

Planejamento e avaliação das ações em saúde

Francisco Carlos Cardoso de Campos
Horácio Pereira de Faria
Max André dos Santos



**Universidade
Federal de
Minas Gerais**

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

2ª Edição

Planejamento e avaliação das ações em saúde

Francisco Carlos Cardoso de Campos
Horácio Pereira de Faria
Max André dos Santos

Belo Horizonte
Nescon UFMG
Coopmed
2010

2ª edição

© 2010, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon)

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Universidade Federal de Minas Gerais
Reitor: Ronaldo Tadêu Pena
Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão
Pró-Reitora: Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben
Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED) e UAB/UFMG
Coordenadora: Ione Maria Ferreira de Oliveira

Cátedra da UNESCO de Educação a Distância
Coordenadora: Rosilene Horta Tavares

Escola de Enfermagem
Diretora: Marília Alves
Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação
Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha
Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Júnior

Faculdade de Medicina
Diretor: Francisco José Penna
Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia
Diretor: Evandro Neves Abdo
Vice-Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina / UFMG (Nescon)
Coordenador em exercício: Edison José Corrêa



Produção Editorial
Editora Coopmed
Diretor Editorial: Davidson Pires de Lima

Projeto Gráfico
Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Fotos
Fiocruz Multimagens | www.flickr.com

Revisão de prova
Zirlene Lemos

Campos, Francisco Carlos Cardoso de
C186p

Planejamento e avaliação das ações em saúde/Francisco Carlos
Cardoso de Campos, Horácio Pereira de Faria, Max André dos
Santos. – 2ª ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
114p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados
à estratégia da Saúde da Família.
ISBN: 978-85-7825-030-0

1. Planejamento em saúde/métodos. 2. Técnicas de Planejamento.
3. Diretrizes para o Planejamento em Saúde. 4. Diagnóstico da
Situação em Saúde. 5. Avaliação em Saúde. 6. Saúde da Família.
7. Serviços Básicos de Saúde. I. Faria, Horácio Pereira. II.
Santos, Max André dos. II. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
da Faculdade de Medicina/UFMG(Nescon). IV. Título.

NLM: WA 540

CDU: 614

A reprodução deste material didático recebeu apoio financeiro do BNDES

Sumário

Apresentação dos autores	4
Apresentação - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Programa Ágora	5
Apresentação da Unidade Didática I	6
Introdução ao módulo.....	13
Seção 1 Planejamento em saúde	15
Parte 1 - Aspectos gerais do planejamento	17
Parte 2 - Métodos de planejamento em saúde	21
Parte 3 - O Planejamento Estratégico Situacional (PES)	23
Seção 2 Diagnóstico situacional em saúde.....	33
Parte 1 - O método da Estimativa Rápida	37
Seção 3 Elaboração do plano de ação	57
Seção 4 Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde.....	81
Parte 1 - Avaliação e monitoramento: conceitos.....	83
Parte 2 - Modelo teórico ou Modelo lógico	85
Referências	89
Apêndice A – Síntese do diagnóstico situacional da Equipe Verde de Saúde da Família Vila Formosa - Município de Curupira	91

Apresentação dos autores

Francisco Carlos Cardoso de Campos

Médico pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Mestre em Administração pelo Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEPEAD/FACE/UFMG). Especialista em Medicina Preventiva e Social pelo Curso de Especialização em Medicina Social/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMS/DMPS/FM/UFMG). Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon).

Horácio Pereira de Faria

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Mestre em Saúde Ocupacional. Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon. Membro do Núcleo de Estudos de Saúde e Paz/Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Grupo de Estudos de Saúde do Trabalhador Rural (GESTRU).

Max André dos Santos

Médico pela Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Medicina Social. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon. Médico regulador da Central de Internação/Belo Horizonte. Assessor da Gerência de Planejamento da Secretaria de Saúde do município de Belo Horizonte.

Apresentação

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

Programa Ágora

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem e da Cátedra da UNESCO de Ensino a Distância/Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)/ Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED) e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

O curso integra o Programa Ágora, do Nescon, e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interinstituições e interinstitucional articula ações de ensino – pesquisa – extensão. O Programa, além do CEABSF, atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família,

o Curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de Educação a Distância. Esse sistema é composto por um conjunto de Cadernos de Estudo e outras mídias disponibilizadas tanto em DVD – módulos e outros textos, e vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, como *chats* e fóruns. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Esse Caderno de Estudo, como os demais que compõem o CEABSF, é o resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG e de outras universidades, e do Serviço. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como a vivência profissional. Todo o material do sistema instrucional do CEABSF está disponível, para acesso público, na biblioteca Virtual do Curso.

A perspectiva é que esse Curso de Especialização cumpra seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

Para informações detalhadas consulte:
www.nescon.medicina.ufmg/agora

Apresentação da Unidade Didática I

A primeira unidade didática do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família está formada por quatro módulos ou disciplinas, a saber:

Módulo 1 – Processo de trabalho em saúde

Módulo 2 – Modelo assistencial e Atenção Básica à Saúde

Módulo 3 – Planejamento e avaliação das ações em saúde

Módulo 4 – Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

O foco da discussão desta unidade é o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (SF) no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reorganização da atenção básica em saúde (ABS) tendo como base a estratégia de Saúde da Família. Desta forma, o nosso cenário é o SUS e os atores principais são os profissionais que atuam na atenção básica de saúde, em especial aqueles que compõem as equipes de Saúde da Família (SF) e de Saúde Bucal (SB).

Observação

Denominamos equipe de Saúde da Família tanto a equipe básica da estratégia de Saúde da Família – enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário – quanto a equipe de saúde bucal – cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal.

Esperamos, a partir dos textos e das atividades propostas, das discussões com os seus tutores e dos encontros presenciais, proporcionar uma reflexão crítica sobre a organização do trabalho das equipes de SF e fornecer elementos para possível aprimoramento no processo de trabalho. A expectativa é de que esta unidade possa contribuir para a consolidação de uma mudança real do modelo assistencial em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS.

Iniciamos esta reflexão com a afirmação de que a nossa atuação se faz a partir de modelos, ou seja, o nosso modo de agir é sempre orientado por algumas concepções do que deve ser e do que não deve ser, nos diferentes âmbitos e realidades.

Em nossa atuação profissional não é diferente, nossa atividade, as técnicas, os recursos diagnósticos e os instrumentos que utilizamos condizem com alguma ideia do que devemos fazer em nossa profissão em cada situação, em cada realidade.

Todos nós sabemos que essas concepções, tanto na vida em geral como no trabalho, apresentam uma marcante diversidade. No entanto, em nosso cotidiano – da vida e do trabalho – temos dificuldades para refletir sobre o modo como estamos agindo. Às vezes fazemos as coisas de forma mais ou menos automática, guiados pela nossa intuição ou pelo senso comum. Assim sendo, nossas atitudes podem não ser as mais adequadas, podem não ser as mais eficazes e, conseqüentemente, não conduzir aos resultados que desejamos. Porém, de algum modo, a realidade sempre bate à nossa porta, pedindo-nos para refletir melhor, para avaliar criticamente o que temos feito em face dos resultados que temos obtido.

Muitas vezes a nossa reação frente a essa situação se manifesta apenas na forma da insatisfação, da frustração, do desapontamento. Certamente, esses sentimentos aparecem porque não temos os elementos para compreender o que é inadequado no nosso trabalho e fazer as devidas correções de rumo. Nesse caso, podemos dizer que nos faltam os instrumentos para realizarmos a reflexão crítica e promovermos as transformações necessárias que nos levem a melhorar a nossa atuação e, assim, obter melhores resultados.

No caso do setor saúde, surgem, cotidianamente, situações de muita complexidade, envolvendo uma diversidade de relações e com alta pressão por resultados. Lidar com as demandas e necessidades de indivíduos, famílias e comunidades requer, entre outras coisas, instrumentos também complexos, para que façamos intervenções e avaliações adequadas.

Ao longo deste caderno de estudos você conhecerá a equipe de Saúde da Família – Equipe Verde – do bairro de Vila Formosa, do Município de Curupira, denominada, a partir de agora, apenas de Equipe Verde. Trata-se de uma equipe fictícia que estamos utilizando como recurso didático para subsidiar os estudos e compreensão dos temas abordados, aproximando-se do cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família. Vamos então à apresentação dessa equipe e do território onde ela atua.

Município de Curupira

Curupira é uma cidade com cerca de 80.000 habitantes, que teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região e da instalação de algumas indústrias (confeções). Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e muito menos de desenvolvimento social. Devido à sua situação geográfica estratégica, tem sido utilizada na rota do tráfico de drogas (maconha) do Nordeste para o Sudeste, com todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas. A cidade vive basicamente da agricultura (soja), de uma incipiente indústria, de agricultura e pecuária de subsistência em franco declínio e do plantio de tomate e batata, cuja produção, em sua quase totalidade é encaminhada para a Central de Abastecimento (CEASA). A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que se revezam à frente da administração municipal ao longo de décadas. Algumas lideranças novas têm aparecido e conseguido, por intermédio da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista. A cidade sempre teve forte tradição na área cultural e movimentou a região com o seu festival de música e, ainda, preserva suas festas religiosas e seus grupos de congado. Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há aproximadamente cinco anos o município adotou a estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 12 equipes na zona urbana e três na zona rural cobrindo 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento da estratégia da SF, em que pese a uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Comunidade de Vila Formosa

Vila Formosa é uma comunidade de cerca de 6.500 habitantes e fica na periferia de Curupira, tendo se formado principalmente a partir do êxodo rural ocorrido na década de 70 em função do avanço do plantio de soja por grandes empresas, com a consequente redução da agricultura familiar de subsistência. Hoje a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas rurais que plantam soja, do plantio de tomate e batata que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É alto o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações tem havido algum investimento público na comunidade (escola, centro de saúde, creche, asilo, etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da igreja e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Vila Formosa trabalham duas equipes de Saúde da Família – a Equipe Verde e a Equipe Amarela.

A unidade de saúde da Equipe Verde

A unidade de Saúde da Família de Vila Formosa 1, que abriga a Equipe Verde, foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. Trata-se de uma casa alugada que foi adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. Sua

área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (3.100 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza o quintal, à sombra de um grande abacateiro, o que é bastante agradável quando faz calor, mas quando chove é um problema.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da associação de moradores que fica ao lado da unidade de saúde. Houve, porém, momentos – quando as relações da equipe de saúde com a diretoria da associação não eram as mais amistosas – em que as reuniões aconteciam no salão da igreja, que fica um pouco distante da unidade de saúde. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

A unidade atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém até o final da última administração funcionava sem mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador e instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta desses materiais constituiu um foco de tensão importante entre a equipe de saúde, a coordenação do PSF e o gestor municipal da saúde.

Equipe Verde

A equipe verde é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Mariana L.S., 28 anos, solteira, agente comunitária de saúde da microárea 1, com 180 famílias cadastradas. Mariana estudou até a 8ª série e trabalhava em uma pequena confecção como costureira antes de trabalhar como ACS.

José Antônio R., 18 anos, solteiro, estudante e agente comunitário de saúde da microárea 2, com 160 famílias cadastradas. É o primeiro trabalho de José Antônio, que pretende continuar os estudos e tentar o vestibular para serviço social.

Aline F.S., 25 anos, casada, 2 filhos, agente comunitária de saúde da microárea 3, com 170 famílias cadastradas. Aline estudou até a 2ª série do segundo grau e interrompeu os estudos quando ficou grávida de seu primeiro filho. Trabalhou anteriormente em um restaurante como cozinheira e participa ativamente da associação de moradores da comunidade. Tem facilidade para falar em público e ainda não perdeu as esperanças de retomar os estudos algum dia e, talvez, se tornar uma auxiliar de enfermagem.

Sônia Maria P.C., 20 anos, solteira, agente comunitária de saúde da microárea 4, com 150 famílias cadastradas. Sônia é procedente da zona rural onde morava e estudou até a 4ª série do primeiro grau, quando teve que abandonar os estudos pela dificuldade de acesso à escola e para ajudar a família na roça, que ainda vive até hoje do plantio de tomate e batata principalmente.

Marco Antônio P., 45 anos, solteiro, agente comunitário de saúde da microárea 5, com 200 famílias. Marco é uma pessoa tranquila e muito conhecida na cidade e sempre participa das ações desenvolvidas pela comunidade.

Joana de S.P., 48 anos, solteira, um filho, auxiliar de enfermagem. Joana trabalhou mais de 15 anos em hospital e há três anos foi aprovada na seleção e iniciou suas atividades no PSF, mantendo um plantão no hospital local no final de semana.

Renata C.T., 29 anos, solteira, médica. Formada há quatro anos decidiu “viver” a experiência do PSF para depois fazer residência (Ginecologia e Obstetrícia). Traba-

lhou por três anos no município vizinho, de onde saiu porque o novo prefeito desativou o PSF que havia sido implantado por seu adversário político. Participa da atual equipe há nove meses substituindo o médico anterior, que saiu porque o novo secretário de saúde estava exigindo o cumprimento das oito horas diárias de trabalho.

Pedro Henrique S.J., 32 anos, enfermeiro, solteiro. Pedro trabalha em Saúde da Família há oito anos, tendo sido coordenador da atenção básica quando da implantação da estratégia de Saúde da Família no município. Saiu da coordenação na mudança da administração e desde então atua na Equipe Verde. No princípio teve algumas dificuldades na relação com o atual coordenador, que não foram totalmente superadas.

Cláudia de O.C., 23 anos, cirurgiã-dentista. Cláudia é recém-formada e este é seu primeiro emprego após sua formatura. Decidiu trabalhar com a atenção básica após o seu estágio rural realizado em um pequeno município no norte de Minas Gerais. É uma pessoa muito dinâmica e cheia de planos.

