



REUNIÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM DISPOSITIVO INDISPENSÁVEL PARA O PLANEJAMENTO LOCAL

Bruna Carla Voltolini¹
Selma Regina de Andrade² 
Talita Piccoli² 
Lucas Alexandre Pedebôs^{3,4}
Vanessa Andrade⁴

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁴Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivo: evidenciar a estrutura, funcionamento e contribuições das reuniões de trabalho da Estratégia Saúde da Família para o planejamento local em saúde.

Método: estudo de caso único com cinco unidades integradas de análise, representadas pela coordenadora do Centro de Saúde e quatro equipes da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, observação não participante e pesquisa documental no período de outubro a dezembro de 2014. Os dados foram triangulados, organizados com o *software* MaxQDA®Plus, e analisados segundo a técnica de construção da explanação.

Resultados: identificaram-se três categorias analíticas: Estrutura e funcionamento das reuniões de trabalho da Estratégia Saúde da Família; Participação dos profissionais nas reuniões de trabalho da Estratégia Saúde da Família para o planejamento local; Processos que contribuem para o planejamento local em saúde.

Conclusão: as reuniões de trabalho são momentos indispensáveis para construção do planejamento local em saúde. Proporcionam a integração dos profissionais por meio de discussões, facilitando a tomada de decisões e a troca de informações.

DESCRITORES: Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Planejamento em saúde. Enfermagem. Gestão em saúde.

COMO CITAR: Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V. Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28:e20170477. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MEETINGS: AN INDISPENSABLE TOOL FOR LOCAL PLANNING

ABSTRACT

Objective: to demonstrate the structure, functioning and contributions of the *Estratégia Saúde da Família* work meetings regarding local health planning.

Method: a single case study with five integrated units of analysis, represented by the coordinator of the Health Centre and four *Estratégia Saúde da Família* teams. Data collection was performed through semi-structured interviews, non-participant observation and documentary research from October to December 2014. Data were triangulated, organized with MaxQDA®Plus software, and analyzed according to the explanatory construction technique.

Results: three analytical categories were identified: Structure and functioning of the *Estratégia Saúde da Família* work meetings; Participation of professionals in the *Estratégia Saúde da Família* work meetings for local planning; Processes that contribute to local health planning.

Conclusion: work meetings are essential for the construction of local health planning. They provide professional integration through discussions, and facilitate decision-making and information exchange.

DESCRIPTORS: Primary health care. Family health strategy. Health planning. Nursing. Health management.

REUNIONES DE LA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UN DISPOSITIVO INDISPENSABLE PARA LA PLANIFICACIÓN LOCAL

RESUMEN

Objetivo: evidenciar la estructura, funcionamiento y contribuciones de las reuniones de trabajo de la *Estratégia Saúde da Família* para la planificación local en salud.

Método: estudio de caso único con cinco unidades integradas de análisis, representadas por la coordinadora del Centro de Salud y cuatro equipos de la *Estratégia Saúde da Família*. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas, observación no participante e investigación documental en el período de octubre a diciembre de 2014. Los datos fueron triangulados, organizados con software MaxQDA®Plus, y analizados según técnica de construcción de la explicación.

Resultados: se identificaron tres categorías analíticas: Estructura y funcionamiento de las reuniones de trabajo de la *Estratégia Saúde da Família*; Participación de los profesionales en las reuniones de trabajo de la *Estratégia Saúde da Família* para la planificación local; Procesos que contribuyen a la planificación local en salud.

Conclusión: las reuniones de trabajo son momentos indispensables para la construcción de la planificación local en salud. Proporcionan la integración de los profesionales a través de discusiones, facilitando la toma de decisiones y el intercambio de informaciones.

DESCRIPTORES: Atención primaria a la salud. Estrategia de salud de familiar. Planificación en salud. Enfermería. Gestión de la salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como o ambiente de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e porta de entrada preferencial. Por ela se realiza um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, compreendendo a pessoa como um ser singular, inserido em um contexto sociocultural.¹

A APS é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da longitudinalidade, da integralidade da atenção, da corresponsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ela se utiliza de tecnologias de cuidado complexas e variadas, auxiliando na organização das demandas e necessidades de saúde mais relevantes e frequentes em um determinado território.¹⁻²

As ações de saúde da APS são voltadas para as práticas democráticas e participativas de cuidado e da gestão, direcionadas para a população de territórios definidos, nos quais assume a responsabilidade sanitária. Considerando esse conjunto de ações, no Brasil, a APS é exercida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com atuação integral e contínua junto às famílias e seu ambiente físico e social. Suas ações têm como finalidade a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, tanto quanto o tratamento e a reabilitação dos problemas de saúde.³

As equipes da ESF são minimamente constituídas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Com ênfase no estabelecimento de vínculo entre os profissionais e a comunidade, tais equipes ocupam lugares estratégicos, tornando o espaço de atenção à saúde mais próximo do cidadão.^{1,4}

Do ponto de vista gerencial, a equipe da ESF identifica situações adversas e/ou necessidades da comunidade, e promove o processo de programação e planejamento local das ações estratégicas, no sentido de promover mudanças positivas na realidade encontrada. Para que essas ações sejam efetivas, espera-se que os profissionais compartilhem o conhecimento sobre as características e os determinantes do processo saúde-doença da população, e criem, com isso, o vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade atendida.⁵⁻⁶

Deste modo, o planejamento local em saúde é realizado a partir das demandas e necessidades trazidas pela população, mas também daquelas evidenciadas diretamente pelos profissionais de saúde. O planejamento, portanto, é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um local e definir aquela situação a que se pretende chegar, buscando maneiras de alcançar os objetivos almejados.^{5,7-8} Além disso, o planejamento local é parte integrante de algo sistêmico que envolva toda a instituição, sendo parte importante da instrumentalização do planejamento institucional.

