de trabalho (da própria eSF e da unidade de saúde), aos usuários/território e às relações com outros servidores.

A partir desse levantamento, a equipe priorizou os problemas mais relevantes segundo os critérios de gravidade, urgência, tendência e, principalmente, governabilidade sobre o problema (Quadro 2).

É importante destacar que os problemas com maior prioridade de solução, foram os que a equipe possui nenhuma governabilidade para intervir. Dos problemas externos, a equipe entende que apenas dois, ela possui parcial governabilidade para transformar a situação por meio das reuniões de colegiado ampliado. Já os problemas internos, os membros da eSF entendem que está completamente na governabilidade deles, menos a questão da notificação, visto a necessidade de login para acesso de mais um sistema, bem como da dificuldade em alimentar o sistema em tempo hábil e em encerrar o caso.

Assim, sobre os problemas com governabilidade total da equipe, a equipe escolheu dar continuidade ao planejamento do baixo cadastramento e da definição dos processos de trabalho. Sobre os processos de trabalho, decidiram focar na organização da agenda, que está voltada para as demandas oriundas da pandemia de COVID-19. Já com respeito ao acompanhamento da planilha de busca ativa pela equipe, que é o segundo problema na ordem de prioridade, decidiu-se que será realizado semanalmente, antes da reunião da equipe.

Quadro 1 - Análise SWOT (FOFA) para identificação da situação vigente na equipe em novembro de 2021.

<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipe composta por profissionais comprometidos e com boa vontade; 2. O acolhimento realizado pelos técnicos de enfermagem é de fato um acolhimento e não apenas triagem; 3. A equipe possui três ACS; 4. A equipe está completa. 	<p style="text-align: center;">FRAQUEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não ter cadastramento; 2. A equipe ainda não tem processos de trabalho definido; 3. A equipe não acompanha a planilha de busca ativa em tempo hábil; 4. Frágil integração com a vigilância por não realizarem notificações.
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Possuem boa relação com o NASF; 2. Possuem contato pessoal com servidores da saúde bucal; 3. Pertencem a um trio de equipes que é resolutivo; 4. Ações de apoio à saúde dos servidores; 5. Matriciamento presencial na UBS; 6. Programa de residência; 7. Presença de uma ONG no território. 	<p style="text-align: center;">AMEAÇAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baixa resolutividade das demandas mais complexas encaminhadas ao NASF por falta de uma Rede de Apoio; 2. Não possui equipe de saúde bucal de referência; 3. Suporte laboratorial insuficiente - poucas vagas para coleta e falta de insumos para exames; 4. Falta de insumos básicos na unidade, como papel, álcool líquido e sabonete; 5. Realização de cursos na modalidade online dentro da UBS; 6. Sobrecarga dos técnicos de enfermagem ao acolher para três equipes; 7. Excesso de escalas; 8. Priorização das demandas das outras equipes quando ocorrem ausências imprevistas.

Fonte: elaboração própria

Quadro 2 - Matriz para seleção dos problemas identificados pela equipe em novembro de 2021.

Problemas identificados	Gravidade (G)	Urgência (U)	Tendência (T)	Prioridade (G x U x T)	Governabilidade
Falta de insumos básicos, como papel, álcool líquido e sabonete	5	5	5	125	Nenhuma
Excesso de escalas	5	5	5	125	Nenhuma
Priorização das demandas das outras equipes quando ocorrem ausências imprevistas	5	5	5	125	Parcial
Baixa resolatividade das demandas mais complexas encaminhadas ao NASF por falta de uma Rede de Apoio	5	5	4	100	Nenhuma
Não possui equipe de saúde bucal de referência	5	5	4	100	Nenhuma
Suporte laboratorial - falta de insumos para exames e poucas vagas para coleta	5	5	3	75	Nenhuma
Sobrecarga dos técnicos ao acolher para 3 equipes	5	4	3	60	Parcial
Não tem cadastramento	5	5	2	50	Total
Realização de cursos na modalidade online dentro da UBS	3	5	2	30	Nenhuma
Frágil integração com a vigilância	3	5	2	30	Parcial
A equipe acompanha a planilha de busca ativa quinzenalmente	2	2	3	12	Total
A equipe ainda não tem processos de trabalho definido	2	2	2	8	Total

Fonte: elaboração própria

Diante da seleção dos problemas prioritários, a equipe busca entendê-los a partir do reconhecimento das suas causas empregando a Espinha de Peixe (Quadro 3 e Quadro 4).