Gilda M.S., 22 anos, técnica de saúde bucal. Gilda trabalha como TSB há três anos, tem o 2º grau completo e pensa em retomar os estudos e tentar fazer uma faculdade.

Maria das Dores P., 20 anos, auxiliar de saúde bucal. Trabalha como ASB desde a implantação da equipe; é muito habilidosa e gosta muito do seu trabalho.

José R.S., 40 anos, educador. José tem formação em educação e já trabalhou em vários setores da Secretaria Municipal de Educação, sendo responsável durante alguns anos pelo programa de alfabetização de adultos. Com a implantação do PSF no município, começou uma parceria com o setor saúde. Com a entrada do novo secretário municipal de educação, pediu para trabalhar junto às equipes de Saúde da Família, fazendo uma ponte entre a saúde e

a educação. No momento trabalha em dois projetos de educação e saúde. Um projeto junto à escola do bairro Vila Formosa e outro junto ao assentamento do MST.

Funcionamento da unidade de saúde

A unidade de saúde funciona de 7:30 às 18:00 horas. Para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência como recepção e arquivo, sempre e quando estão presentes na unidade o auxiliar de enfermagem e/ou o enfermeiro. Isso tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACSs nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro auxiliar de enfermagem. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até as 21:00 horas, pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores rurais que retornam do trabalho no final da tarde e, por isto, têm dificuldade de acesso à unidade de saúde. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e a associação, porém até o momento não existe proposta de solução.

O dia-a-dia da Equipe Verde

O tempo da Equipe Verde está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte) e a alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento de crianças desnutridas. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, criação de uma horta comunitária, grupo de hipertensos e diabéticos, grupos de caminhada, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início, essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, fato que provocou alguns

questionamentos por parte da população e de alguns membros da própria equipe e que não mudou qualitativamente a participação nas reuniões. A falta de um projeto e de uma avaliação mais sistemática do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo por causa da demanda de atendimento. Com o passar dos anos, essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado muito desgaste na equipe. O grupo ficou um pouco animado com a possibilidade da médica, do enfermeiro e da cirurgiã-dentista participarem do curso de especialização em Saúde da Família. A novidade foi comunicada durante a última reunião da equipe à sombra do abacateiro, num final de tarde de sexta-feira.

E então, o que você achou da Equipe Verde? Em que ela se assemelha e em que ela se diferencia da sua equipe?

Nessa apresentação, a Equipe Verde já revelou um pouco dos problemas que ela enfrenta e também da forma como ela trabalha. Neste sentido, um dos primeiros passos desta unidade didática será uma reflexão sobre o seu processo de trabalho (e de sua equipe). Este exercício inicial deverá acompanhar todo o desenvolvimento deste primeiro módulo, que trata especificamente do processo de trabalho e que continuará nos demais módulos.

Para um bom aproveitamento em seus estudos, é importante que você faça todas as atividades, leia os textos complementares, participe e contribua nas discussões nos fóruns e dos encontros presenciais. Finalmente, esperamos que você explore esta unidade didática com a compreensão de que ela é apenas mais um momento no seu processo de desenvolvimento e qualificação (e de sua equipe).

Introdução ao módulo

Planejamento e avaliação das ações em saúde



Foto: www.flickr.com

O desafio representado pela implementação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é, sem dúvida alguma, o planejamento.

Este módulo tem como objetivo a discussão do processo do planejamento em saúde, desde a identificação dos problemas de saúde até o monitoramento e avaliação das ações nesse setor, e de sua importância como instrumento para a reorganização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

O módulo está composto de quatro seções:

Seção 1 – Planejamento em saúde

Seção 2 – Diagnóstico situacional em saúde

Seção 3 – Elaboração do plano de ação

Seção 4 – Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde

Esperamos que você participe ativamente, leia os textos sugeridos, realize todas as atividades propostas e participe dos fóruns de discussão.

Sabemos que planejar é um exercício contínuo na nossa vida, portanto, vamos começar nossa conversa com uma reflexão sobre a utilização do planejamento em nosso dia-a-dia.



Mapa contextual

Atividade 1

Descreva o planejamento de uma festa. Identifique os passos ou etapas que foram cumpridas no planejamento e elabore um conceito de *planejamento*. Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.

Esperamos que esta atividade tenha estimulado você para o estudo do tema, reafirmado a sua percepção quanto à utilização do planejamento em todos os momentos de seu cotidiano pessoal, na maioria das vezes não o fazendo de maneira sistematizada. No entanto, na organização do nosso trabalho é imprescindível fazê-lo de forma intencional e sistematizada. Vejamos o que a Equipe Verde pensa disso, “acompanhando” uma discussão desses nossos colegas.

Cena 1: Equipe discute a necessidade do planejamento

Cenário: reunião da equipe no quintal do centro de saúde à sombra do abacateiro, pessoas sentadas em bancos e cadeiras, uma pessoa sentada à frente de uma mesa com um caderno.

Renata: – Olha, gente, acho que estamos precisando discutir melhor como enfrentar os problemas de saúde aqui da comunidade.

Marco Antônio: – Eu concordo com você e já falei e vou repetir mais de uma vez: “se a gente quer resultado diferente do nosso trabalho, precisamos fazer as coisas diferente”. Mas o que está faltando pra gente mudar de fato o rumo das coisas?

Aline: – Eu também estou sentindo falta de dar uma “mexida”. Eu gosto muito de trabalhar nesta equipe. Aqui ninguém foge do trabalho, mas eu sinto que poderíamos fazer mais.

Sônia: – É, eu estou cansada de ficar apagando incêndio. Será que não podemos ter pelo menos um ou dois projetos mais de médio e longo prazos?

Pedro: – Acho que você matou a charada, Sônia. Nós precisamos de projetos de mais longo prazo, pra gente sair um pouco da rotina. Mas acho que tem que ser um pra resolver problemas mais complicados, alguma coisa que seja realmente um desafio. Temos que sair da inércia.

José Ribeiro: – Eu concordo, mas pra isto nós temos que planejar bem.

Renata: – Pois é, gente, por coincidência, nós vamos começar o módulo de planejamento do nosso curso. Quem sabe isto pode nos dar uma luz...

A partir dessa cena, podemos refletir sobre vários aspectos do planejamento e é isso que faremos nas seções seguintes.

Seção 1

Planejamento em saúde

Nesta seção, vamos iniciar a nossa reflexão sobre o planejamento em saúde com o objetivo geral de discutir a importância do planejamento no trabalho das equipes de saúde e a necessidade de trabalhá-lo como um processo, contando, para tal, com um método de planejamento. Ao final da seção, esperamos que você seja capaz de:

- Identificar aspectos gerais do planejamento em saúde.
- Discutir conceitos de planejamento.
- Conhecer as principais diferenças entre os métodos de planejamento estudados.
- Elaborar um Planejamento Estratégico Situacional - PES.

É importante que você participe ativamente de todas as atividades desta seção, pois ela será fundamental para o desenvolvimento das seções seguintes. Iniciaremos nosso trabalho enfocando os aspectos mais gerais do planejamento e posteriormente situaremos essa discussão no campo da saúde.

Parte 1

Aspectos gerais do planejamento

Nesta primeira parte, a partir de algumas perguntas e respostas, pretendemos situar a questão do planejamento como uma atividade que está incorporada na vida de todos nós e de sua importância para resolver, de forma mais eficiente e eficaz, os problemas de nosso dia-a-dia.

1.1 | Por que precisamos planejar?

Tendo feito uma rápida reflexão sobre o planejamento no seu cotidiano, certamente pode-se perceber que o ato de planejar é inerente ao ser humano. Com mais ou com menos grau de consciência, todos nós planejamos. Por exemplo: planeja-se uma viagem, uma festa, a compra de uma casa, atravessar uma rua movimentada, etc.

Se pensarmos mais um pouco, veremos que há condições que nos obrigam a planejar. Por exemplo, o orçamento doméstico. Por que será que somos obrigados a planejá-lo? Por uma razão muito simples: o que temos para gastar é, normalmente, menos que nossas necessidades ou expectativas. Essa é uma ocorrência muito frequente na vida: os recursos são menos que as demandas e isto nos obriga a planejar, caso contrário, vamos usar mal o pouco recurso que temos ou, o que é pior, vamos contrair dívidas, pagar juros, etc., etc.

Mas será que é apenas por esta razão que planejamos? Por uma mera questão de economia de recursos? Não. Planejamos também, e principalmente, porque queremos alcançar objetivos. Aqui cabe a seguinte pergunta: será que é possível alcançarmos objetivos sem planejar? Se pensarmos bem, veremos que é. Mas, depende de sorte. Só que, neste caso, certamente há menos chances de alcançarmos os objetivos e menos ainda quando queremos alcançar um objetivo coletivamente.

Por outro lado, podemos nos perguntar: o planejamento nos garante

Para refletir...

Ao se pensar em planejamento, é preciso ter em mente que o ato de planejar é algo inerente ao ser humano, ou seja, em nosso cotidiano todos nós o fazemos, até mesmo sem o percebermos. O ato de planejar é importante porque permite melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, aumentando as chances de alcançarmos os nossos objetivos.

alcançar os objetivos? Obviamente que não. Não há certeza em planejamento, ele apenas aumenta nossa probabilidade de termos sucesso. E quanto melhor planejarmos, mais chance temos de atingir os objetivos.

Se estivermos convencidos de que é preciso planejar, a próxima pergunta a ser feita é:

1.2 | Por que precisamos de um método de planejamento?

O planejamento cotidiano, na maioria das vezes, é feito de forma intuitiva ou pouco sistematizada. Quando se pretende alcançar **objetivos complexos** e, mais, de fazê-lo coletivamente, torna-se ainda mais evidente não só o quanto é importante planejar, como é, também, imprescindível contar com um **método de planejamento**.

É preciso um método de planejamento que possibilite a compreensão e o **compartilhamento** de uma mesma “linguagem” (conceitos básicos, terminologia, instrumentos utilizados, etc.); que seja capaz de contribuir para o **diálogo** e para efetiva **participação** de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano.

Portanto, se não contarmos com um método, torna-se praticamente inviável, principalmente em organizações mais complexas (como as governamentais), que o processo de planejamento possa ser institucionalizado, com participação de todos os níveis.

Quando planejamos alcançar objetivos complexos e queremos fazê-lo de forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersectorialidade), necessariamente precisamos trabalhar com um método de planejamento.

Se estivermos cientes da importância de trabalhar com um método de planejamento, temos uma próxima pergunta a ser feita.

1.3 | Qual é a diferença entre o planejamento e o plano?

O professor Chorny (1998) diz que planejamento não é fazer plano e, segundo Matus (1989): “o **plano é um produto momentâneo** de um processo de planejamento.” Funciona como um instrumento para, em determinados momentos, permitir o compartilhamento e/ou a negociação dos projetos elaborados. O plano nunca está acabado, mas tem que estar sempre pronto, para orientar a ação da equipe que planeja.

Assim, um processo de planejamento não é aquele em que **geralmente uma vez ao ano** se elabora um documento (o plano) para ser apresentado e não necessariamente executado (**provavelmente engavetado**).

Esse documento é necessário, pois deve servir como referência para o acompanhamento da execução das ações, a correção de rumos e a avaliação dos resultados alcançados em relação aos objetivos propostos, provocando, assim, um movimento processual do planejamento.

1.4 | Por que o planejamento deve ser um processo permanente?

Basta pensar que, quase sempre, principalmente no setor governamental, está-se perseguindo objetivos em situações em que há menos recursos que necessidades. A essa constatação soma-se o fato de que as situações a serem enfrentadas são dinâmicas, sofrendo constantes transformações. Ou seja, planeja-se em situações nas quais a **incerteza** sempre estará presente.

Portanto, planejar passa a ser uma necessidade cotidiana, um **processo permanente** para que se possa garantir direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando-se sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar.

Sempre estamos planejando em situações dinâmicas que sofrem constantes transformações. Portanto, é fundamental estabelecer um processo permanente de planejamento que dê conta de corrigir os rumos e manter a direcionalidade das ações desenvolvidas em relação aos objetivos a serem alcançados.

Até aqui fizemos algumas reflexões que nos permitiram perceber a **importância** de planejar, de fazê-lo com um **método** e também como um **processo permanente**. Cabe, agora, considerarmos algumas outras questões ou mesmo pressupostos sobre os quais precisamos ter clareza.

Se concordarmos que o planejamento é uma ferramenta fundamental para administrar situações cotidianas que ocorrem no processo de trabalho, precisamos ter clareza sobre como se pretende gerenciar determinada organização.

Sendo assim, torna-se indispensável definir e decidir sobre o **modelo de gestão**; conseqüentemente, o **modelo de planejamento** a ser adotado deve, necessariamente, ser coerente com o modelo de gestão.

1.5 | Conceito de planejamento

Podemos nos perguntar: o planejamento é um pensar ou um agir? Muitos dirão que é um pensar. Mas, na verdade, são as duas coisas. Ou seja, é uma ação pensada. É um pensar antes de agir. O contrário de planejar é **improvisar**. A ação improvisada é aquela sobre a qual não tivemos tempo de pensar previamente, pois fomos pegos de surpresa. Ou seja, são as ações voltadas para os imprevistos. É o famoso “apagar incêndios”.

Pode-se dizer, de um modo bastante simplificado, que planejar é “simplesmente” **pensar antes e durante a ação**. Segundo Matus (1989; 1993), “**o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação.**”

Se planejar é **um refletir antes de agir**, onde fica então o limite entre a **mera reflexão prévia** e o **planejamento propriamente dito**?

Para Matus (1989; 1993), há muita diferença entre um cálculo pobre, imediatista, que não projeta o futuro, feito intuitivamente, não-sistematizado, com visão parcial da realidade e aquele que considera o futuro de modo consistente, partindo de uma visão do presente, que trabalha com um cálculo sistematizado, apoiado por teorias e métodos e tem uma visão mais global, analisando a situação de modo articulado.