No âmbito local, o planejamento é utilizado como uma ferramenta administrativa que oferece a possibilidade de programar ações que envolvam raciocínio, reflexão e análise dos atores envolvidos no processo. Ele pode ser entendido como um processo para a tomada de decisão, visando o alcance de objetivos futuros, uma mudança na realidade encontrada e o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde individual, da família e da comunidade.⁷⁻⁸

Para este processo, é fundamental o favorecimento da expressão, da comunicação e da pactuação entre diferentes atores e interesses, a fim de compartilharem suas experiências e conhecimentos em busca da resolução dos problemas e criação de novas estratégias que contribuam para a realização do planejamento local.⁶

Entre os principais cenários das atividades realizadas no âmbito local, as reuniões de trabalho configuram-se como importantes dispositivos para a estruturação e organização do planejamento, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e momentos de tomada de decisões.⁹

As reuniões podem ser caracterizadas como momentos de diálogos, nos quais é possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada família, definindo claramente as ações e os seus responsáveis. A prática de reuniões pode proporcionar oportunidades ímpares para o *brainstorming*, socialização do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais assertivas.⁹⁻¹⁰ Além disso, as reuniões contribuem para readequação do processo de trabalho, com base em dados e informações disponíveis até o momento.

A realização de reuniões periódicas de equipe para discussão conjunta sobre o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações em saúde é uma atribuição dos profissionais atuantes nas equipes da ESF, definida por normativas nacionais e locais.

Em Florianópolis, Santa Catarina, local deste estudo, a Prefeitura Municipal regulamentou um período de duas horas semanais, para cada equipe de ESF, para reunião de planejamento das ações, organização do processo de trabalho, discussão de casos e educação permanente. Além disso, cada Centro de Saúde (CS) tem um momento de quatro horas mensais para reuniões de planejamento conjunto, com todos os profissionais de todas as equipes da ESF. Para estes momentos, a coordenadora divulga previamente ao público a data e hora da reunião mensal, e orienta sobre o encaminhamento a outra unidade próxima para o acolhimento à demanda espontânea e uso dos serviços básicos como vacinação, entrega de medicamentos, realização de curativos, dentre outros.¹¹

Adotando-se a proposição teórica que as reuniões periódicas de trabalho da ESF contribuem de maneira significativa para o processo de planejamento local em saúde, este estudo buscou responder à seguinte questão de pesquisa: como as reuniões de trabalho da Estratégia Saúde da Família contribuem para o planejamento local em saúde? Com base no exposto, propôs-se o objetivo de evidenciar a estrutura, o funcionamento e as contribuições das reuniões de trabalho da Estratégia Saúde da Família para o planejamento local em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso único, com cinco unidades integradas de análise, de natureza qualitativa. As unidades são representadas pela coordenadora do CS estudado e por quatro equipes da ESF atuantes no local.

Este estudo foi desenvolvido em um CS no município de Florianópolis, Santa Catarina, que possui quatro equipes para um território adstrito com 16.705 habitantes. Conta com 58 profissionais fixos e uma equipe itinerante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo as seguintes categorias profissionais nesses dois conjuntos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, agentes comunitários de saúde, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeuta, fonoaudiólogo. Esse CS foi selecionado intencionalmente, com base em informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e na análise de relatórios sobre o gerenciamento de planos, metas e políticas públicas de saúde. Segundo os gestores municipais, o local vem se destacando pelo acompanhamento mensal dos indicadores de planejamento desenvolvidos anualmente, apresentando bons resultados da APS.

Neste estudo, as cinco unidades integradas de análise contemplaram a participação de dez profissionais atuantes na ESF, entre enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas. Para a inclusão dos participantes, utilizou-se o critério de formação de nível superior, uma vez que as competências para gerenciamento e administração dos serviços de saúde, liderança, comunicação e tomada de decisão estão contidas em diretrizes nacionais para a graduação destes profissionais.

Utilizou-se a triangulação na coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada, observação não participante e pesquisa documental. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no mês de outubro de 2014, gravadas em meio digital e posteriormente transcritas, com duração média de 30 minutos. As observações não participantes foram realizadas em quatro reuniões semanais

de equipes, uma por equipe de ESF, com duração média de duas horas cada reunião e em uma reunião geral mensal, com duração média de quatro horas durante os meses de outubro e novembro de 2014. A pesquisa documental foi realizada com a leitura e sistematização do conteúdo das atas das reuniões gerais mensais, datadas de janeiro de 2014 a janeiro de 2015, disponibilizadas pela coordenação do Centro de Saúde.