Quadro 3 – Análise das causas do problema da baixa porcentagem de cadastro individual de usuário realizado no e-SUS pela equipe em novembro de 2021.

Mão de obra	Máquinas	Método
Deficiência de recursos humanos	Deficiência de maquinário	Ficha cadastral extensa e obsoleta
Alta demanda externa ocupando os horários (escalas)	Instabilidade do sistema	Constrangimento do usuário ao responder (Lei de Proteção de Dados)
Limitação funcional	Ausência de bicicleta e tablet	Duplicidade de trabalho, pois deve fazer o cadastro físico e depois passar para o sistema
Baixa porcentagem de cadastramento realizado no e-SUS		
Medidas	Meio ambiente	Material
Número de cadastros vinculados: 1.130 cadastros individuais no e-SUS em setembro de 2021	Espaço físico insalubre para os ACS, a sala é pequena para a quantidade de agentes lotados na UBS, gerando aglomeração)	Materiais são comprados pelos próprios ACS - lápis, borracha, prancheta
	Dificuldade em encontrar o usuário em casa (Residência dormitório)	População transitória gera retrabalho na atualização do cadastro e na vinculação à equipe
	Deslocamento longe e difícil	
	Questões climáticas e intempéries	

Fonte: elaboração própria

Quadro 4 – Análise das causas do problema da agenda estar voltada para as demandas oriundas da pandemia de COVID-19 pela equipe em novembro de 2021.

Mão de obra	Máquinas	Método
Falta de recursos humanos das outras equipes	Deficiência de computador	Tardia liberação das escalas
Deficiência de recursos humanos de apoio (como terceirizados e Jovem Aprendiz)	Falta de manutenção de rede e de maquinário	Cobertura de escala para casos agudos
Deficiência e falta de recursos humanos na Farmácia	Há apenas uma impressora e ela está mal localizada na UBS	Rede de Atenção à Saúde não funciona, sobrecarregando a APS
Agenda é voltada para as demandas oriundas da pandemia de COVID-19		
Medidas	Meio ambiente	Material
Excesso de demanda reprimida - 75% das consultas realizadas em novembro foram demanda espontânea	Poucas salas de atendimento para a quantidade de equipes lotada na unidade	Não há materiais impressos disponíveis para excepcionalidades, como receita de uma via ou para quando o e-SUS está fora do ar
Procura por atendimento superior a capacidade do acolhimento	Falta de sala específica para reuniões	Falta de material para coleta de preventivo - espécuro, álcool, espátula de Ayres, luvas
Disponibilização de 50 a 60% da agenda para demandas externas à equipe		Falta constante de insumos básicos - sabão líquido, papel toalha, papel higiênico

Fonte: elaboração própria

Com as causas apresentadas, a equipe analisou cada uma delas e identificou que possui governabilidade parcial para atuar em quatro (Quadro 5). É apoiado nessa governabilidade que a eSF vai definir os resultados que visa alcançar.

É interessante observar que há quatro fatores que causam ambos os problemas - a deficiência de recursos humanos, a alta demanda de atividades externas à eSF, a deficiência na quantidade de maquinário e espaço físico

insuficiente para comportar todos os servidores nas suas atividades. Como eles foram verificados nas duas situações, eles são chamados de nó crítico (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011). Eles devem ser a prioridade no momento do planejamento, já que a sua resolução produz um alto impacto (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011) ao influenciar na diminuição de dois problemas identificados. Contudo, como visto no Quadro 5, a equipe entende que tem governabilidade de ação em apenas uma dessas causas e de forma parcial.

Quadro 5 - Descrição das causas e a justificativa de que a equipe acredita ter governabilidade parcial.