Portanto, o planejamento deve ser um **cálculo situacional e sistemático capaz de articular o imediato (presente) com o futuro**. O plano, como um cálculo, não é nem **puramente técnico**, nem **puramente político** e muito menos **único**. Devemos considerar tanto as **propostas dos especialistas** (ou o ponto de vista técnico-científico) como também **as diferentes visões ou pontos de vistas dos políticos**, que captam a realidade buscando realizar seus projetos ou compromissos, assim como propostas oriundas da própria comunidade que, em última análise, é que sofre com os problemas que o planejamento pretende resolver.

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.

Uma vez entendido o que é o planejamento e qual sua importância para resolver problemas e atingir objetivos, vamos agora iniciar nossa discussão sobre o método de planejamento.

Parte 2

Métodos de planejamento em saúde

No texto anterior, iniciamos uma conversa sobre planejamento. Vimos que planejar é pensar antes e durante uma ação, que é um cálculo. Mas, qual é o cálculo que fazemos ao planejar? De maneira geral, calculamos os objetivos a serem alcançados a partir da situação em que nos encontramos, do caminho ou das ações que teremos de fazer para alcançar esses objetivos e com quais recursos precisamos contar. Isto é o planejamento.

No entanto, existem diferentes maneiras de planejar. Ou seja, existem distintos modelos ou métodos de planejamento. É importante conhecê-los para escolher aquele mais adequado ao nosso modelo assistencial de saúde e, por conseguinte, ao modelo de gestão que adotamos.

Para nossa discussão, vamos nos referir a apenas dois métodos, o normativo e o estratégico. O que significa planejar normativamente ou estrategicamente? Quais são as diferenças fundamentais entre esses dois métodos?

O planejamento normativo surgiu na América Latina, na década de 1960. Duas instituições, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES), elaboraram um método de planejamento para a saúde, que ficou conhecido como método CENDES/OPAS (1965).

Segundo Lúcia Giovanella (1990), para a elaboração desse método foi realizada uma transposição para a saúde do planejamento econômico normativo, vigente na América Latina desde a década de 1940. Surge como resultado de um método de planejamento no qual a realidade deve funcionar como norma e cujo objetivo é otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/benefício. Nesse método, a formulação do plano inicia-se com a realização de um diagnóstico. A partir do diagnóstico faz-se uma seleção de prioridades, definem-se as ações e os recursos com o intuito de alcançar mais eficiência nas ações de saúde.

Essa é uma proposta tecnocrática, na qual o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos “neutros”, faz o plano e estabelece as prio-

ridades. É um método normativo e economicista, em que a norma tem como fundamento principal a relação custo-benefício. Por ser um método normativo, considera-se que apenas um ator planeja com plenos poderes, supondo-se sempre que existe o consenso ou o quase-consenso. Desconsideram-se, então, os conflitos e os diferentes interesses existentes e, ao fazê-lo, não se considera a variabilidade e a complexidade da realidade. Dessa forma, como a análise da realidade é incompleta, sua utilização para elaboração de intervenções é limitada. Tornam-se, apenas, planos adormecidos no interior das gavetas. Em decorrência dessas características, o método CENDES/OPAS caiu em descrédito e a própria OPAS (1965) admitiu o fracasso do mesmo.

Na década de 1970, surgiram, na América Latina, as diferentes correntes do planejamento estratégico. Neste curso, trabalharemos com uma metodologia de planejamento **mais leve**, que procura simplificar, facilitar e agilizar a operacionalização de um **processo de planejamento estratégico**.

O método de planejamento estratégico que escolhemos toma como ponto de partida o texto do Prof. Luís Carlos de Oliveira Cecílio (1997), da Unicamp, intitulado: “Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental”. Além desse texto, também adota como referência o “Planejamento Estratégico Situacional - PES”, desenvolvido pelo chileno Carlos Matus (1989; 1993), e o “Planejamento de projetos orientado por objetivos”, traduzido do alemão “*Zielorientierte Projektplanung - ZOPP*”, desenvolvido pelo *Deutsche Gesellschaft Für Technische – GTZ* (2007) da Alemanha.

No item seguinte veremos com mais detalhes o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o seu desenvolvimento e os seus conceitos básicos.

Parte 3

O Planejamento Estratégico Situacional - PES



Foto: www.flickr.com

3.1 | Desenvolvimento

O **PES** foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da Economia (e assessor direto) do governo de Salvador Allende, o então Presidente do Chile. Para Matus (1989; 1993), planejar é como preparar-se para a ação. E, para agir, é fundamental investir no aumento da capacidade de governar. Para tanto, o autor propõe a formação de (por ele denominados) técnico-políticos, os quais devem ser capazes de viabilizar, com competência, um modo **de ser cotidianamente** governo.

Esse governar cotidiano é enfocado por Matus em dois sentidos:

- Governar (maiúsculo) tem o significado de estar no poder do Estado, no exercício de algum cargo no aparelho do Estado.
- governar (minúsculo) tem o significado de que todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções inteligentes sobre os fatos sociais;

Outros três aspectos enfocados por Matus são também importantes para a melhor compreensão dos fundamentos teóricos do **PES**. São eles:

- O **projeto de governo** → refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;
- a **governabilidade** → diz respeito às **variáveis ou recursos** que a equipe **controla ou não** e que são necessários para implementar seu plano;
- a **capacidade de governo** → diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação de seu plano. Esses três pontos devem ser vistos numa inter-relação dinâmica.

Para representar graficamente essa inter-relação, Matus utiliza a figura de um triângulo por ele denominado: **Triângulo de Governo**, cujos vértices correspondem aos três aspectos comentados nos parágrafos anteriores: o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo. Vejamos na representação gráfica a seguir:



Figura 1 - Triângulo do Governo

A análise sobre o “equilíbrio” entre os três vértices do triângulo permite avaliar quais são os “pontos fracos” de um processo de gestão, orientando, com mais clareza, o processo de tomada de decisões sobre as intervenções necessárias. Isto é, se é preciso definir melhor o projeto e/ou se é preciso aumentar a **governabilidade** e/ou a **capacidade de governo**.

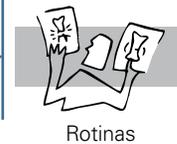
O Triângulo de Governo procura refletir como essa relação é dinâmica e interdependente. Desse modo, por exemplo, podem acontecer situações em que: uma equipe tem baixa governabilidade para realizar seu projeto, porém, conta com a alta capacidade de governo, o que pode permitir-lhe acumular recursos que aumentem sua governabilidade em níveis suficientes para que seu projeto se realize; ou uma equipe, apesar de possuir alta governabilidade, pode ficar isolada e impotente para realizar o seu projeto, por contar com pouca ou quase nenhuma capacidade de governo ou não possuir um projeto adequado aos problemas que devem ser enfrentados, ou ambos.

Esse tipo de análise deixa mais claro por que, para Matus, é tão fundamental que um método de planejamento seja capaz de contribuir para aumentar a capacidade de governo e a governabilidade.

Atividade 2

Considere que sua equipe tenha um projeto que tem como seu objetivo central aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso prescrito e aos hábitos de vida mais saudáveis. Elabore texto analisando as possibilidades de sucesso do projeto, considerando a governabilidade e a capacidade de governo da equipe.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Rotinas

3.2 | Conceitos básicos do PES

Cada método de planejamento utiliza terminologias e está embasado em conceitos que lhe são próprios. Aprender essas terminologias e conceitos é importante tanto para o domínio do método em si quanto para facilitar a comunicação entre os diferentes atores que participam do processo de planejamento.

3.2.1 O conceito de estratégia

Estratégia vem do grego *estratego* e era utilizado para denominar os generais que comandavam as guerras na Grécia antiga. Geralmente, a palavra estratégia nos remete à ideia da existência de conflito.

Por que o planejamento deve ser estratégico e associado à ideia de conflito ou de disputa?

Porque quando estamos diante de uma **situação** qualquer ou de um problema qualquer, geralmente, existem diversos **atores sociais** com diferentes visões, propósitos, interesses e compromissos relacionados a essa situação ou problema. São essas diferenças que colocam a possibilidade de conflitos. Existindo conflitos, é preciso que se raciocine estrategicamente para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados. Não se pode cometer o grave erro de pensar que só nós estamos planejando ou que “o **outro** também pensa como **eu**”.

Podemos identificar dois tipos de estratégias:

As estratégias de longo prazo – estão relacionadas a algo importante ou indispensável, um objetivo futuro e transcendente a ser perseguido. Geralmente, é utilizada para explorar o futuro, num horizonte de tempo de longo prazo, estabelecendo direção e sentido para um processo de mudança num período de cerca de 20 a 30 anos.

Estratégias de curto/médio prazo – estão relacionadas à solução de questões mais imediatas e urgentes. São importantes e devem estar articuladas com as estratégias de longo prazo. Aqui, busca-se **um trajeto rumo ao futuro**. A pergunta agora passa a ser: **como avançar na direção do que se busca alcançar?**

Podemos entender que estratégia é, basicamente, uma maneira de construir viabilidade para um plano elaborado, visando alcançar determinados objetivos.

3.2.2 O conceito de situação

Para Matus (1989; 1993), o conceito de **situação** expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam uma realidade. Portanto, uma situação pressupõe a existência de atores sociais que interpretam e explicam a realidade, estando, portanto, estabelecida a possibilidade de conflitos, já que os atores envolvidos podem ter interesses e objetivos diferentes. Portanto, uma **situação** pode ser compreendida como um **espaço socialmente produzido** no qual **nós** desempenhamos um papel e intervimos da mesma forma que **outros**.

Entende-se que num processo de planejamento a leitura da realidade daquele que planeja é apenas uma das possíveis leituras dessa realidade. Por isso, é fundamental que sejam devidamente consideradas as interpretações da realidade formuladas por outros atores sociais, o que pode exigir a formulação de estratégias para superar possíveis conflitos.

Um grupo que planeja ações contrárias à implantação de uma indústria em um determinado município, pelos seus riscos ambientais e, conseqüentemente, à saúde de sua população, deve levar em consideração que existem vários outros atores interessados na questão que podem ter posições diferentes, tais como: a população desempregada que vê nesse projeto a possibilidade de conseguir um emprego, o prefeito que quer aumentar a arrecadação de impostos, o dono do capital que busca isenção de impostos.

Essa reflexão ajuda a perceber que uma explicação ou análise sobre determinada situação depende necessariamente de:

- **Quem** explica;
- **Para que** explica;
- A partir de **qual posição** explica;
- Em face de **quais outros** explica.

Diferentemente do planejamento tradicional, que considera possível haver **um conhecimento único e objetivo da realidade**, para o PES, o conhecimento e a explicação da realidade dependem da inserção de cada ator e, logo, são sempre parciais e múltiplos.

Assim, uma **explicação situacional** é sempre feita por **nós** ou por **eles**, como atores sociais. Torna-se, então, muito importante distinguir a **minha** explicação daquela que tenta dar conta da explicação do outro, lembrando, também, que um mesmo ator pode, partindo de uma mesma realidade, perceber diferentes situações, visando a diferentes propósitos.

Uma situação constitui-se num espaço de produção social. Uma determinada situação expressa a condição, a partir da qual indivíduos ou grupos interpretam e intervêm nessa realidade.

Consequentemente:

Uma análise situacional é o conhecimento sobre o modo como é produzida determinada situação. Essa explicação ou análise é sempre parcial e múltipla. Necessariamente, ela é dependente de quem analisa, para quem analisa, a partir de qual posição e frente a quem constrói essa análise.

3.2.3 O conceito de ator social

Matus (1989; 1993) define **ator social** como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que esse ator tenha:

- O controle sobre recursos relevantes;
- uma organização minimamente estável; e
- um projeto para intervir nessa realidade.

O Planejamento Estratégico Situacional - PES, a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento como

um **processo participativo**. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de **negociação** dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando **coresponsabilidade dos atores** com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano.

Portanto, o conceito de ator social é muito importante. Ou seja, ter clareza de quem é o ator que planeja e de quais outros atores que estão também envolvidos na situação é fundamental para o “sucesso” do plano. É também fundamental considerar que cada ator vê e atua sobre a realidade a partir de percepções diferentes, o que torna necessária uma ação central (não centralizadora, mas aglutinadora) capaz de construir uma **coerência global** entre as ações parciais dos diversos atores sociais.

Um ator social é definido como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada situação, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que o ator tenha: um projeto de intervenção, o controle ou capacidade de mobilizar os recursos necessários ao plano e uma organização minimamente estável para executá-lo.



Web

Atividade 3

Uma equipe de saúde pode achar que os principais problemas de uma comunidade, por seu impacto no perfil de mortalidade e por suas complicações, são o diabetes e a hipertensão arterial. Em função desses problemas, mobilizam grande parte de sua energia, mas sentem que a comunidade não lhes dá a devida importância. Pode ocorrer que essa comunidade se sinta mais incomodada e afetada com a dificuldade de acesso à água, com o desemprego e a violência. Como lidar com uma situação como essa? Vamos discutir esta questão no fórum.

3.2.4 O conceito de problema

Outro conceito fundamental para a elaboração de uma análise situacional num processo de planejamento é o conceito de problema. De modo geral, um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos. Sendo assim, um problema é autoreferido e dependente da perspectiva de quem o identifica. Em determinadas situações, o que é um problema para um ator pode ser oportunidade para outros. Recuperando a discussão realizada no Módulo 1 sobre processo de trabalho, podemos dizer que os problemas são, em realidade, o objeto do nosso trabalho.

Entretanto, os problemas **não são do mesmo tipo**, isto é, existem aqueles mais ou menos complexos, de difícil ou fácil solução. Cabe, então, perguntar: quais tipos de problemas um processo de planejamento deveria trabalhar?