O *software* MaxQDA®plus foi utilizado para tratamento e organização dos dados. A análise foi desenvolvida por meio da técnica de construção da explanação, que permitiu explicar a estrutura e processos relacionados ao caso.¹²

A construção da explanação, é um tipo especial de combinação padrão, com a finalidade de analisar os dados construindo uma explanação sobre o caso, desenvolvendo assim as proposições colocas e as ideias para futuros estudos. O elemento essencial da explanação é explicar o fenômeno estudado, estipular os elos causais do “como” e “por que” algo acontece. Sendo a explanação final resultado de uma série de interações.¹²

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa, ao qual este estudo integra, foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESULTADOS

Neste estudo emergiram três categorias analíticas por meio da junção de códigos extraídos das falas dos participantes: Estrutura e funcionamento das reuniões de trabalho da Estratégia Saúde da Família; Participação dos profissionais nas reuniões de trabalho da Estratégia Saúde da Família para o planejamento local; e Processos que contribuem para o planejamento local em saúde.

Estrutura e funcionamento das reuniões de trabalho da Estratégia Saúde da Família

As reuniões gerais mensais do CS são espaços utilizados para o acompanhamento do planejamento anual, elaborado no início de cada ano, e mostram as distintas etapas deste planejamento, as principais pautas dos encontros e o registro das discussões. As reuniões gerais ocorrem mensalmente no CS, e têm a duração de quatro horas, alternando o período matutino e vespertino a cada mês. Durante este período, o serviço fica fechado à população. A cada início de ano são preestabelecidas as datas para essas reuniões acontecerem e a cada mês são fixados cartazes dentro do CS avisando sobre a data e horário da reunião para a população se programar e procurar o serviço antes ou após sua ocorrência.

As pautas discutidas com maior frequência em reunião geral são as etapas do planejamento do CS, que envolvem a definição, acompanhamento e avaliação das ações, além do acolhimento e da marcação de consultas. Já as pautas extraordinárias envolvem assuntos que são abordados com pouca frequência nas reuniões ordinárias, eventualidades e problemas pontuais identificados pelos profissionais. As pautas educativas incluem temas de educação em saúde, escolhidos entre os profissionais, devido a necessidades ou dificuldades apresentadas sobre um determinado assunto. Nessa pauta encontram-se também as capacitações e treinamentos, que contam com a participação de profissionais do Distrito Sanitário. As pautas administrativas são, geralmente, levantadas pela coordenadora e envolvem temas de organização e gestão da unidade, como registros no livro ponto, greves e assembleias, planos de saúde para funcionários, férias e recessos.

Nas pautas preestabelecidas pela coordenadora, em comum acordo com os profissionais, são identificadas as necessidades de debate e os principais problemas que acontecem no local naquele momento. Contudo, tais pautas são abertas, muitas vezes ao longo da reunião são acrescentados novos tópicos de discussão, conforme demanda ou dúvidas apresentadas pelos profissionais.

As reuniões semanais de equipe da ESF dizem respeito às reuniões de planejamento das atividades específicas de cada equipe, sendo um espaço para a realização de suas diversas etapas, como: identificação dos problemas, tomada de decisões para programação das ações, acompanhamento e avaliação das atividades.

Os encontros semanais de equipe são por um período de duas horas, em dias diferentes da semana. Nas quatro equipes da ESF atuantes neste CS, as reuniões são coordenadas ou por uma enfermeira ou por uma médica. Em algumas situações, se a discussão for específica sobre determinado assunto, como o Programa Saúde na Escola (PSE), o articulador responsável pelo programa é quem lidera a discussão. Participam desse momento os profissionais que atuam nas equipes como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e cirurgiões dentistas. Além deles, profissionais do NASF e residentes de enfermagem, serviço social, nutrição e psicologia. Eles relatam que as opiniões dos agentes comunitários são muito importantes, por sua maior proximidade com a comunidade. A participação dos técnicos de enfermagem é mais restrita pelo pequeno número destes profissionais, com maior dificuldade de conciliação de horários.

As equipes realizam um diagnóstico de área para identificar as necessidades e prioridades a serem discutidas nas reuniões. Em alguns momentos, as equipes utilizaram um roteiro (*check list*) para guiar as reuniões, com pontos de discussão. As pautas das reuniões semanais de equipe envolvem assuntos como monitoramento dos marcadores da área de abrangência, discussão de casos, definição de ações como busca ativa e visita domiciliar. Em alguns momentos são discutidos assuntos administrativos, relacionados às férias e recessos de profissionais. Eles discutem e se organizam de forma a ajustar o trabalho da área no período.

Estas reuniões já foram utilizadas como momentos de aperfeiçoamento, quando eram realizadas com maior frequência atividades de educação permanente, mas pela falta de tempo e elevado número de demanda já não é mais a realidade encontrada. A cada reunião eram decididos temas conforme as necessidades da equipe, todos os profissionais estudavam o tema e participavam da discussão. Eles buscavam sempre incluir os agentes comunitários nesses momentos, com vista à comunicação adequada com a comunidade.