CAUSA	DESCRIÇÃO	JUSTIFICATIVA
Alta demanda das atividades externas às atribuições da equipe	Disponibilização de 50 a 60% da agenda para demandas externas às atribuições da equipe	A UBS possui gestão colegiada, sendo um canal de escuta e tomada de decisão compartilhada com os servidores
Baixa cobertura de cadastro	30% de cobertura de cadastro na equipe	A cobertura de diversas escalas diminuiu a carga horária disponível para o cadastramento, atribuição principal dos ACS
Dificuldade em deslocar até a casa dos usuários	Periculosidade da área, território longe da unidade e a equipe não possui transporte para realizar as visitas	Apesar da periculosidade da área, do território ser longe da unidade e da equipe não possuir transporte para realizar as visitas, entendem que reservar um horário para realizar visitas de forma sistemática é da governabilidade da equipe
Algumas questões do cadastro de cunho pessoal causam constrangimento para o usuário		Os ACS preferem não perguntar aos usuários questões que geram constrangimento. Se veem algo importante para o cuidado em saúde, fazem uma observação no formulário físico.

Fonte: elaboração própria

2.2.3 Elaboração da visão de futuro

Antes de iniciar o momento normativo, na qual se define quais resultados se espera alcançar de acordo com cada problema a ser trabalhado, a equipe construiu a sua visão institucional. Visto que é na visão que as organizações devem se inspirar para agir no presente, é o que dá sentido para a instituição (LOBATO, 2008 apud JUODINIS; SOUZA; SOUSA, 2020)

Com esse conceito em mente e pensando no sonho deles como profissionais da Estratégia Saúde da Família, entraram em consenso de que a visão da equipe é “Trabalhar com a prevenção das questões de saúde identificadas e orientar o planejamento da agenda por meio do diagnóstico territorial em parceria com a comunidade”.

Diante da visão de futuro estabelecida e do detalhamento dos problemas identificados, a equipe possui mais recursos para elaborar metas mais assertivas para trazer mudanças para a sua realidade. Por consequência, a equipe já possui o embasamento para começar o momento normativo, no qual vai definir quais resultados almeja conquistar.

2.3 DISCUSSÃO

No primeiro momento do PES, os atores explicam a situação em que se encontram para selecionar o problema prioritário e que possuem governabilidade de transformar. Este processo levou a equipe a direcionar os esforços no enfrentamento ao baixo cadastramento da população nos próximos passos. Até esse entendimento, a equipe identificou várias questões que prejudicam os processos de trabalho dela mesma, como de toda a UBS - em especial os nós críticos: a deficiência de recursos humanos, a alta demanda de atividades externas à eSF, a deficiência na quantidade de maquinário e espaço físico insuficiente para comportar todos os servidores nas suas atividades.

Ao conduzir os próximos momentos do PES para enfrentar o baixo cadastramento, a equipe está alinhada com as políticas nacional e distrital de Atenção Básica. Ao fazer o diagnóstico situacional de saúde da população adscrita, observando os fatores que podem determinar ou condicionar a saúde daquela

comunidade, a eSF poderá programar suas ações conforme o perfil e as necessidades encontradas (BRASIL, 2017).

Com respeito ao território, a equipe reconhece a oportunidade de estabelecer parcerias com uma Organização Não Governamental (ONG) no território. No entanto, encontram dificuldades referente ao deslocamento - que consideram longe e difícil; às vezes tem a adversidade das questões climáticas e intempéries; bem como a dificuldade de encontrar os usuários em casa para realizar o cadastro, visto ser uma população jovem que trabalha, sendo a casa uma residência dormitório. Ademais, relataram que a rotatividade da população é considerável, impactando no cadastro (exigindo uma atualização) e no estabelecimento do vínculo com a equipe. Essa situação da rotatividade também foi encontrada por Albuquerque (2017) que destacou a necessidade de a equipe estar em contínuo monitoramento do território. Assim como é preconizado nas duas políticas de Atenção Básica, visto que o território é vivo e está em permanente transformação (BRASIL, 2017; DISTRITO FEDERAL, 2017).

Quanto ao cadastro, a equipe considerou que a ficha cadastral é extensa e obsoleta, causando constrangimento aos usuários em responder algumas questões. Medeiros e colaboradores (2017) também relataram a intimidação de usuários em responder alguns dados. Ainda, relatam dificuldade para inserção dos cadastros no sistema eletrônico e-SUS decorrente da falta de profissionais capacitados para a digitação (MEDEIROS, 2017).