Para responder a essa questão, vamos considerar dois tipos de categorização dos problemas. Uma primeira propõe que os problemas sejam considerados como:

1. Problemas estruturados: são aqueles cujas variáveis que o compõem e as relações entre elas são suficientemente conhecidas. As soluções para enfrentá-los são consensuais. Exemplo: prevenção e controle do sarampo.

2. Problemas quase-estruturados: caracterizam-se por serem bastante complexos, traduzindo-se em acentuadas dificuldades para seu enfrentamento:

- Só é possível identificar algumas das variáveis que o compõem e precisar algumas das relações entre essas variáveis;
- suas causas são de difícil identificação (são multicausados);
- não são vistos como um problema por todos os atores;
- as soluções apontadas são situacionais, significando que algumas soluções são “boas” para alguns e não o são para outros (são “más”); portanto, as soluções não são vistas como as mesmas por todos;
- são problemas produzidos no processo social e precisam ser enfrentados com base na elaboração de um plano de ação.

Uma segunda categorização propõe que os problemas sejam considerados como:

1- Problemas intermediários: são aqueles vividos no cotidiano da organização. Causam interferências na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados pela organização.

2- Problemas finais (ou terminais): são aqueles vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização. Eles devem ser o alvo do planejamento porque, para enfrentar problemas terminais, inevitavelmente, deve-se enfrentar os problemas intermediários que interferem ou são causadores dos problemas finais.

Voltando à questão anterior: “quais tipos de problemas um processo de planejamento deveria trabalhar?”. Temos de considerar que o processo de planejamento envolve razoável gasto de energia por parte da equipe e, portanto, de tempo. De maneira geral, devemos planejar as intervenções sobre os problemas quase-estruturados e ao mesmo tempo finalísticos. Os demais problemas, via de regra, conseguimos enfrentar na nossa rotina de programação.

É importante que os conceitos anteriormente relacionados – estratégia, situação, ator social e problema – fiquem bem claros, porque serão muito utilizados na discussão que faremos dos momentos do processo de planejamento nas seções seguintes deste Módulo.

3.2 | Os momentos do processo de planejamento

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades. Ao propor a ideia de momentos do processo de planejamento, Matus (1989; 1993) pretende contrapor a ideia de etapas adotadas no planejamento tradicional e compreendidas como fases estanques, numa sequência rígida. Os momentos constituem uma dinâmica permanente e dialética, ora predominando uma lógica, ora outra. Matus identifica quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional, que são apresentados a seguir.

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional”, aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.
- Momento normativo: quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução.
- Momento estratégico: busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico. Ou seja, a todo o momento estamos revisando nossa situação, a evolução dos nossos problemas e suas explicações e, a partir dessa evolução, revisando nossas intervenções e nossas ações para viabilizar essas intervenções, assim como a sua implementação e a avaliação dos seus resultados práticos.

Nesta seção buscamos aproximá-lo da reflexão sobre planejamento, explorando alguns conceitos básicos pertinentes a este processo e apresentando, em linhas gerais, o método do PES. Na próxima seção iremos discutir a importância do diagnóstico situacional em saúde, buscando orientá-lo para a elaboração do diagnóstico de sua área de abrangência.



Seção 2

Diagnóstico situacional em saúde

Nesta seção, nosso objetivo principal é discutir a importância do diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência das equipes de saúde da família, tanto para a definição das ações a serem implementadas a fim de enfrentar os problemas identificados, quanto para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações. Discutiremos, também, a importância da informação para a realização do diagnóstico e apresentaremos o método da Estimativa Rápida para elaboração do diagnóstico situacional. É importante ressaltar que esta seção tem caráter bastante prático porque você terá como produto final a consolidação do diagnóstico situacional de sua área de abrangência, que você vem construindo desde o Módulo 1. Para isso, é fundamental que você leia os textos e realize com muito empenho o diagnóstico de sua área, pois este será utilizado na seção seguinte.

Antes de iniciarmos a nossa discussão sobre “diagnóstico”, é importante que seja entendida a importância da informação, pois esta constitui uma matéria-prima fundamental para a elaboração de qualquer diagnóstico, seja ele individual ou coletivo. Como ponto de partida para esta discussão, propomos a realização da seguinte atividade:



Rotinas

Atividade 4

Leia o texto “PORQUEM OS SINOS DDOOBBRRAAMM?”, apresentado a seguir e logo após faça as atividades solicitadas.

- 1- Elabore uma interpretação sobre a situação apresentada no texto.
- 2- Liste quais informações foram utilizadas para elaborar essa interpretação.
- 3- Liste quais dados foram utilizados para elaborar essa interpretação.
- 4- Elabore uma definição para “informação”.
- 5- Elabore uma definição para “dado”.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

PORQUEM OS SINOS DDOOBBRAAMM?

Os sinos chamavam para a primeira missa do dia e ele ali, de cueca na mão. Literalmente. A moça tomava banho e o gosto de cigarros na boca anunciava que a farra tinha ido além, muito além de suas posses.

A aliança na mão esquerda, aquele carpete manchado e aquele champanhe pela metade na cabeceira da cama mal arrumada começaram a embrulhar seu estômago.

Lembrou-se de Vinícius de Moraes, da mulher, do filho que ainda não veio... A gravata apertou-lhe um nó na garganta e o paletó deixava ver pequenas manchas de batom.

As meias haviam sumido, procurou-as por entre os travesseiros e almofadas que não reconhecia. Passando pela sala clara, viu a cortina aberta. Olhou a rua deserta e ouviu mais uma vez os sinos tocando.

Pensou em sua carreira, nos amigos, na família, pensou em tudo. Como sair dali com aquele barulho do chuveiro aberto e a voz suave cantarolando no banheiro?

O peito começou a doer, os sinos a tocar e seu coração disparou. Pegou os documentos, ajeitou a roupa, acendeu mais um cigarro e, já na porta da sala, ouviu uma voz feminina: “Moço, já lavei o banheiro, o senhor já pode entrar!”

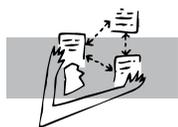
E os sinos dobraram de vez.

(Conto extraído do livro *Viu, Querida?* PRAXEDES, Malluh. Grifo, 1995.)

Como você deve ter percebido a partir da atividade anterior, nem sempre conseguimos uma explicação clara ou um “diagnóstico” preciso das situações que enfrentamos no nosso dia-a-dia.

Em parte, isto se deve à falta de “informação” ou de “dados” que nos auxiliem a “fechar” nosso diagnóstico. Para constatar a importância da informação no diagnóstico, é só observar as dificuldades de um profissional de saúde que trabalha em um serviço de urgência quando ele presta assistência a um paciente inconsciente e desacompanhado. Nestes casos, as únicas informações que temos são aquelas que conseguimos com o exame físico e com os exames complementares, já que a história do paciente é impossível de ser obtida.

A realização de um diagnóstico situacional em saúde de uma comunidade implica termos acesso ou produzirmos informação de qualidade e, para isso, precisamos saber trabalhar e entender de sistemas de informação, base de dados, construção de indicadores, etc. Como as equipes de saúde da família lidam com essas questões no seu cotidiano? Para responder a essa pergunta, procure sistematizar no seu mapa contextual a atividade a seguir.



Mapa contextual

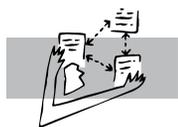
Atividade 5

Refleta sobre o uso da informação em seu contexto de trabalho e responda às questões abaixo:

- 1- Qual o papel da informação no processo de planejamento?
- 2- Como a sua equipe tem utilizado a informação?
- 3- Quais informações e base de dados a equipe mais utiliza e com que frequência?
- 4- Qual é o grau de confiabilidade dessas informações? Por quê?

Guarde no seu portfólio. Consulte, no cronograma, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Considerando a importância desta temática e a necessidade de aprofundarmos na mesma, antes de seguirmos adiante, você deverá ler o texto complementar “Sistema de Informação em Saúde: conceitos fundamentais e organização” que se encontra disponível na biblioteca virtual.



Mapa contextual

Atividade 6

Com base nas informações do texto, prepare um roteiro para elaboração do diagnóstico situacional de seu território, definindo os indicadores e as possíveis fontes de informação e suas limitações.

Guarde no seu portfólio. Consulte, no cronograma, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade

Antes de “partirmos” para a elaboração do diagnóstico situacional da área de abrangência de sua equipe, vamos apresentar um método utilizado para a realização de um diagnóstico situacional. É importante salientar que esse método deve ser utilizado na perspectiva de um planejamento participativo e, portanto, é imprescindível que toda a equipe de saúde esteja envolvida e, sempre que possível, envolver pessoas da comunidade.

Parte 1

O método da Estimativa Rápida

A palavra “**diagnóstico**” quer dizer “através do conhecimento”. Portanto, o desafio é levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento. O planejamento é um mediador entre o conhecimento e a ação.

Mas, o que exatamente precisamos conhecer do território onde atuamos? Certamente precisamos conhecer os problemas de saúde mais importantes, suas causas e suas consequências. Um dos desafios do processo de planejamento em saúde diz respeito à capacidade do grupo que está planejando de identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado **território**, buscando definir prioridades quanto às soluções para reduzir esses problemas e elaborando um plano de ação baseado nessas prioridades.

Como na maioria das situações não se dispõe de muito tempo e/ou dinheiro para coletar informações necessárias para a elaboração de um plano de ação, um método que ofereça resultados rápidos, que seja capaz de avaliar os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde com custo mínimo, certamente é valioso.

Um modo de se obterem essas informações é fazendo uma **Estimativa Rápida**, com uma equipe composta de técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Portanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território.

Como vamos explicar mais adiante neste texto, o método de Estimativa Rápida não é novo, nem é a única técnica possível para se obterem as informações necessárias ao processo de planejamento. Suas principais vantagens relacionam-se ao fato de ser uma abordagem bastante rápida e eficiente nos custos, como também por contribuir para a participação da comunidade e facilitar o trabalho intersetorial.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não-governamentais, etc. – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas.

Para nossos propósitos, a Estimativa Rápida torna-se o primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica.

O termo “rápida” refere-se ao tempo gasto para a coleta e análise dos dados. Esse tempo deve ser o mínimo necessário para a coleta de dados no campo e análise destes.

Muitos consideram a **Estimativa Rápida** semelhante à fotografia de uma paisagem que nos mostra uma colina, um rio e um vale, mas não consegue mostrar a altura da colina, a profundidade do rio e a extensão do vale.



Foto: www.flickr.com

Pode-se dizer que a Estimativa Rápida:

- Identifica, principalmente, quais são os problemas de uma comunidade, não definindo, na maioria das vezes, quantas pessoas são afetadas por esses problemas.
- Não é um método que possibilita uma visão mais profunda dos problemas de uma área geográfica específica ou sobre determinado problema de saúde.
- A estimativa é um método de coleta e de análise de informações que subsidiam a elaboração de um plano de ação.

É importante compreender as limitações do método. A **Estimativa Rápida não é:**

- Uma pesquisa que quantifica o tamanho dos problemas. Depois que os problemas foram identificados e priorizados, outro estudo para a quantificação do problema pode ser necessário.
- Uma coleção de entrevistas baseadas na **opinião** de pessoas da população. Na Estimativa Rápida, os informantes são escolhidos porque ocupam uma posição na comunidade que os habilita a representar pontos de vista de um grupo ou de grupos populacionais. A coleta adicional de opiniões da população (uma amostra) aumentaria significativamente o tempo do processo.
- Uma base de comparação dos problemas em diferentes áreas, na mesma municipalidade ou em relação a outros municípios. A Estimativa Rápida é específica para a situação para a qual se está planejando. Colocando-se como o primeiro passo num processo de planejamento, não pode ser encarada como uma coleção de dados fora desse contexto. Pode, contudo, acentuar os problemas comuns e ser uma diretriz para ações em outras comunidades ou em outros grupos de outras cidades.

1.1 | Princípios que apoiam a Estimativa Rápida

A Estimativa Rápida apoia-se em três princípios:

- 1. Coletar somente os dados pertinentes e necessários**, porque este é o único modo pelo qual se pode fazer uma avaliação rápida. Os dados não devem ser coletados pelo fato de estarem facilmente disponíveis ou porque poderiam eventualmente ser utilizados. A estimativa se invalida se os dados não são coletados rapidamente, passando a requerer muito mais tempo para serem analisados.
- 2. Obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais**, adaptando as investigações para esse fim. Assim, numa entrevista, as perguntas deverão considerar a realidade e os valores locais. Por exemplo, ao se avaliar a renda familiar em áreas de baixa renda onde o desemprego é alto, perguntar sobre as faixas salariais informa muito pouco sobre uma população cuja maioria não recebe salários.

3. Envolver a população na realização da Estimativa Rápida. Nas experiências daqueles que trabalharam em áreas urbanas de baixa renda, este princípio tem mais um desdobramento, o da necessidade de envolver a população na definição dos seus problemas e na busca das soluções pertinentes e não apenas fornecer informações para que os planejadores as usem visando obter a aceitação para uma intervenção sanitária pré-determinada. Nos casos em que as intervenções funcionaram, embora numa escala pequena, isto ocorreu porque pessoas da comunidade e os profissionais de saúde planejaram em conjunto as atividades necessárias para melhorar as condições de saúde de determinada população.

Princípios da Estimativa Rápida

- 1- Não coletar dados excessivos ou desnecessários.
- 2- Adaptar as investigações para que elas reflitam as condições e especificidades locais.
- 3- Envolver as pessoas da população tanto na definição de seus problemas quanto na identificação das possíveis soluções.

1.2 | Fontes de coleta de dados

Os dados levantados pelo método da Estimativa Rápida são coletados em três fontes principais:

- Nos **registros** escritos existentes ou fontes secundárias;
- em **entrevistas** com informantes-chave, utilizando roteiros ou questionários curtos;
- na **observação ativa** da área.