As equipes estabelecem prioridades face ao elevado número de pautas. Para as equipes, as ações prioritárias são discutidas entre os profissionais e alguns critérios são adotados. O primeiro critério é a condição clínica das pessoas, avaliação clínica do caso que precisa ser imediatamente resolvido. Ações que envolvem os principais marcadores da área, gestantes, hipertensos e diabéticos são também prioritárias.

As reuniões semanais de equipe sempre são registradas em um livro-ata. Cada equipe tem seu livro. Na maioria das equipes não há um redator fixo; há alternância a cada reunião, conforme aqueles que se prontificam ou conforme uma ordem já estabelecida. O livro é feito manualmente e todas as informações sobre as reuniões são registradas: data, participantes, pautas, atividades planejadas, líderes das atividades, tempo de execução e metas/objetivos. Ao final, todos os participantes assinam a ata, que fica arquivada na sala da coordenação, podendo ser consultada a qualquer momento.

Participação dos profissionais nas reuniões de trabalho para o planejamento local

Na reunião geral, liderada pela coordenadora do CS, participam os profissionais atuantes nas equipes da ESF: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas e agentes comunitários; e profissionais do NASF: assistente social, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, geriatra e pediatra. Há colaboração também dos residentes do programa de Residência Multiprofissional da Prefeitura Municipal de Florianópolis, dos alunos da graduação que realizam seus estágios no CS, técnicos administrativos e, quando necessário, dos profissionais do Distrito Sanitário Centro. Os

únicos funcionários que não participam da reunião são os profissionais da limpeza que aproveitam este momento para realizar uma limpeza geral da unidade.

Os profissionais levam para as reuniões os problemas identificados no dia a dia. Geralmente, o mesmo profissional que iniciou a discussão já oferece opções para solucionar o problema e organiza a discussão. Os profissionais fazem um levantamento mensal de tudo que está sendo feito e o que não está.

A coordenadora entrevistada afirma que busca oferecer espaço para todos participarem e contribuirmos com opiniões e sugestões para o planejamento. Em algumas reuniões já aconteceram conflitos e desentendimentos entre os profissionais durante a tomada de decisão coletiva. Nesses casos, há necessidade de intervenção da coordenadora da unidade, e que, ao fazê-la, procura levar em consideração as opiniões e avaliar qual seria a melhor opção tanto para o usuário quanto para o trabalhador, e menos prejudicial possível para ambos os lados.

Os profissionais entrevistados citaram que, muitas vezes, além das reuniões gerais mensais e das reuniões semanais de equipe, é necessário participar de encontros, de menor duração, em geral no fim do expediente, com grupos específicos de profissionais para a resolução de problemas pontuais. Essas reuniões nem sempre têm horário e data preestabelecida para acontecerem. Dependem do tempo disponível de cada profissional e da urgência para a resolução do problema.

Processos que contribuem para o planejamento local em saúde

Dentre os processos que contribuem para o planejamento local em saúde está o planejamento anual da unidade. Este é elaborado durante as primeiras reuniões do ano, e durante todas as reuniões mensais é retomado e acompanhado. De acordo com os relatos, o planejamento da unidade envolve todos os profissionais, o que demanda a participação e a contribuição de cada um no planejamento geral.

O planejamento geral anual baseia-se em um instrumento utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Este instrumento é preenchido na reunião geral. Primeiramente é feita a autoavaliação, depois a unidade escolhe os padrões/objetivos que serão trabalhados ao longo do ano e, após, são definidas as metas e objetivos a serem alcançados. Com base nessas metas, os profissionais desenvolvem ações e estratégias, assim como elegem responsáveis para cada uma delas. O plano de ações é executado no cotidiano da unidade e acompanhado durante as reuniões mensais ao longo do ano. Quando uma ação é finalizada, seus resultados são avaliados também em reunião mensal.

A coordenadora elabora uma planilha com as ações planejadas e discute com os profissionais o que está em execução, como está o andamento da ação, se não foi possível executar, quais os empecilhos, como melhorar a ação. Esse acompanhamento é realizado principalmente pela coordenadora e pelos líderes das ações. Se a ação já foi concluída, acontece a avaliação dos resultados obtidos. Sempre é realizada uma avaliação no início e no final do ano sobre o planejamento anual. Muitas vezes, o que não foi possível executar durante o ano, acaba sendo transferido para o ano seguinte.

As decisões de equipes, tomadas em reuniões, consistem em decisões mais pontuais, sobre necessidade de atendimentos de visita domiciliar, casos de vulnerabilidade social, organização das agendas dos médicos e enfermeiros e definição dos atendimentos de grupos. São decisões relacionadas às equipes, que não têm necessidade de passar pelos grandes grupos (reuniões gerais) e que podem ser definidas em cada equipe, conforme as necessidades e características apresentadas pelas áreas de abrangência.

Os médicos e enfermeiros, principalmente, identificam as necessidades durante consultas individuais em consultórios e grupos de atividades e as levam para as reuniões, com dados e informações, por exemplo, de prontuários de usuários, de tabelas de indicadores/marcadores

organizados por eles. Os agentes comunitários trazem para as reuniões os pedidos, dúvidas e reclamações da comunidade e indivíduos, coletados em suas atividades diárias junto às famílias e busca ativa de casos específicos.