Na equipe em questão, os fatores que mais impactam na digitação dos cadastros realizados pelos ACS são o tamanho insuficiente da sala destinada para os ACS, a deficiência dos maquinários e a instabilidade do sistema de informação, o e-SUS. Com exceção da dificuldade de usar o e-SUS, a SES-DF entende que essas questões, juntamente com a falta de insumos básicos, materiais e o uso do espaço físico, são atribuições da GSAP do território ao tomar as providências necessárias para garantir o abastecimento e ao otimizar o espaço físico (DISTRITO FEDERAL, 2017). Pires e colaboradores (2019) apontam que os déficits na área física, com equipamentos e materiais ocupam considerável espaço no processo de trabalho do gestor. Contudo, as providências cabíveis nem sempre resultam em êxito,

prejudicando o adequado funcionamento do serviço (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

A PNAB recomenda até quatro equipes por unidade de saúde para que possam atingir seu potencial resolutivo (BRASIL, 2017). Na UBS em questão, a quantidade de eSF é maior que o dobro do recomendado. Apesar de não ser o indicado, é permitido desde que haja espaço adequado para a realização de todas as atividades (BRASIL, 2008). A situação agravou-se com a pandemia de COVID-19, com uma nova disposição do espaço devido à necessidade de ambientes separados para evitar a transmissão do vírus (BRASIL, 2020).

Além da otimização do espaço físico, a quantidade de equipes na mesma UBS impacta a organização da agenda (BRASIL, 2008) e o processo de trabalho. Alves e colaboradores (2014) observaram que as UBS com quatro eSF ou mais tinham melhor desempenho em oferecer acolhimento, mas desempenho médio em oferecer disponibilidade. Ou seja, em geral, os usuários são acolhidos, mas não alcançam o serviço que necessitam, voltando para a UBS no início dos turnos para tentar um encaixe. O que corrobora para as filas em horários inapropriados para tentar acesso (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Na realidade da equipe em questão, o impacto da grande quantidade de equipes pode ser elucidado quando há ausência do restante dos servidores. Com isso, os técnicos de enfermagem acabam acolhendo os usuários de mais equipes - se sentindo sobrecarregados - e profissionais de ensino superior não conseguem atender às demandas espontâneas do próprio território, pois precisam atender às demandas das áreas com ausência de profissionais.

Um fator que dificulta o cuidado em saúde do próprio território pela equipe é o excesso de escalas da unidade. Além do período de folga e da reunião de equipe, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem se revezam nas escalas do isolamento para atender os sintomáticos respiratórios, dos atendimentos realizados no período da noite e dos atendimentos de urgências no horário do almoço. Já os ACS alternam nas escalas da vacina da COVID, de acompanhamento do Bolsa Família e no Posso Ajudar. Com isso, de 50% a 60% da agenda dos servidores é ocupada com demandas que não são exclusivas do seu território. Apesar de ir contra as diretrizes de territorialização, população adscrita e longitudinalidade do

cuidado - continuidade da relação de cuidado com construção de vínculo (BRASIL, 2017), esse processo de trabalho favorece a universalidade do acesso ao sistema de saúde, princípio a ser operacionalizado na APS.

Devido às questões mencionadas, as eSF não conseguem cumprir as atividades que são preconizadas para sua agenda - atendimentos individuais, atendimentos coletivos, visitas domiciliares, reunião de equipe e atividades de matriciamento e educação em saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017). Com respeito às reuniões de equipe, apesar de pactuadas anteriormente, a proteção do horário foi o maior dificultador no processo de planejamento. Segundo a normativa distrital, esses momentos devem ser semanais, com todos os membros da equipe e com duração máxima de duas horas (DISTRITO FEDERAL, 2017). Contudo, duas reuniões foram canceladas devido a agendamentos para o período e a participação em escalas. Em outros momentos, as oficinas aconteceram, mas nem todos estavam presentes por estarem escalados nas demais atividades da unidade. Ademais, a alta demanda espontânea de pacientes com sintomas gripais afeta o horário da reunião, podendo inviabilizar a sua ocorrência. Dito isto, é importante que esse momento seja protegido, pois a reunião de equipe é uma estratégia importante de integração entre os membros e de planejamento. A presença de diferentes saberes e habilidades se apresenta como uma vantagem para as construções que serão realizadas (PERUZZO, 2018).