Com os dados coletados por estes meios, é possível descrever o perfil da população, embora um tanto superficialmente, e identificar seus problemas e suas prioridades.

Para ser eficaz, a Estimativa Rápida depende da equipe desenvolver algumas atitudes e habilidades. A primeira é a determinação para encontrar, acompanhar e, em seguida, examinar criticamente os registros escritos existentes. A segunda é a disposição de aprender com a população local e utilizar os recursos locais. A terceira é ser capaz de escutar atentamente durante as entrevistas e também as conversas informais. A

quarta é manter-se atento e observar o ambiente à procura de pistas sobre as causas dos problemas e potenciais recursos para a sua solução. A estas quatro poderíamos acrescentar uma quinta, que é usar o bom senso na análise das informações. Se as conclusões não refletem o conhecimento profissional e/ou sua experiência técnica, então se torna necessário reexaminar a interpretação dos dados.

1.3 | Atitudes e habilidades necessárias para o desenvolvimento da Estimativa Rápida

Para o desenvolvimento adequado de um diagnóstico utilizando o método da Estimativa Rápida, é importante que a equipe atente para alguns aspectos que devem ser considerados e, se necessário, ser objetos de discussão entre a equipe.

- Determinação para descobrir e examinar registros escritos.
- Disposição para aprender com a gente local e usar os recursos locais.
- Ouvir atentamente durante as entrevistas e as conversas informais.
- Atenção e sensibilidade a tudo que possa ser observado diretamente.
- Uso do bom senso na análise das informações.

No desenvolvimento do método, podemos identificar os seguintes passos:

1.4 | Elaboração de perfis de planejamento

Perfil de planejamento é uma descrição da situação da saúde das pessoas que vivem numa área geograficamente definida e que pode servir como referência para identificar as intervenções necessárias para melhorar essa situação, principalmente para as populações de baixa renda.

Para isso, considera:

- As necessidades, estruturas, capacidades e envolvimento da população;
- o ambiente físico e socioeconômico;
- a disponibilidade de serviços de saúde, ambientais e sociais;
- a política de saúde do governo.

A elaboração dos perfis de planejamento apresenta as seguintes características:

Baseia-se nas necessidades identificadas pela população;

é elaborado com base nas informações obtidas em diálogos estabelecidos entre os técnicos e membros da população;

é preparado com o reconhecimento de que as populações, principalmente as urbanas, muitas vezes sofrem mudanças relativamente rápidas e, portanto, o perfil reflete a situação de determinado momento. Em outras palavras, os perfis mudam.

Considerando os aspectos anteriormente mencionados, cabe dizer que esse método não é uma lista de verificação das informações de que se necessita para a elaboração de um diagnóstico. Trata-se, sobretudo, de uma abordagem sobre o processo de obtenção de dados, que permite a produção de informações de forma participativa, embora incompletas, úteis para a identificação dos problemas e seus determinantes, para a definição das prioridades e das intervenções necessárias para a sua solução.

As experiências, particularmente em áreas urbanas, sugerem que para se desenvolver um plano de ação consistente, o perfil de planejamento deve contemplar os seguintes blocos de informação que estão sintetizados no esquema seguinte:

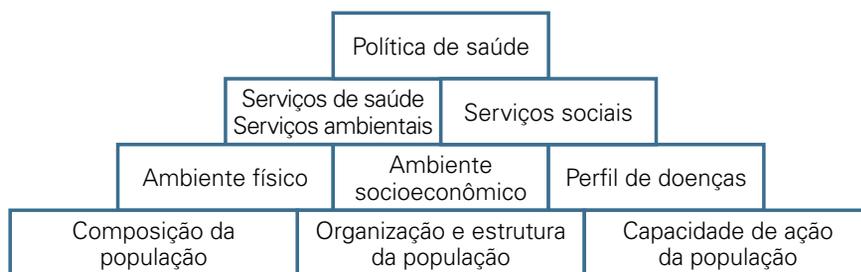


Figura 1 - Blocos de informações para um perfil de planejamento.

A **base da pirâmide** é constituída pelas informações sobre as estruturas, interesses e capacidade de agir da população. Como o processo de planejamento baseia-se no envolvimento e na contribuição concreta da população para elaboração de um plano de ação, essas informações são necessárias para que se possa conhecer o quanto as lideranças, as organizações e as estruturas comunitárias são fortes ou fracas, procurando analisar o potencial de atuação delas.

O **segundo nível** procura descrever os fatores socioeconômicos, sanitários e ambientais que influenciam a saúde da população. Aqui, as informações são necessárias para que se possa investigar os potenciais e as barreiras existentes para os melhoramentos comunitários.

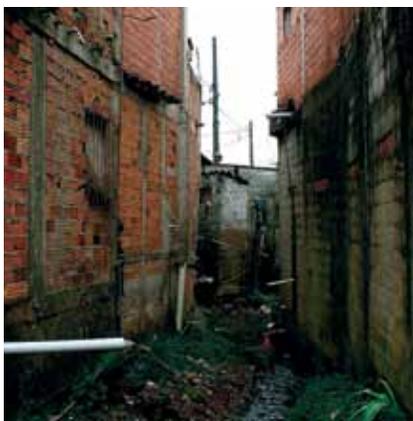
As informações sobre o ambiente físico procuram descrever as principais ameaças à saúde, buscando identificar fatores ambientais, tais como: poluição, superpopulação, áreas de desmoroamento, etc.

As informações sobre os aspectos sociais focalizam-se nas crenças e valores que podem facilitar ou impedir mudanças de comportamento. Uma análise dos aspectos econômicos busca conhecer a renda, a escolaridade, o perfil de ocupação e as oportunidades econômicas dos vários grupos populacionais.

O **terceiro nível** refere-se à obtenção de informações sobre a existência, a cobertura, o acesso e a aceitabilidade dos serviços, incluindo: serviços de saúde; serviços ambientais (como abastecimento de água, coleta de lixo, etc.) e serviços sociais (como creches, escolas e outros).

O **quarto nível** refere-se às políticas sociais formuladas pelos níveis nacional, estadual e municipal. Informações sobre essas políticas, em particular sobre as políticas de saúde, podem permitir avaliar se os governantes estão comprometidos com a atenção à saúde. Com apoio governamental forte, os melhoramentos nas condições de saúde da população podem contar com o respaldo necessário para avançar com mais rapidez e sem muitas resistências políticas.

Podemos dizer que esses quatro níveis de análise de uma realidade contemplam, por um lado, o levantamento dos problemas e necessidades da comunidade e, por outro, os recursos existentes e as intervenções em curso voltadas para satisfazer essas necessidades.



Fotos: www.flickr.com

1.5 | Preparação da Estimativa Rápida

A melhor maneira de se fazer uma Estimativa Rápida para a identificação de problemas de saúde de grupos populacionais é com uma equipe multiprofissional e intersetorial e com participação da comunidade.

1.5.1 Diretrizes para a coleta e análise dos dados

A Estimativa Rápida é parte do processo de planejamento e, portanto, a definição das informações necessárias para subsidiar a elaboração de um plano de ação e o modo de obtê-las são parte crucial desse processo. A decisão sobre quais informações devem ser obtidas e como elas devem ser coletadas cabe à equipe local que está planejando.

Perguntas a serem feitas (ou definição das informações necessárias)

Para definir quais informações são necessárias, é preciso fazer uma série de perguntas listando as variáveis capazes de refletir as condições de vida de um determinado território. Essas perguntas, que buscam refletir a situação local, devem ser formuladas durante uma oficina de preparação do trabalho de campo e devem referir-se apenas àquelas informações consideradas pertinentes. Para tal, devem-se considerar as seguintes diretrizes:

- Primeiramente, deve ser elaborada uma lista com as informações necessárias (perguntas sobre o território), baseada nos debates durante a oficina, feitos pela equipe que está planejando; se a resposta a uma pergunta não contribui para o perfil de planejamento, então a pergunta não deve ser feita;
- a seguir, deve-se decidir sobre as fontes (entrevista, observação e/ou registros existentes) que serão utilizadas para obtenção dessas informações.

Pode-se coletar informações sobre os seguintes “temas”:

Informações sobre a população

- Composição da população (por sexo, por faixa etária);
- organização e estruturas (grupos e suas relações);
- capacidade de ação da população (mobilização, atuação conjunta, etc.).

Informações sobre o ambiente (físico e socioeconômico) e o perfil de doenças

- Ambiente físico: habitação, saneamento, ocupação do solo, pavimentação etc.;
- ambiente socioeconômico: nível de escolaridade, renda, inserção no mercado de trabalho etc.;
- perfil de doenças: principais causas da morbimortalidade.

Informações sobre os serviços

- Serviços de saúde e ambientais: acessibilidade, cobertura, qualidade;
- serviços sociais: creches, centros sociais, escolas, áreas de recreação, etc.

Informações sobre a política de saúde

- Vontade política;
- evolução da política do governo local em relação à saúde e problemas a ela relacionados;
- orçamentos.

Após a definição das informações necessárias, deve-se construir um quadro contendo a informação e as possíveis fontes.

Quadro 1 – Informações e fontes necessárias à construção de um plano de ação.

Informação	Fontes		
	Entrevista	Observação	Registros
Condições de moradia	Sim	Sim	Prefeitura/IPTU
Renda familiar	Sim	-	IBGE
Abastecimento e armazenamento de água	Sim	Sim	Companhia de Água, IBGE
Mortalidade	Sim	-	Secretaria de Saúde, SIM

Com base neste quadro, é possível identificar:

- Documentos a serem examinados;
- os temas que devem ser abordados nas entrevistas;
- o que deve constar no roteiro para observação da área.

1.5.2 Desenvolvimento do cronograma de trabalho

Uma vez definidas as informações e dados a serem coletados, deve-se decidir sobre quantos e quais informantes-chave (trabalhadores da equipe de saúde, líderes comunitários, líderes religiosos, organizações comunitárias, trabalhadores das escolas, moradores antigos, comerciantes, lideranças informais, etc.) serão entrevistados. Além disso, devemos estimar quantas horas de trabalho dos participantes do processo serão necessárias para as entrevistas.

1.5.3 Desenvolvimento de roteiros para entrevistas semiestruturadas

Embora os registros existentes possam fornecer dados quantitativos sobre as condições de vida de uma população, os dados qualitativos são essenciais para fins de planejamento. Os primeiros, muitas vezes, mascaram as diferenças existentes na comunidade e por certo não acentuam em profundidade os problemas de grupos específicos.

As entrevistas semiestruturadas com informantes-chave podem ser a base para se preparar um plano fundamentado nos problemas percebidos pela população, procurando garantir o envolvimento desta na proposição das soluções.

Uma entrevista semiestruturada é um diálogo orientado e conduzido de maneira suficientemente informal para que o informante possa introduzir assuntos ou aspectos que o entrevistador não esperava. Este tipo de entrevista é extremamente apropriado para uma Estimativa Rápida porque os assuntos sobre os quais se procura obter dados são geralmente complexos, exigindo respostas mais qualitativas do que quantitativas.

1.5.4 Sugestões para identificação dos informantes-chave

Consideram-se informantes-chave aquelas pessoas que supostamente têm informações relevantes sobre as condições de vida da população ou de parte desta. Deve-se considerar as especificidades locais para definir os informantes mais importantes. A seguir, apresenta-se uma lista com sugestões para a identificação desse tipo de informante.

Sugestões de informantes-chave

- Trabalhadores dos equipamentos públicos locais (serviços de saúde, escolas, creches, etc.);
- líderes comunitários: diretores de organizações comunitárias, líderes religiosos, lideranças de grupos femininos ou de jovens, etc.;
- comerciantes, donos de estabelecimentos de diversão, donos de farmácias;
- organizações não-governamentais que atuam na região;
- curandeiros, benzedeiros, parteiras, etc.

Lembre-se: esta lista deve considerar a especificidade de cada contexto.

1.5.5 Recomendações para formulação de perguntas

- As perguntas para as entrevistas com os informante-chave devem ser previamente preparadas. Em sua maioria, devem ser abertas, isto é, devem ser perguntas que estimulem o entrevistado a responder de modo livre;
- cada pergunta deve referir-se a uma única ideia, ser formulada com palavras simples e claras e ser tão curta quanto possível;
- se a pergunta for mal compreendida inicialmente, deve-se repeti-la de forma mais clara;
- deve-se evitar perguntas que influenciem a resposta (por exemplo: **você não acha que as enfermeiras deveriam visitar as casas dos moradores com mais frequência?**);

Perguntas que usam negativas (por exemplo: **não é verdade que...**) também devem ser evitadas, por estimularem respostas positivas.

Deve-se ter em mente as questões culturais ao se formular as perguntas. Deve-se também encontrar maneiras aceitáveis para abordar assuntos que em geral não são discutidos de maneira franca.



Foto: www.flickr.com

1.5.6 Organização do roteiro para entrevista

Na introdução do questionário deve haver uma explicação sobre a razão da entrevista e sobre quem a está solicitando. Também se deve observar os seguintes aspectos:

- Ter um compromisso, que deve ser rigorosamente cumprido, de que os questionários preenchidos serão tratados confidencialmente e que as declarações mencionadas no relatório final permanecerão no anonimato. Essa informação não precisa ser incluída no questionário propriamente dito, podendo ser fornecida numa folha separada.
- O roteiro deve conter dados para identificação do informante-chave. Este pode incluir: nome, sexo, idade, função ou posição que ocupa na comunidade, etc. Também deve incluir a data, hora e a duração da entrevista, além do nome do(s) entrevistador(es). Essas informações podem ser úteis no momento de análise das entrevistas.
- O roteiro deve começar com as perguntas menos controversas para deixar o informante à vontade e criar um clima de confiança.
- Uma vez iniciada uma **linha** de perguntas, deve-se elaborar o roteiro de forma que a entrevista flua.
- Não é necessário preparar roteiros específicos para cada tipo de informante-chave. As vantagens de se utilizar um único roteiro para todas as entrevistas são: poupar tempo na preparação do roteiro e, mais importante, obter respostas sobre um mesmo assunto, de pessoas diferentes.