Com base nesses problemas, realiza-se o diagnóstico da situação da área. Como parte das etapas de planejamento, as equipes realizam além da identificação dos problemas, por meio do uso de informações e da definição de ações e atividades, momentos das reuniões semanais para o acompanhamento das atividades que estão em andamento e para a avaliação das atividades já concluídas.

O acompanhamento das ações é realizado pelos enfermeiros. Ao final da execução de alguma ação, os profissionais procuram fazer avaliações mais rápidas e simples, diferentes das avaliações do planejamento anual da unidade que são mais criteriosas e complexas.

O outro processo que contribui para o planejamento local são as buscas ativas, que estão entre as principais ações programadas pelos profissionais no planejamento semanal de equipes. Em geral, ao acompanhar os marcadores, a enfermeira ou a médica identificam faltosos, vacinas atrasadas, resultados de exames que não foram entregues, entre outros. Esses casos são discutidos com os agentes comunitários, a fim de identificar se esses usuários ainda residem na comunidade. Os agentes realizam a busca ativa desses usuários e procuram reaproximá-los do serviço. Aliada às buscas ativas, outra ação que está entre as mais incluídas no planejamento durante as reuniões de equipe é a visita domiciliar. Quando os profissionais identificam que há usuários que não podem se locomover até o CS e esses precisam de atendimento de saúde, os profissionais programam visitas domiciliares para prestar atendimento para essas pessoas.

DISCUSSÃO

Para a efetivação do trabalho das equipes da ESF tornam-se necessárias a articulação e a integração de diversos profissionais de saúde.¹³ As equipes multiprofissionais são consideradas fundamentais para o desenvolvimento de ações conjuntas, nas quais todos os trabalhadores estejam envolvidos, mas que cada profissional atue segundo seu nível de competência, de modo a realizar um trabalho que dê conta das complexidades e dos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade. As ações multiprofissionais são intrínsecas à dinâmica laboral no cotidiano das equipes, porém são nas reuniões de trabalho que elas se mostram efetivamente presentes.¹³⁻¹⁴

Os achados deste estudo mostraram que as reuniões se configuram fundamentalmente como momentos para o planejamento e organização das ações em saúde. Nelas ocorrem trocas de informações entre os profissionais e existem espaços para sanar possíveis dúvidas. Tanto as reuniões gerais mensais quanto as reuniões semanais de equipe são importantes locais para o diálogo multiprofissional. Oferecem a oportunidade de promover a integração das categorias atuantes no local para tomar decisões mais assertivas para o planejamento da unidade e das equipes.

As reuniões podem ser consideradas como dispositivos para a construção do planejamento, ou seja, são mecanismos para obtenção de certo objetivo. Os profissionais, nestas ocasiões, trocam informações para a tomada de decisões e se relacionam, apesar de características e especificidades singulares, enquanto atores oriundos de diferentes contextos. Desse modo, as reuniões são importantes lugares para uma construção efetiva do trabalho, pois favorecem a discussão de casos, a expressão de opiniões e o diálogo interdisciplinar.¹⁵

A prática das reuniões rotineiras ajuda a verificar o andamento da execução das ações, lembrar com os profissionais as suas tarefas e suas responsabilidades, discutir maneiras para lidar com as dificuldades encontradas, definir mudanças a serem implantadas e, ainda, pactuar novas estratégias de ações para o enfrentamento dos problemas atuais vivenciados. Permitem uma readequação das ações para o alcance dos objetivos almejados na construção do planejamento

anual do CS, tornando a participação e contribuição coletiva fundamental. Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que, no trabalho em equipe na ESF, os profissionais reconhecem o trabalho do outro e compartilham objetivos, o que torna possível uma prática mais comunicativa e cooperativa, num modelo de rede de conversações.¹⁶

Contudo, as reuniões podem ser longas e exaustivas, e podem gerar conflitos e desentendimentos sobre as decisões. Estudo realizado no Rio Grande do Sul¹⁵ revelou ser comum os profissionais se queixarem de reuniões cansativas, com dificuldades para a tomada de decisões, caracterizando-as como perda de tempo. Além disso, reclamações sobre divergências e desentendimentos podem ser características de reuniões falhas e malsucedidas.¹⁵

A convivência entre diversos profissionais, com suas características e singularidades, pode resultar desencontros de pontos de vista, já que suas percepções nem sempre serão convergentes. Conflitos são fenômenos conscientes que, na vida organizacional, constituem ruídos observáveis ou encobertos.¹⁷ Os conflitos gerados na discordância de opiniões são processos inerentes à natureza humana, sendo sua existência uma questão de reconhecimento e enfrentamento, revelando maturidade profissional, sobretudo para a resolução de situações que possam comprometer a efetividade da prestação do serviço.

Os achados deste estudo revelaram que as reuniões semanais de equipe são utilizadas, principalmente, para a discussão e matriciamento de casos clínicos ou comunitários ou territoriais. Já as reuniões gerais mensais são realizadas para a programação, planejamento e acompanhamento das ações anuais que envolvam toda a unidade de saúde.