Ao se tratar sobre essas questões de espaço físico, maquinário, recursos humanos e demais demandas, além das funções da eSF, os nós críticos, é interessante que a gerência e as equipes tenham apoio das instâncias superiores da SES-DF. Como a equipe entende que tem governabilidade de ação em apenas uma dessas causas e de forma parcial, bem como que a qualificação dos serviços da APS é competência comum da Coordenação de Atenção Primária (COAPS) e da Região de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017), entende-se que há necessidade de um suporte externo à unidade de saúde para aumentar a resolutividade da equipe.

Para finalizar os pontos negativos, foi apontado que a equipe possui frágil interação com a vigilância em saúde - não notifica os casos necessários e não acompanha regularmente a planilha de usuários para busca ativa. Para ambas as políticas, as ações de vigilância fazem parte estrutural da APS, compondo o seu

conceito (BRASIL, 2017; DISTRITO FEDERAL, 2017). É assim porque a vigilância permite um olhar mais abrangente sobre os determinantes e condicionantes da saúde de um indivíduo (CAMPOS, 2003). E é a partir desse conhecimento, que a equipe poderá agir no contexto e promover saúde (CAMPOS, 2003) com integralidade.

Nos pontos positivos, a equipe está completa e composta por profissionais empenhados em fazer saúde coletiva e individual. Também, encontraram na educação uma aliada, ao poder contar com residentes de enfermagem e internos de medicina na equipe. A presença de estudantes (independente do nível de formação) no serviço da APS beneficia a Atenção Básica, as instituições de ensino, os servidores, os docentes, os discentes e a população (BRASIL, 2017). Além da relação ensino-serviço, os profissionais enxergam que a melhor maneira para participar de momentos educativos é que eles sejam na própria UBS, presencialmente e com assuntos relevantes para o serviço. Assim, essas capacitações - chamadas de educação continuada - são uma oportunidade de qualificar a APS e seus trabalhadores (BRASIL, 2017).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao acompanhar as oficinas de PES de uma equipe, reconhece-se que a metodologia é adequada para as eSF ao promover a reflexão, orientar as ações e as tomadas de decisão, permitindo identificar os problemas vivenciados e enfrentar aqueles que possuem governabilidade para amenizar ou combater. Entretanto, não é um estudo representativo das eSF, por ser um relato de experiência.

Diante do que foi apresentado pela equipe, o momento explicativo orientou ao compromisso com a territorialização, fato que mostra o alinhamento da equipe com as políticas nacional e distrital de Atenção Básica, já que o conhecimento do território aparece em ambas as políticas para o primeiro tópico quando se trata da organização do serviço. Entretanto, viu-se a necessidade de apoio das outras instâncias da secretaria para enfrentar os nós críticos identificados - a deficiência de recursos humanos, a alta demanda de atividades externas à eSF, a deficiência na quantidade de maquinário e espaço físico insuficiente para comportar todos os

servidores nas suas atividades.

Ainda, percebeu-se que a equipe tem priorizado o princípio da universalidade no acesso ao sistema de saúde, já que trabalha nas condições assinaladas e ampara as equipes que estão sem servidor. Ao organizar o serviço de modo a receber e ouvir todas as pessoas que procuram o serviço (BRASIL, 2017), independente do território adscrito, a equipe tem dificuldade em se concentrar na sua população. Assim, oferecer para eles um cuidado integral e resolutivo por meio da agenda orientada pelas demandas do próprio território, construída com a comunidade, fica um sonho cada dia mais distante. E é essa consequência que torna o processo e a implantação do planejamento tão importantes.

É pertinente ressaltar que o primeiro momento do PES é para identificar os problemas, então esses apontamentos não são para criticar pessoas ou o desempenho das suas funções, mas para que a equipe e a SES-DF, como um todo, reconheçam quais são as dificuldades e as barreiras no serviço, de modo a trabalhar segundo a missão e a conquistar a visão de futuro.

O planejamento foi fragilizado pelas escalas e férias, visto que a equipe teve dificuldade em proteger o horário da reunião e de contar com a participação de todos os membros da equipe durante as oficinas. Diante disso, sugere-se que o planejamento das próximas atividades seja realizado em um período que nenhum servidor esteja de férias e que todos protejam o horário da reunião. Apesar de todos participarem de várias escalas, o dia escalado é pactuado, sendo possível reservar frequentemente o período para a reunião.