- Na prática, as observações e as entrevistas são feitas ao mesmo tempo, aproveitando-se a ida a campo para as entrevistas para também se fazer a observação.
- Não se esquecer de deixar espaço suficiente para anotar as respostas.
- Uma vez preparado o roteiro, a equipe deve testá-lo, preferencialmente com pessoas com perfil semelhante às aquelas que serão entrevistadas. É preciso fazer um pré-teste e rever o roteiro, no que for necessário, pelas seguintes razões:
 - a. Muitas vezes acontece que as perguntas estão claras para quem as formulou, mas são vagas e/ou incompreensíveis para os entrevistados. Se o roteiro não for previamente testado, a coleta dos dados pode revelar-se um esforço inútil;
 - b. às vezes as perguntas são interpretadas de forma diferente do esperado e/ou são de difícil compreensão para o entrevistado. As perguntas que apresentarem esse tipo de problema devem ser revistas e o roteiro deve ser novamente testado;
 - c. o pré-teste permite à equipe avaliar quanto tempo cada informante demorará para responder ao questionário, contribuindo para a elaboração do cronograma de trabalho. Os membros do grupo também terão oportunidade de testar suas habilidades na condução da entrevista.

1.5.7 Habilidades necessárias para a realização de entrevistas semiestruturadas

Para que a entrevista semiestruturada seja produtiva, o entrevistador precisa ter algumas habilidades. A mais importante é a capacidade de deixar o informante à vontade e angariar sua confiança. Em essência, consegue-se isto se o entrevistador estiver verdadeiramente interessado na tarefa e em aprender com o informante.

Igualmente importante é a prática de boas maneiras na saudação, apresentando-se e dizendo ao informante qual a finalidade da entrevista. Esta pode ser um primeiro contato de uma relação que será constante e, portanto, deve ser completada num clima amistoso e cortês.

A formulação das perguntas ou a maneira como elas são feitas não deve subtender qualquer crítica ao informante. As perguntas como **por que** devem ser usadas com parcimônia. Se usadas com muita frequ-

ência, elas tendem a colocar o informante na defensiva, detendo o fluxo de informações.

O entrevistador deve dedicar-se à audição ativa, ou seja, deve verificar com o informante se ele compreendeu corretamente os pontos importantes apresentados; deve pedir a ele que esclareça ou dê mais detalhes sobre questões importantes, buscando obter o máximo de especificidade, evitando dúvidas no momento de análise dos dados.

Essas habilidades para entrevistar requerem prática e, para aqueles cujo trabalho habitual não as exige, é preciso esforço consciente para adquiri-las.

Durante a entrevista, os pontos-chave devem ser anotados no local específico do roteiro. Não se deve tentar anotar tudo o que é dito. As notas devem ser ampliadas o mais breve possível após a entrevista, quando o conteúdo da mesma ainda estiver *fresco na memória* do entrevistador. Se for preciso obter declarações verbais, estas devem ser escritas na íntegra, durante a entrevista.

1.5.8 Observação ativa

Em uma observação ativa, podemos observar:

O **ambiente físico do seu território**. Problemas de saneamento, coleta de lixo, vias públicas, condições de moradia e outros podem ser observados e servir para validar determinadas questões no momento da análise dos dados.

Os **serviços oferecidos**: saúde, habitação, educação, buscando-se perceber como tais serviços são administrados. **Mantêm-se registros? A equipe está disponível e entusiasmada? Há boa supervisão?** A experiência profissional dos participantes é particularmente útil nessas observações.

Deve-se elaborar um roteiro contendo as variáveis a serem observadas. As observações devem ser anotadas e serão comparadas com as de outros membros da equipe durante a análise dos dados. A experiência do grupo deve pesar sobre essas observações, validando aquelas que deverão ser incluídas no relatório final.

Observações são muito importantes. Elas podem confirmar ou invalidar informações obtidas nas entrevistas ou nos registros existentes. Podem, também, identificar questões que não foram mencionadas ou foram intencionalmente omitidas pelos informantes-chave.

1.5.9 Coleta de dados de fontes secundárias (registros existentes)

Aqui é preciso estar muito atento ao princípio da Estimativa Rápida de se coletarem somente dados considerados pertinentes e necessários. Tendo a composição da equipe, ou seja, a procedência (local de trabalho) dos participantes, pode-se dividi-los de forma a tornar o mais ágil possível a coleta desses dados.

A seguir, apresentamos uma lista com sugestões de fontes secundárias para coleta de dados:

- Registros referentes ao planejamento municipal;
- recursos orçamentários;
- pesquisas realizadas por organizações governamentais e não-governamentais;
- registros históricos;
- registros de hospitais e ambulatórios;
- estudos realizados por organismos internacionais;
- registros de ministérios (saúde, habitação, etc.).

1.5.10 Análise dos dados

A maioria dos dados coletados, principalmente nas entrevistas e nas observações, será do tipo qualitativo: declarações, opiniões, descrições – nenhum dos quais é facilmente quantificável. O processamento de dados qualitativos é mais difícil do que o de dados quantitativos e deve ser abordado de maneira sistemática. Para tal, podem-se considerar três fases:

1. Identificação de categorias;
2. classificação de respostas;
3. interpretação das descobertas.

1.5.10.1 Identificação de categorias e classificação das respostas

Para que os dados coletados façam sentido, é necessário agrupar as diferentes respostas e observações realizadas. Por exemplo, pode haver respostas de 15 informantes importantes sobre o abastecimento de água, que sejam diferentes entre si. Pode acontecer de 10 das 15 respostas indicarem que a principal preocupação da população diz respeito à **distância** para buscar água; duas podem ter expressado preocupação com a **irregularidade no fornecimento**, relatando que este acontece apenas de dois em dois dias, ao passo que as outras três focalizaram-se na omissão da autoridade municipal quanto ao conserto de **vazamentos na linha de abastecimento**.

Essas respostas podem ser classificadas em três categorias:

1. Distância até a fonte de água;
2. Irregularidade no fornecimento;
3. Manutenção da rede de abastecimento.

É a identificação dessas categorias que permite que as respostas sejam agrupadas para a análise. Depois que todos os informantes-chave forem entrevistados, as categorias para análise devem ser identificadas, utilizando-se pequena amostra do total de entrevistas. Escolhe-se aleatoriamente um número de questionários e os utiliza para criar as categorias, agrupando os questionários restantes considerando-se a categorização criada. Toda a equipe deve chegar a um consenso quanto às categorias mais apropriadas.

Deve-se estabelecer um limite para o número de categorias. Na maioria das vezes, entre três e cinco pode ser adequado. Essas categorias devem considerar também as informações obtidas nas fontes secundárias e na observação.

Para refletir...

Antes de examinar as respostas para identificar as categorias, deve-se lembrar a razão por que a pergunta foi feita: o que estamos procurando?

1.5.10.2 Interpretação das descobertas

A interpretação das descobertas pode ser feita em três fases. A primeira é o preparo para uma segunda rodada de entrevistas, se concluído que isso é necessário. A segunda é comparar as informações obtidas nas entrevistas com os informantes-chave com aquelas abstraídas da observação ativa e de registros existentes. Se houver muitas discrepâncias entre esse conjunto de dados, deve-se decidir sobre como validar essas informações (novas entrevistas, outras observações, etc.).

Na etapa final faz-se um resumo dos dados de cada categoria para produzir um relatório sintético com as principais conclusões em relação a cada pergunta. Esses resumos devem ser examinados e aprovados por todo o grupo. Uma vez confirmados, os resumos das descobertas da Estimativa Rápida podem ser agrupados nos **blocos de informações** do perfil de planejamento.

Esse relatório deve subsidiar a continuidade do processo de planejamento, permitindo a identificação dos problemas e contribuindo para sua análise, fornecendo informações capazes de ajudar o grupo a compreender os determinantes desses problemas e, assim, propor as intervenções necessárias.

Conforme você pode perceber, neste texto há vários elementos a serem considerados e colocados em prática no diagnóstico situacional. Para melhor apreendê-los, você irá aplicá-los ao fazer o diagnóstico situacional de sua área de abrangência.

Porém, antes de iniciar o seu diagnóstico, convidamos você a acompanhar a reunião da Equipe Verde, na qual ela discute a realização do diagnóstico situacional. Após, você deve ler a Síntese do Diagnóstico Situacional produzida pela Equipe Verde, que se encontra na nossa biblioteca virtual.

Cena 2 - Equipe discute as impressões iniciais do diagnóstico situacional e a elaboração do relatório.

Cenário: reunião da equipe no quintal do centro de saúde à sombra do abacateiro, pessoas sentadas em bancos e cadeiras.

Pedro: – Vamos começar a reunião? Eu gostaria de propor que inicialmente cada subgrupo apresentasse as impressões sobre o trabalho e os resultados encontrados. Depois a gente tenta organizar as informações para elaborar o relatório. Pode ser?

Todos: – Combinado!

Pedro: – Então vou começar. Eu, Aline e a Joana ficamos com a análise dos dados secundários. Utilizamos basicamente o SIAB, os nossos registros dos programas do Ministério da Saúde (DATASUS) e os dados da COPASA. Apesar das dificuldades e das limitações das bases de dados, acho que podemos ter uma boa ideia da situação de cada microárea. Em alguns momentos, o trabalho foi muito chato e cansativo, mas, no final, achamos que foi compensador. Hoje, certamente, temos uma ideia muito melhor da nossa comunidade e dos nossos problemas.

José Ribeiro: – Eu, Cláudia, Maria das Dores e a Gilda ficamos com a entrevista com os informantes-chave. Foi muito interessante o trabalho. Gastamos um bom tempo discutindo o nosso roteiro de entrevista e a seleção dos informantes. Aliás, em alguns momentos a discussão ficou bem quente, mas acho que aprendemos com o processo. O trabalho com as entrevistas foi muito legal. As pessoas colaboraram bastante e os depoimentos foram muito ricos e, sob certos aspectos, surpreendentes e vão ajudar bastante no nosso trabalho.

Renata: – Eu, Marco Antônio, Mariana, Sônia e o José Antônio ficamos com a observação ativa e o levantamento de recursos. Foi muito legal. Eu achava que já conhecia bem a comunidade, mas me surpreendi com várias coisas, boas e ruins. Identificamos muitos problemas que eu, pelo menos, não fazia a menor ideia de que existiam, como, por exemplo, o número de famílias que vivem em áreas de risco de desabamento ou debaixo de linhas de alta tensão. Descobrimos também muita gente trabalhando e muitas iniciativas sendo desenvolvidas na comunidade. Aliás, já temos algumas propostas de parcerias muito interessantes. Pra mim, independente do que a gente vai fazer com este diagnóstico, o trabalho já valeu. Realmente, ficar só dentro do consultório faz a gente ficar muito alienada. Agora eu posso pensar propostas mais concretas para o “fazer diferente” que o Marco Antônio sempre fala...

Os depoimentos da Equipe Verde sobre a aplicação do método da Estimativa Rápida são muito interessantes porque mostram, em primeiro lugar, o sentido de organização e de equipe no desenvolvimento das atividades propostas e, em segundo lugar, a importância do trabalho em si para melhorar o conhecimento da comunidade por parte da equipe.

A próxima atividade – a realização do diagnóstico situacional de sua área – é fundamental para o processo de planejamento. Se não tivermos um bom diagnóstico de nossa realidade, provavelmente teremos problemas para definir quais intervenções serão necessárias para o enfrentamento dos problemas que temos pela frente. É como na clínica, se não identificarmos os problemas do paciente e suas causas, dificilmente saberemos propor, com segurança e responsabilidade, o tratamento adequado. Esse diagnóstico é também fundamental para os propósitos do nosso curso, pois será a partir das informações do diagnóstico que iremos trabalhar as próximas seções deste Módulo. Nesse sentido, ela deverá ser precedida de uma boa preparação e, idealmente, envolver toda a equipe e, se possível, pessoas da comunidade.

Atividade 7

Com base no conteúdo desta seção 2, refaça o roteiro elaborado na Atividade 6 e realize o diagnóstico situacional de seu território. Apenas como orientação para o seu trabalho, você poderá seguir os seguintes passos:

1. Reunir a equipe para discutir a proposta de fazê-lo coletivamente;
2. passar para a equipe o conhecimento adquirido e as etapas/tarefas a serem realizadas;
3. distribuir as tarefas e marcar reunião com subgrupos (ou a equipe toda) para orientar – elaboração do roteiro de entrevista e observação, definição de informantes-chave e coleta de dados secundários;
4. fazer cronograma de desenvolvimento do diagnóstico;
5. monitorar o processo de coleta de dados;
6. reunir-se para avaliação do andamento do processo de coleta de dados e corrigir rumos;
7. reunir-se para análise dos dados – definição de categorias, classificação das respostas e análise das descobertas e elaboração do perfil do planejamento;
8. descrever os problemas identificados e seus determinantes.
9. Organize as informações obtidas e elabore uma Síntese do Diagnóstico Situacional. Prepare uma apresentação do diagnóstico sob a forma de um pôster para ser apresentado em nosso próximo encontro presencial.

Observação: é importante que você trabalhe bem esta síntese pois ela poderá ser importante na elaboração do seu “Trabalho de Conclusão de Curso”.



Mapa contextual



Seção 3

Elaboração do plano de ação



Foto: www.flickr.com

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional de sua área de abrangência, vamos discutir, nesta seção, a construção do plano de ação para um problema escolhido a partir do diagnóstico realizado.