Nas pautas das reuniões de equipe é frequente a inclusão do tema acolhimento. Isto porque o acolhimento é uma das práticas que envolve as dimensões de diálogo, postura e reorganização dos serviços de saúde. Estudo realizado com gestores, profissionais de saúde e usuários em Florianópolis, revelou que, na perspectiva das boas práticas, o acolhimento converte-se num ponto de intersecção entre diferentes sujeitos e práticas de cuidado na APS, desdobrando-se nas dimensões acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços.¹⁸ A percepção de boas práticas está relacionada diretamente ao contexto e às interações estabelecidas pelos gestores, profissionais de saúde e usuários, que elaboram seus posicionamentos baseados nas suas experiências e posições ocupadas nos serviços de saúde.³

Regra geral, os marcadores mais utilizados no planejamento das ações locais são aqueles ditos como prioritários, como gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos. Confirma-se o uso rotineiro desses marcadores por oferecerem informações sobre grupos de acompanhamento frequente pela equipe da ESF, com visitas mensais, bem como por corresponder a grande parte da população que busca o CS.¹⁹

Os registros de todas as reuniões são realizados em livros atas, documentos fundamentais que preservam as decisões e pactuações realizadas entre os profissionais. Constituem-se, também, como instrumentos de avaliação e de monitoramento sobre o andamento das ações planejadas, além de respaldo aos profissionais para situações de dúvidas ou questionamentos sobre as decisões tomadas nos encontros. A leitura e utilização das atas podem não se configurar uma prática para algumas equipes. Um estudo revelou resistência e falta de interesse dos profissionais pelo seu uso. Nele, os profissionais consideraram a ata válida apenas para o uso de pessoas ausentes na reunião, para tomar ciência das decisões e acontecimentos ocorridos.¹⁵ Dúvidas e questionamentos sobre decisões tomadas durante reuniões não podem depender apenas da memória dos profissionais. O recurso do livro ata existe justamente para supri-las, evitando lacunas e desgastes desnecessários.

Ambos os tipos de reuniões, gerais mensais e semanais de equipes, já contiveram atividades de educação permanente em saúde. É possível que haja falta de estímulo para o desenvolvimento de iniciativas educativas para os trabalhadores. Para esta finalidade é preciso uma articulação entre

as áreas da educação e a saúde, que estão pautadas tanto nas ações de saúde, como na gestão e gerenciamento dos serviços de saúde e nas instituições formadoras.²⁰

A realização de um diagnóstico da área, como um primeiro momento das reuniões de equipe, possibilita a identificação de necessidades e prioridades a serem discutidas posteriormente, facilitando o planejamento das atividades, a priorização dos problemas e a otimização do tempo de reunião. Este diagnóstico seria totalmente efetivo se estivessem superadas as dificuldades na alimentação e atualização das informações sobre indicadores e marcadores de saúde da população atendida. A desatualização das informações, tornando torna o sistema pouco fidedigno para embasar o planejamento. Estudo que analisou a utilização dos indicadores do program (SIAB) no planejamento das ações locais de saúde mostrou que tais indicadores são restritos e limitados, e que é necessário lançar mão de outras fontes de dados para complementar as informações em saúde. Além disso, seria útil a criação de um instrumento regionalizado, que pudesse melhor atender aos requisitos singulares da comunidade.¹⁹

O diagnóstico comunitário é uma ferramenta que subsidia a construção do planejamento e programação das ações locais, representando a tecnologia necessária para a organização do trabalho das equipes multiprofissionais. Ele possibilita para as equipes uma reflexão sobre o cotidiano e a realidade do serviço, buscando traçar prioridades, instituir diretrizes e observar fatores que limitam o desenvolvimento das ações. Esse diagnóstico se dá por meio de dados e fatores que demonstram os problemas e necessidades apresentadas pela comunidade.

Existem diversas estratégias para a sua construção e, entre elas, está a utilização dos sistemas de informação em saúde.^{5,19} O SIAB é considerado um requisito fundamental para a organização das ações da equipe da ESF.²¹⁻²² Apesar da reconhecida importância do SIAB, um estudo evidenciou que a aplicabilidade do SIAB se restringia ao preenchimento das fichas e dos relatórios para entrega mensal de produção, nem sempre utilizados pela equipe.²³ No município de estudo, uma pesquisa identificou que o SIAB, embora limitado, tem sido utilizado em conjunto com outros instrumentos e fontes de dados para complementá-lo e aprofundar dados que este sistema não abrange.¹⁹

Os entrevistados consideram que o quantitativo de trabalhadores no CS não é o ideal, o que aumenta a demanda de trabalho e causa dificuldade para a realização de reuniões semanais com a participação da equipe completa. Neste CS, a falta de profissionais se dá por rotatividade interna, os profissionais mudam constantemente de unidade de trabalho dentro do próprio município. Neste estudo, identificou-se que fatores adversos, como a falta de profissionais no CS e as dificuldades dos agentes comunitários em relação ao uso de tecnologias, tornam a alimentação do sistema de informações uma ação falha. Dessa forma, nem sempre os dados e informações utilizados para o planejamento estão atualizados, podendo causar uma programação descoordenada e inconsistente em relação às prioridades para a comunidade.