Ainda com esses desafios, os atores se mostraram ativos no processo. Tanto o empenho em realizar o planejamento - ao utilizarem experiências passadas para contribuir com as dificuldades vivenciadas e refletirem sobre onde estão/querem chegar - como em facilitar a comunicação, de modo que todos entendessem o objetivo das etapas, já que alguns conheciam certas técnicas aplicadas. Dessa forma, o planejamento permitiu que os servidores encontrassem a identidade da equipe que compõem e orientassem suas ações de acordo com sua visão - mudanças que foram percebidas no serviço mesmo antes de finalizar todos os momentos do PES.

Dessa forma, a residência deixará uma contribuição permanente no serviço,

visto que a equipe conheceu/recordou um método científico de planejamento, podendo monitorar suas ações ao longo do ano, planejar próximas atividades, bem como compartilhar a experiência com as demais equipes de Saúde da Família (eSF). Com a operacionalização do plano de ações, espera-se que a equipe melhore a eficiência e a efetividade dos serviços que oferece no cumprimento da sua missão.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, W. G. Implantação do projeto de avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família de Petrolina-PE. Monografia (curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011, 25 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28877/1/417.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ALBUQUERQUE, S. G. E. Buscando a qualidade da informação produzida pelo e-SUS AB: influências, dificuldades e perspectivas dos gestores em saúde. Orientador: Sérgio dos Santos. 2017. 128 p. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9386/2/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2022.

ALVES, M. G. M et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 34-51, out 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ngbmLT7gXtVsy6xFX4yryLm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 jan. 2022.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: OFICINA SOCIAL. Cadernos da Oficina Social 3: Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Social, fev. 2000. 120 p. Disponível em: <http://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/3899/mod_folder/content/0/01-artmann%2C_e._planejamento_estrategico-cadernos_da_oficina_s.pdf?forcedownload=1>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BEHR, A.; MORO, E. L. S.; ESTABEL, L. B. Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca. **Ciência da Informação [online]**. 2008, v. 37, n. 2, p. 32-42. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-19652008000200003>>. Acesso em: 29 dez. 2021.

BRASIL. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira: Avaliação por Convidados Externos e Consulta Pública. 2019. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira_servico_da_APS_consulta_SAPS.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2022.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: <<https://bit.ly/1uhiiN>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

_____. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde**: Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017, p.68.

_____. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV).
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento
de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Coordenação-Geral de Urgência.
Brasília: Ministério da Saúde. 2020. 32 p. Acesso em: 09 jan. 2022.

_____. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo
assistencial. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.
Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
36 p. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 12
jan. 2022.

CARDOSO, A. J. C. **Planejamento Participativo em Saúde**. 2013.

CARDOSO, A. J. C.; PEREIRA, M. F.; SHIMIZU, H. E. Planejamento participativo em
saúde: teoria e prática. In: SHIMIZU, H. E; PEREIRA, M. F.; CARDOSO, A. J. C
(Org.). **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**. Brasília: Editora
Universidade de Brasília, 2018. p. 55-125. Disponível em:
<https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34551/1/CAPITULO_PlanejamentoParticipativoSaude.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância
da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569 - 584,
2003. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/kKSVP8p46sNFLPG43Pfbf8B/?format=pdf&lang=pt>>.
Acesso em: 10 jan. 2022.

CODEPLAN, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital
por amostra de Domicílios – 2018 – Itapoã**. Brasília, 2019. Disponível em: <
<https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Itapo%C3%A3.pdf>>.
Acesso em: 14 jan. 2022.

DA SILVA, R. E. B. G.; RAMALHO, A. P. Q.; DE SOUZA, C. C. O. Oficinas de Planejamento em Saúde na Disciplina de Saúde Coletiva: Relato de Experiência. **Rev. Grad. USP**, v. 3, n. 2, p. 87 - 91, jul 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/gradmais/article/view/147907/141562>>. Acesso em: 04 fev. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 15 fev 2017. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html>. Acesso em: 06 jan. 2022.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev enferm UFPE online**, v. 12, n. 1, p. 194 - 202, jan., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23311/25979#>>. Acesso em: 09 jan. 2022.