Para cada problema selecionado, deve ser feito um único projeto de intervenção. Podemos ter tantos projetos quanto a equipe queira colocar na sua agenda, desde que considere a viabilidade de gerenciá-los. A este conjunto de projetos denominamos plano de ação.

Assim, esta seção tem como objetivo principal a aplicação do método do planejamento para processar os problemas identificados no diagnóstico situacional e elaborar um plano de ação para intervenção sobre um problema selecionado. O diagnóstico situacional é apenas um primeiro passo num processo que busca construir um plano de ação; outros passos são necessários, como veremos a seguir.

Como recurso didático, utilizaremos como exemplo um problema selecionado pela Equipe Verde entre aqueles identificados no diagnóstico situacional que seus membros realizaram. Após a apresentação do passo e do exemplo, você terá como atividade a aplicação do passo em um problema selecionado a partir do diagnóstico situacional do seu território.

Primeiro passo: definição dos problemas

A Estimativa Rápida deve, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema. Como já foi dito, diagnosticar é compreender o processo de causação de um problema. Quando falamos de

um problema, não estamos nos referindo a um problema isolado, mas a todos os problemas relacionados a ele, ou seja, suas causas e suas consequências.

Ao identificar um problema, devemos considerar se ele é finalístico (ou terminal). Os problemas intermediários farão parte da cadeia de causas do problema. Retome as definições de problemas apresentadas no início deste Módulo, se necessário.

Uma vez realizado o diagnóstico situacional e identificados os principais problemas da sua comunidade, a próxima etapa é pensar nas intervenções que você e sua equipe devem fazer para enfrentá-los. Como a lista de problemas, provavelmente, é muito extensa, você deverá estabelecer, coletivamente, as prioridades.

O texto seguinte apresenta alguns critérios que nos auxiliam na definição de prioridades, a partir do diagnóstico situacional do território, que é o segundo passo do nosso método.

Segundo passo: priorização de problemas

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.).

Como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los. Contudo, pode definir outros critérios que julgar relevantes.

Uma maneira de selecionar os problemas ou, em outras palavras, priorizar quais deverão ser enfrentados primeiramente é a construção de uma planilha em que os problemas identificados são analisados e selecionados quanto à prioridade, segundo os critérios mencionados, ou seja:

- Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a **importância** do problema;
- distribuindo pontos conforme sua **urgência**;
- definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da **capacidade de enfrentamento da equipe** responsável pelo projeto;
- numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

O Quadro 2 foi elaborada pela Equipe Verde a partir do seu diagnóstico situacional.

Quadro 2 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da Vila Esperança.

Comunidade de Vila Esperança – Equipe Verde				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	5	Parcial	2
Violência	Alta	5	Parcial	2
Desemprego	Alta	5	Fora	3
Falta de esgoto	Alta	4	Fora	4

*Total de pontos distribuídos: 30

A seleção é feita a partir da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores. Na Equipe Verde, o problema risco cardiovascular aumentado foi selecionado como prioridade 1.



Mapa contextual

Atividade 8

A partir dos problemas identificados no diagnóstico situacional, estabeleça, junto com sua equipe, uma ordem de prioridades para os problemas identificados. Cite os critérios que a sua equipe utilizou na definição das prioridades. Consulte, no cronograma deste módulo, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Observação: você deve considerar a possibilidade de eleger como tema do seu TCC, o problema priorizado nesta atividade.

Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa será a descrição dos problemas selecionados.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possa definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor.

O que é descrever um problema?

É caracterizá-lo para ter-se a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade. Portanto, da forma mais precisa possível, deve-se identificar o que caracteriza o problema, inclusive pela sua quantificação. Este é um passo muito importante, por duas razões:

1. Para afastar qualquer ambiguidade diante do problema que se quer enfrentar;
2. para obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano.

A título de exemplo, tomaremos o problema “risco cardiovascular aumentado”, que devemos enunciá-lo o mais completamente, da seguinte maneira: “32% da população com mais de 20 anos com risco cardiovascular aumentado no território da Equipe Verde.” Esse foi o problema definido como prioridade número 1 pela Equipe Verde.

Para descrição do problema priorizado, a Equipe Verde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados ao risco cardiovascular aumentado (número de hipertensos, diabéticos, tabagistas, etc.), da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle de hipertensão e diabetes, etc.) e também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Para facilitar o processo de descrição, a Equipe Verde utilizou as informações do Quadro 3.

Quadro 3 – Descritores do problema risco cardiovascular aumentado – Equipe Verde. 2007

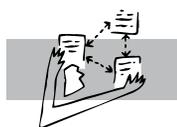
Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	413	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	387	SIAB
Hipertensos confirmados	315	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	250	Registro da equipe
Hipertensos controlados	180	Registro da equipe
Diabéticos esperados	217	Estudos epidemiológicos
Diabéticos cadastrados	74	SIAB
Diabéticos confirmados	74	Registro da equipe
Diabéticos acompanhados conforme protocolo	50	Registro da equipe
Diabéticos controlados	38	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia (1)	92	Registro da equipe
Sobrepeso (1)	115	Registro da equipe
Tabagistas (2)	280	Registro da equipe
Sedentários (1)	160	Registro da equipe
Complicações de problemas cardiovasculares (3)	23	Registro da equipe
Internações por causas cardiovasculares	58	Registro da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	8	Registro da equipe

(1) Apenas entre os portadores de hipertensão e diabetes.

(2) Levantamento realizado pelos ACS.

(3) Infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

O quadro elaborado pela Equipe Verde possibilitou a caracterização do problema, que poderá ser útil na definição das ações que a equipe deverá desenvolver para o seu enfrentamento, para a organização da sua agenda e para o monitoramento e avaliação da eficácia e eficiência das intervenções propostas.



Mapa contextual

Atividade 9

Elabore um quadro descritivo do problema que você elegeu em primeiro lugar na Atividade 8, definindo os indicadores utilizados e as fontes de informação. Guarde esse quadro no portfólio impresso, em seu mapa contextual. Você deverá retomá-lo na seção seguinte, na discussão de “Monitoramento e Avaliação”.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.

Observação: faça uma boa descrição do problema pois ela poderá ser útil na elaboração do seu TCC.

Quarto passo: explicação do problema

Até aqui os problemas foram descritos e caracterizados. Agora, chegou a vez da equipe explicá-lo.

Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Este quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas.

Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais

Para o filósofo Espinosa, conhecer é conhecer pela causa – o que significa descobrir o modo pelo qual algo é produzido. Portanto, conhecer adequadamente uma coisa é conhecer o seu modo de produção.

Partindo-se desse pressuposto, pode-se entender que uma explicação situacional, como um processo de conhecimento, deve ser capaz de compreender o modo como um problema é produzido, identificando quais são as causas desse problema e qual a relação entre elas. etc.). O quadro construído facilita a visualização dos problemas a serem enfrentados e nos ajuda a definir ações para o seu enfrentamento.

A partir da explicação do problema, será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

Para refletir...

Vale destacar que a causa de um problema é também um problema. Ou seja, um problema é produzido ou gerado por outros problemas.

Explicando um problema

Estou vivendo um problema doméstico, que é a existência de uma **goteira** dentro de casa. Mas a causa dessa goteira é um “outro problema”, que são as **telhas quebradas**. Estas, por sua vez, são consequência de um “outro problema”, a minha **falta de dinheiro** para fazer a manutenção. Minha falta de dinheiro é, por sua vez, consequência do **arrocho salarial**, que é fruto da **política econômica** do governo, que, por sua vez, faz parte do **ajuste econômico** ditado pelo **Fundo Monetário Internacional**, que... (CECÍLIO, 1997).

A compreensão dessa sequência de causas e de sua localização em espaços diferenciados de governabilidade é que vai me ajudar no momento seguinte, quando devo desenhar um plano de ação.

No exemplo da Equipe Verde, a explicação do risco cardiovascular aumentado está sintetizada no esquema apresentado a seguir. Cabe ressaltar que, neste esquema, a equipe recuperou alguns dos conceitos discutidos na Seção 3 do Módulo 1 e contempla, em sua explicação, determinantes mais gerais (modelo de desenvolvimento econômico e social, políticas públicas) e determinantes mais imediatos (hábitos e estilos de vida, pressão social, causas genéticas, resposta do sistema de saúde,

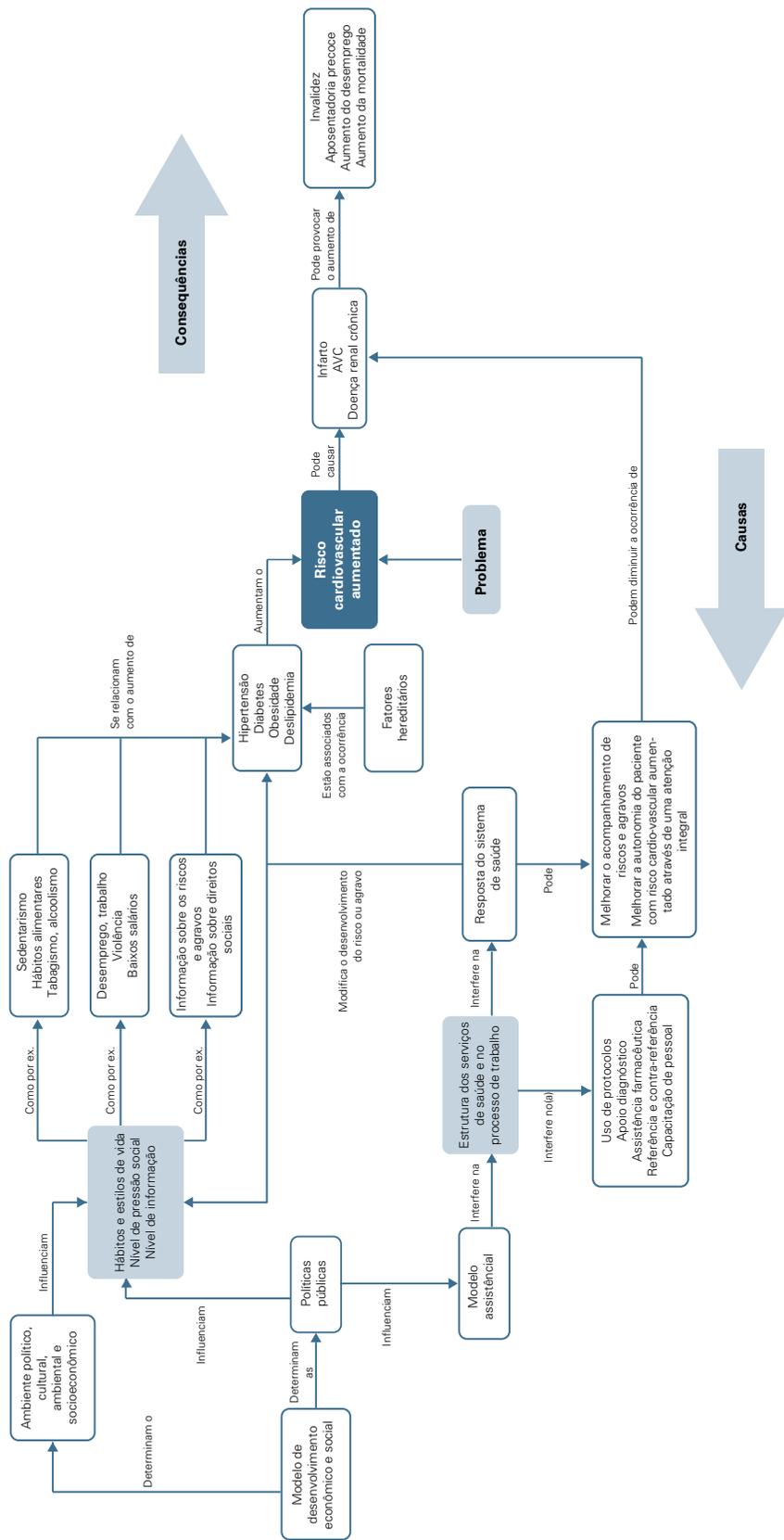


Figura 2 - Árvore explicativa do problema risco cardiovascular aumentado

Atividade 10

Faça um esquema explicativo do problema que você selecionou.
 Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.



Rotinas

Observação: uma boa explicação do problema poderá ser útil na elaboração do seu TCC.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise, utilizamos o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES.

O que é um “nó crítico”?

É um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

A Equipe Verde selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Vejamos quais foram os problemas considerados “nós críticos” pela Equipe Verde:

- Hábitos e estilos de vida;
- pressão social (desemprego e violência);
- nível de informação;
- estrutura dos serviços de saúde;
- processo de trabalho da equipe de saúde.



Rotinas

Atividade 11

No esquema elaborado na atividade anterior, selecione os “nós críticos” a partir do esquema explicativo do seu problema e justifique as suas escolhas. Consulte, no cronograma deste módulo, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Sexto passo: desenho das operações

Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

Em síntese, são objetivos desse passo:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos, a saber:

- Econômicos (também denominados financeiros);
- organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.);
- cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados);
- de poder (também denominados recursos políticos).

Tradicionalmente, o recurso mais valorizado e requisitado é o recurso econômico. Normalmente, não damos a devida importância aos recursos de poder, aos recursos organizacionais e, principalmente, aos recursos cognitivos, mas estes são fundamentais para o sucesso de um plano. Muitas vezes, o fracasso de um plano está ligado justamente à baixa valorização atribuída a esses outros recursos.

É fundamental, neste momento, termos claro, também, os produtos e os resultados esperados de nossas operações, pois eles nos ajudam no monitoramento do nosso plano de ação.

A Equipe Verde propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução. A planilha apresentada a seguir facilita uma visualização mais geral do problema e também o seu monitoramento.