Há que se considerar a importância dos recursos humanos para um bom desempenho do trabalho na APS e que o vínculo empregatício precário se configura como um dos principais problemas para um desenvolvimento satisfatório das ações em saúde. A rotatividade de profissionais, além de prejudicar a longitudinalidade do trabalho das equipes da ESF, também exige mais gastos em recursos públicos para capacitação e contratação de novos profissionais.²⁴ A alta rotatividade possui relação direta com a qualidade do preenchimento das fichas do SIAB, não só pela assimilação da rotina de coleta, mas pela dificuldade por parte dos profissionais no preenchimento as fichas, a familiaridade com os documentos impressos, e a necessidade de conhecimento em informática. É necessário que os profissionais sejam capacitados para conhecer o programa em sua totalidade, para que possam fazer o preenchimento adequado das fichas, para assim avançar na produção e análise de relatório.²⁵

Neste CS, os profissionais utilizam um instrumento adaptado do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este programa é uma das

estratégias de gestão do SUS, que visa ampliar o acesso da população à atenção primária e melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesses serviços. Com ele, há o acompanhamento e avaliação da infraestrutura das unidades básicas de saúde, dos equipamentos, da disponibilização de medicamentos e da satisfação do cidadão. Com uma valorização daquelas unidades que oferecem melhorias na qualidade do atendimento, o PMAQ-AB busca estabelecer um padrão comparativo de qualidade para fortalecimento da APS.²⁶⁻²⁷

Os agentes comunitários de saúde foram considerados atores fundamentais para as reuniões de equipe, visto que, por sua proximidade e vínculo, identificam os problemas da comunidade e contribuem com os debates. Em um estudo realizado no interior de São Paulo, os agentes relataram as reuniões como estratégias de favorecimento para a construção das relações interpessoais entre eles e a equipe de saúde. Além disso, consideraram tais reuniões, oportunidades para alívio das angústias e para sanar suas dúvidas.²⁸ De forma semelhante, no Rio de Janeiro, um estudo mostrou que as reuniões podem ter dois caminhos: o de facilitar a interação entre os profissionais e possibilitar o diálogo e a troca de informações entre os membros das equipes ou, então, ser um momento polarizado, de concentração do poder e que tende a dificultar a participação coletiva.²⁹

É importante lembrar que, para as reuniões acontecerem com corresponsabilidade e organização é necessária a horizontalização do processo de trabalho das equipes. Embora os agentes comunitários sejam reconhecidos por grande parte dos profissionais como o principal vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, ainda há resquícios do modelo hierárquico, no qual prevalece a concepção de enfermeiros e médicos na tomada de decisões sobre problemas que abrangem os usuários.²⁸⁻²⁹

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou a estrutura, funcionamento e contribuições das reuniões de trabalho da ESF para o planejamento local em saúde, revelando que tais reuniões são importantes espaços para o planejamento em saúde.

Os profissionais organizam-se para participar de reuniões gerais mensais e reuniões semanais de equipe. As reuniões gerais mensais são momentos de participação coletiva, em que o principal tópico discutido é o planejamento anual do CS, bem como as etapas de acompanhamento e avaliação das atividades previstas já no início de cada ano. As reuniões semanais, de forma diferente, contam com a participação apenas dos profissionais atuantes em cada equipe da ESF e se configuram como momentos para a discussão de casos e matriciamento. São momentos para a resolução de problemas relacionados principalmente ao usuário e seu ambiente social, promovendo um planejamento mais focalizado nas características e necessidades apresentadas pela população de cada área de abrangência.

Ressalta-se que as reuniões de trabalho devem ser realizadas de forma democrática e com a participação coletiva. Foi possível notar que, na realização desses encontros, há categorias profissionais que se destacam pela organização e liderança e que a falta de quantitativo adequado de profissionais prejudica e influencia em pontos norteadores das reuniões, como a alimentação dos dados e informações utilizados para planejar. Por fim, salienta-se que as reuniões realizadas neste estabelecimento estão de acordo com as atribuições dos profissionais da ESF definidas em âmbito municipal e nacional, seguindo recomendações da Política Nacional da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Primary health care the “apple of the eye” of SUS: about social representations of the protagonist of the Unified Health System. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso 2016 Nov 03]; 16(Suppl1):881-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>

2. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 2016 Nov 03]; 66(spe):158-64. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
3. Andrade SR, Mello ALSF, Locks MTR, Mattia D, Hoeller F, Erdmann, AL. Best practices in primary healthcare and the meanings of integrality. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [acesso 2016 Mar 07]; 17(4):620-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130004>
4. Addum FM, Serra CG, Sessa KS, Izoton LM, Santos TB. Local planning, Environmental Health and Family Health Strategy: na analysis of the use of management tools to reduce the risk of enteroparasitosis contamination in the city of Venda Nova do Imigrante. *Physis* [Internet]. 2011; [acesso 2016 Jun 3]; 21(3):955-77. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300011>
5. Ribeiro PC, Pedrosa JIS, Nogueira LT, Sousa MF. Tools for the communitarian diagnosis of health in the consolidation of the strategy health of the family. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso 2016 Fev 25]; 6(4):161-74. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1213>
6. Elia PC, Nascimento MC. The construction of the local plan as na attribution of the Family Health Team: the experience of three administrative regions in Rio de Janeiro city. *Physis* [Internet]. 2011; [acesso 2016 Fev 22]; 21(2):745-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200021>
7. Silva WC, Mucci CBMR, Baeta OV, Araújo DS. The strategic planning in public administration: multicase study. *Rev Cienc Humanas* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Nov 13]; 13(1): 90-101. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/ojs/RCH/article/view/3437>
8. Cruz MM, Souza RBC, Torres, RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Uses of the planning and self-evaluation in the workinh processes of Family Health teams in Primary Care. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso 2017 Nov 13]; 38(Esp):124-39. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S010>
9. Cardoso CG, Hennington EA. Multidisciplinary meetings: the health team work in construction and waiting for the subjects of change. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2011 [acesso 2016 Fev 22]; 9(1):85-112. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>
10. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Team work in a Family health care program: the team process concept and operational teams. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [acesso 2016 Fev 24]; 13(2):262-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200020>
11. Brasil. Portaria nº 283 de 06 de agosto de 2007: aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, 06 ago 2007.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Brookman; 2010.
13. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Solvability of the caretaking in primary care: multiprofessional articulation and services network. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Nov 03]; 38(103):733-43. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>
14. Backes DS, Carpes AD, Piovesan C, Haeffner LSB, Büscher A, Lomba L. Multi-professional teamwork in health: from conception to the challenge of its practice. *Disciplinarium Scientia* [internet]. 2014 [acesso 2016 Nov 03]; 15(2):277-89. Disponível em: <https://periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1093/1037>

15. Grando MK, Dall'agnol CM. Challenges of the group process in team meetings on Family health strategy. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010 [acesso 2016 Fev 24]; 14(3):504-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11>
16. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. The multidisciplinary work in the Family Health Strategy: a study on ways of teams. *Interface* [Internet]. 2013 [acesso 2016 Nov 03]; 17(45):327-40. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>
17. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Conceptions and typology of conflicts between workers and managers in the context of primary healthcare in the Brazilian unified National Health System (SUS). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Nov 03]; 30(7):1453-62. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134613>
18. Guerrero P, Mello ALFF, Andrade S R, Erdmann AL. User embracement as a good practice in primary health care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 2016 Jun 09]; 22(1):132-40. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100016>
19. Senna MH, Andrade SR. Indicators and information in local health planning: the perspective of the Family Health Strategy nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2016 Jun 09]; 24(4):950-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004340014>
20. Miccas FL, Batista SHSS. Permanent education in health: a review. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2014; [acesso 2017 Nov 13]; 48(1):170-85. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>
21. Almeida GBS, Freire MR, Leonel M. Nurses' perceptions on the primary care information system. *Rev Reme* [internet]. 2012 [acesso 2016 Fev 24]; 16(4):515-21. Disponível em: <https://dx.doi.org/S1415-27622012000400006>
22. Duarte MLC, Tedesco JR, Parcianello RR. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2016 Jun 04]; 33(4):111-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26439>
23. Queiroga RM, Andrade NA, Abrantes KSM, Costa TS, Sobreira MV, Casimiro GS. Applicability of the primary care information system in nurses' daily lives. *Rev Reme* [internet]. 2011 [acesso 2016 Fev 24]; 12(esp):943-51. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4385>
24. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Moraes AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, Leite MTS. Human resources: critical factor for primary health networks. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Fev 24]; 38(100):26-34. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140012>
25. Carreno I, Moreschi C, Marina B, Beckel Hendges DJ, Rempel C, Celestina de Oliveira MM. Analysis of the use of data the Primary Health Care Information System (SIAB): na integrative review of the literature. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; [acesso 2017 Nov 13]; 20(3):947-56. Disponível em: <https://dx.doi/10.1590/1413-81232015203.17002013>
26. Savassi LCM. Quality in public services: the challenges of primary care. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2012 [acesso 2016 Jun 09]; 7(23):69-74. Disponível em: [https://dx.doi.org/10.5712/rbmf7\(23\)392](https://dx.doi.org/10.5712/rbmf7(23)392)
27. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. The National Program for access and quality improvement in primary care: faces of an innovative policy. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Jun 09]; 38(Esp):43-57. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>
28. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RF, Marin MJS. The Community health agente and working as a team: the easy and difficult aspects. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso 2016 Fev 25]; 45(4):905-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400016>
29. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. The work of the community health worker from the perspective of popular health education: possibilities and challenges. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Nov 13]; 21(5):1637-46. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>

NOTAS

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T.

Coleta de dados: Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T.

Análise e interpretação dos dados: Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V.

Discussão dos resultados Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V.

Revisão e aprovação final da versão final: Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V.

FINANCIAMENTO

O projeto de pesquisa, ao qual este estudo integra, foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com o parecer nº 538.828/2014 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 24422614.4.0000.0121.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses

HISTÓRICO

Recebido: 09 de agosto de 2017.

Aprovado: 23 de novembro de 2017.

AUTOR CORRESPONDENTE

Bruna Carla Voltolini

brunacvoltolini@gmail.com