FERREIRA, M. A.; OLIVEIRA, U. R.; GARCIA, P. A. A. Quatro ferramentas administrativas integradas para o mapeamento de falhas: um estudo de caso. **Revista UNIABEU**, v. 7, n. 16, p. 300 - 315, mai. - ago. 2014. Disponível em: <<https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1337>>. Acesso em: 29 dez. 2021.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 20, n. 6, p. 1869 - 1878. 2015. Disponível em: . Acesso em: 12 jan. 2022.

FIGUEIREDO, I. D. T. et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **REFACS (online)**, v. 8, n. 1, p. 27 - 38, jan./mar. 2020. Disponível em:

<<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4454/0>>.

Acesso em:

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

JUODINIS, V. D.; SOUZA, A. P. C.; SOUSA, A. B. Aplicação dos elementos de planejamento estratégico para estruturação de uma divisão de farmácia hospitalar. **Rev. Adm. Saúde (On-line)**, São Paulo, v. 20, n. 78, jan./mar. 2020. Acesso em: 15 fev. 2022.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. v. 20, n. 1, pp. 184-193, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100022>>. Acesso em: 08 set. 2021.

LACERDA, J.T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. Planejamento na atenção básica [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. 62 p.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5121942/mod_resource/content/3/LEAVELL%20%20CLARK.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

LOPES, M. V. O. Sobre estudos de casos e relatos de experiências. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983001>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

MARTINS, A. C. T. et al. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 6, p.

2095-2103. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/mMx58XD4LxMn3wLG5H8ZC6N/?lang=pt>>. Acesso em: 08 set. 2021.

MEDEIROS, J. B. et al. O e-SUS Atenção Básica e a Coleta de Dados Simplificada: relatos da implementação em uma Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 20, n.

1, p. 145 - 149, jan/mar 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15784/8244>>. Acesso em: 08 jan. 2022.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 1, p. 9 - 29. Disponível em:

<http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.

MORAES, J. T.; NASCIMENTO, R. L. F. Planejamento estratégico e implantação dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais em uma capital brasileira: relato de experiência. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 29, n. 1, p. 139 - 144, jan./mar., 2016.

Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4146/pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24. Rio de Janeiro, jan-mar 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

PEREIRA, E. L. et al. Planejamento estratégico situacional como ferramenta para promoção da saúde do homem: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 9, n.9, p. 1 - 13, 2020. Disponível em: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7821/6870>>. Acesso em: 16 jan. 2022.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1 - 9, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/z3wYmgZ93bGtBMD8HVKRtVt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

PIRES, D. E. P. et al. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. **Rev Gaúcha Enferm**, p. 1- 13, 2019.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2004, v. 20, n. 6, p. 1487-1494. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600005>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Estruturas Etárias por RA 2010-2020**, atualizado em 2019. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/populacao/>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:

<https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria:+equil%C3%ADbrio+entre+necessidades+de+sa%C3%BAde,+servi%C3%A7os+e+tecnologia&author=Starfield+B&publication_year=2002>. Acesso em: 02 mai. 2020.

VOLTOLINI, B. C. et al. Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2019, v. 28. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/MmncBRhFVvTvSBWdTBzXWs/?lang=pt&format=html#>>. Acesso em: 30 dez. 2021.

APÊNDICE

Apêndice A - Relação das oficinas de planejamento de uma equipe de Saúde da Família do Distrito Federal em 2021.

Oficina	Produtos	Participantes	Duração
1	Elaboração da missão da equipe	6 participantes: Médico, enfermeiro, um técnico de enfermagem, os três ACS	1 hora
2	Identificação dos problemas	4 participantes: Médico, enfermeiro, um técnico de enfermagem, um ACS	1h30min
3	Priorização dos problemas e análise da governabilidade	3 participantes: Médico, enfermeiro, um técnico de enfermagem	1h15min
4	Análise das causas	7 participantes: Médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, os três ACS	2 horas
5	Elaboração da visão de futuro da equipe, análise da governabilidade e descrição das causas identificadas	6 participantes: Médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, dois ACS	1 hora

Fonte: elaboração própria