Foto: Vinícius Marinho - Fiocruz Multimagens

Quadro 4 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema risco cardiovascular aumentado

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa “Merenda saudável”.	Organizacional → para organizar as caminhadas; Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Pressão social	Viver Melhor Aumentar a oferta de empregos; fomentar a cultura da paz.	Diminuição de desemprego; diminuição da violência.	Programa de geração de emprego e renda: Projeto de criação da Usina de Reciclagem; Programa de fomento da cultura da paz / Rede Saúde e Paz.	Cognitivo → informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência; Político → mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiro → financiamento dos projetos.
Nível de informação	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	População mais informada sobre riscos cardiovasculares.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e de cuidadores.	Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional → organização da agenda; Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos diabéticos e hipertensos.	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Políticos → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo → elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contrareferência.	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos (referência e contrareferência).

Atividade 12

Retomando a atividade anterior, você deve definir as operações necessárias para a solução dos “nós críticos” selecionados, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários para a concretização das operações.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.



Rotinas

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Em síntese: o objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.

Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

São considerados **recursos críticos** aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

No Quadro 4 a Equipe Verde identificou os recursos críticos de cada operação e apresenta-os resumidos no Quadro 5.

Quadro 5 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

Operação/Projeto	Recursos críticos
+ Saúde	Político → conseguir o espaço na rádio local; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Viver Melhor	Organizacional → mobilização social em torno das questões do desemprego e da violência; Político → articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiro → financiamento do projeto.
Saber +	Político → articulação intersetorial.
Cuidar Melhor	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro → recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Linha de Cuidado	Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.



Rotinas

Atividade 13

Construa um quadro com os recursos críticos para cada operação que você definiu na atividade anterior.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

A ideia central que preside esse passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Em síntese, são os seguintes os objetivos desse passo:

1. Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação;
2. fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;

3. desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. São aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para alcançar seus objetivos.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano;
- quais recursos cada um desses atores controla;
- qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

Motivação favorável – o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.

Motivação indiferente – pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.

Motivação contrária – caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la uma oposição ativa ao plano.

É preciso estar atento para o fato de que a avaliação sobre a motivação de outros atores é sempre situacional e, portanto, instável e sujeita a mudanças.

A ideia de construir ou criar viabilidade para o plano sustenta-se em possibilidades trabalhadas pelo PES, que colocam como sendo, até certo ponto, possível transformar as motivações dos atores. Isto pode ser conseguido por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar certos atores para que mudem sua posição.

A Equipe Verde identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizado no Quadro 6.

Quadro 6 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar hábitos de vida.	Político → conseguir o espaço na rádio local; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.;	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
Projeto Viver Melhor	Político → mobilização social em torno das questões do desemprego e da violência;	Associações de bairro Ministério da Ação Social	Favorável Indiferente	Apresentar o projeto Apoio das associações
Aumentar a oferta de empregos Fomentar a cultura da paz	Financeiro → financiamento do projeto de criação da Usina de Reciclagem; Político → articulação intersetorial.	Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário	Algumas instituições são favoráveis e outras são indiferentes	
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Político → articulação com a Secretaria de Educação	Secretaria de Educação	Favorável	
Cuidar Melhor Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; financeiros → recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede
Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Político → articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Atividade 14

Retome o quadro elaborado na atividade anterior e elabore um outro com as ações estratégicas a serem desenvolvidas para viabilizar os recursos críticos necessários para o desenvolvimento de suas operações, conforme o exemplo anterior.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.



Rotinas

Nono passo: elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é:

- 1- Designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação);
- 2- definir os prazos para a execução das operações.

Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas.

O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano.

Importante: a responsabilidade por uma operação só pode ser definida para pessoas que participam do grupo que está planejando. Não podem ser responsabilizados aqueles que não estão participando da elaboração do plano, o que não quer dizer que estes não possam ser mobilizados para contribuir ativamente com a sua implementação.

A Equipe Verde, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro 7.

Quadro 7 – Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Modificar hábitos de vida.	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa “Merenda Saudável”.		Pedro Henrique e Gilda	Três meses para o início das atividades
Viver Melhor Aumentar a oferta de empregos; fomentar a cultura da paz.	Diminuição de desemprego; diminuição da violência.	Usina de Reciclagem; programa de fomento da cultura da paz.	Apresentar o projeto Apoio das associações	Renata e Marco Antônio	Apresentar o projeto em três meses; início das atividades nove meses; três meses para início das atividades
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	População mais informada sobre riscos cardiovasculares.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores.		Pedro Henrique e Aline	Início em quatro meses e término em seis meses; início em três meses e término em 12 meses; início em seis meses, avaliações a cada semestre; início em dois meses e término em 3 meses
Cuidar Melhor	Adequação da oferta de consultas à demanda, exames e medicamentos definidos nos protocolos, considerando a meta de 80% de cobertura.	Equipamento da rede; contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos.	Apresentar projeto de estruturação da rede	Renata Cardoso e Coordenador de ABS	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos e quatro meses para compra dos equipamentos; início em quatro meses e finalização em oito meses.
Linha de Cuidado	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados de recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.		Renata Cardoso e Coordenador de ABS	Início em três meses e finalização em 12 meses.

Atividade 15

Retome os resultados da atividade anterior e construa, em conjunto com a sua equipe, um quadro com o plano operativo de seu planejamento. Guarde no portfólio impresso, em seu mapa contextual. Consulte, no cronograma deste módulo, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.



Rotinas

Décimo passo: gestão do plano

1. Desenhar um modelo de gestão do plano de ação;
2. discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão.

O Quadro a seguir sintetiza a situação do plano de ação da Equipe Verde seis meses após o início do projeto.

Atividade 16

Construa um quadro com a proposta de gestão do plano, conforme o exemplo contido na planilha para acompanhamento de projetos.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.



Rotinas

Quadro 8 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operação '+ Saúde'

Coordenação: José R.S. – Avaliação após seis meses do início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Programa de caminhada orientada	Pedro Henrique	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as microáreas.		
2 Campanha educativa na rádio local	José R.	3 meses	Atrasado	Formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos; falta definição de horário pela emissora local.	1 mês
3 Projeto "Merenda Saudável"	José R.	3 meses	Projeto ainda em discussão com a Educação.	Resistência das cantinas das escolas em não comercializar alimentos não recomendados pelo programa	2 meses

Operação "Viver Melhor"

Coordenação: José R. S – Avaliação após 6 meses do início do projeto

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Usina de Reciclagem	Cláudia de O.C	9 meses	Famílias-alvo do projeto identificadas; projeto definido e elaborado (usina de reciclagem); projeto apresentado ao Ministério de Ação Social e à CEF; aguardando aprovação.		
2 Rede Saúde e Paz	José R.S	3 meses	Parceiros identificados e sensibilizados; rede formalizada; fase de elaboração de projetos.		

Operação "Saber +"**Coordenação: José Ribeiro dos Santos – Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular	Cláudia de O.C	9 meses	Projeto de avaliação elaborado		
2 Campanha educativa na rádio local	José R.S	3 meses	Parceiros identificados e sensibilizados.	Formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos; falta definição de horário pela emissora local.	1 mês

Operação "Saber +"**Coordenação: José R.S – Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
3 Capacitação de ACS e cuidadores sobre os riscos cardiovasculares	Pedro Henrique	2 meses	Programa de capacitação elaborado; ACS capacitados; cuidadores identificados; curso ainda não iniciado.	Atraso na identificação dos cuidadores; cuidadores propuseram início do curso para depois das férias.	Início em 1 mês
4 Programa de Saúde Escolar	Pedro Henrique e Aline	6 meses	Conteúdo e forma já definidos; Programação já definida; Recursos audiovisuais definidos.	Férias escolares.	Início após as férias (em 1 mês)

Operação "Cuidar Melhor"**Coordenação: Renata C. – Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Equipamento da rede	Renata C.	12 meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde.		
2 Contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos.	Renata C.	8 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; edital elaborado.		

Operação "Linha de Cuidado"**Coordenação: Renata C. – Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Linha de cuidado	Renata C.	12 meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde.		
2 Protocolos	Renata C.	8 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; edital elaborado.		
3 Recursos humanos capacitados	Pedro Henrique	8 meses	Programa de capacitação elaborado; capacitação com início para dois meses.		
4 Regulação	Coordenação da ABS	12 meses	Projeto de regulação em discussão.		
5 Gestão da linha de cuidado	Coordenação da ABS	12 meses	Projeto de gestão da linha de cuidado em discussão.		

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. Mas o sucesso dessa empreitada pode ficar ameaçado se não dispusermos e não utilizarmos instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de todas essas etapas. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho, como veremos na nossa próxima seção.



Seção 4

Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde

O monitoramento e avaliação têm sido cada vez mais considerados práticas úteis na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Esforços consideráveis têm sido empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de induzir a institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica por parte dos estados e municípios (BRASIL, 2005). Mas qual seria, de forma bem objetiva, a justificativa para se avaliar ou monitorar aspectos do desempenho de uma Equipe de Saúde da Família?

Como atividades institucionais e, portanto, permanentes, a avaliação e o monitoramento têm custo e consomem esforço da equipe. Consequentemente, o seu papel deve ser bem entendido, assim como a sua contribuição para a melhoria do desempenho da equipe, para a qualidade dos serviços por ela prestados e para o aumento da satisfação que seus membros possam ter com o seu trabalho. Constituem, também, atividade de prestação de contas a agentes externos, como órgãos financiadores e a própria comunidade. Os objetivos desta seção contemplam a discussão dos conceitos de avaliação e monitoramento e os modelos teóricos que embasam esta atividade.

Parte 1

Avaliação e monitoramento: conceitos

A avaliação pode ser entendida como uma atividade que envolve a geração de conhecimento e a emissão de juízos de valor sobre diversas situações e processos como, por exemplo, projetos de investimento, políticas públicas, programas sociais, etc. Pode ser realizada tanto por agentes externos, em geral especialistas contratados para isso, ou pelos participantes nos diversos componentes de um dado projeto.

A avaliação tem uma longa história nas políticas sociais e pode-se dizer que nasce com elas, mas tem alcançado crescente relevância na medida em que as sociedades cada vez cobram melhor qualidade dos serviços ofertados, a um custo que lhes pareça razoável. Na busca por conhecimentos válidos, as metodologias utilizadas embasam-se, cada vez mais, em critérios científicos, com a formação de um corpo de profissionais especializados em técnicas de avaliação, tornando as abordagens metodológicas cada vez mais complexas. Não se deve esquecer, contudo, de que as atividades de avaliação, em última instância, servem para alimentar os processos de planejamento e de decisão nas instituições. Retroalimentam-se com informações que permitem os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos e/ou mudanças de caráter mais estratégico, de mais profundidade, nos projetos ou processos avaliados como, por exemplo, a expansão do projeto, mudanças dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo sua total interrupção.

São clássicas as categorias de eficácia, eficiência e efetividade utilizadas nos processos avaliativos. A avaliação possui caráter mais momentâneo, estabelecendo um recorte temporal claro, em geral de mais profundidade na análise realizada, como se fizesse um *flash* na situação, obtendo uma foto com boa resolução dessa realidade.

O monitoramento, ao contrário, consiste em um esforço institucional com propósitos semelhantes aos da avaliação, porém, realizado de forma mais permanente ou no decorrer de um período de tempo mais prolongado, com vistas a verificar ao longo do tempo o comportamento do sistema analisado (programa, projeto, serviço, política, etc.). Mostra-se, portanto, mais adequado para indicar tendências das variáveis selecionadas na avaliação.

Glossário

“Compreende-se **monitoramento** como parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e estão tendo os resultados esperados” (BRASIL, 2005, p. 20).

Glossário

“A **avaliação em saúde** é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham coresponsabilidades.

O processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isto não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos” (BRASIL, 2005, p. 18).

O caráter político da avaliação é enfatizado no documento técnico do Ministério da Saúde, que busca historiar e definir as diretrizes da institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação da atenção básica. Essa ênfase no caráter político é uma consideração importante para localizá-los num contexto participativo, envolvendo os diversos atores sociais vinculados ao Estado e à sociedade civil (“comunidade”):

Esse caráter participativo dos processos de monitoramento e avaliação é enfatizado por vários autores, entendendo-o como uma condição necessária para o sucesso dos mesmos.

Embora as ESFs gastem significativo percentual do seu tempo produzindo dados e alimentando sistemas de informação, a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes, infelizmente, ainda não foram incorporados como atividade sistemática e cotidiana. Uma das dificuldades é porque os entendemos como algo que deve acontecer após a definição das intervenções, para ver os resultados.

A seguir, iremos discutir a importância de um modelo de avaliação e monitoramento que seja coerente com todo o processo de planejamento.

Parte 2

Modelo teórico ou Modelo lógico

É sempre desejável que o modelo de avaliação ou de monitoramento preceda a implantação dos projetos, programas, serviços ou políticas, já se inscrevendo no processo de formulação dos mesmos. Dessa forma, os objetivos, resultados e impactos definidos para o projeto já serão elaborados e descritos de maneira a permitir uma avaliação mais fácil e viável, reduzindo-se custos e “malabarismos” metodológicos posteriores.

Essa orientação de avaliação (*Theory Driven Evaluation - TDE*) pretende superar uma orientação muito comum que se resume à “análise dos resultados ou efeitos ‘líquidos’ de um determinado projeto que normalmente peca ao não considerar as modalidades de implantação nos diferentes contextos nem os mecanismos intervenientes associados a esses efeitos (*black-box experiment*). Pretende ir além, explicitando como o programa supostamente funciona” (HARTZ, 1999).

Essa abordagem também tem sido chamada de “modelo lógico” e comporta diversas variantes metodológicas.

O modelo lógico é um construto teórico que relaciona, de maneira mais consistente e robusta possível, os componentes lógicos de um plano – problemas, intervenções (objetivos, ações), produtos/resultados e impactos esperados –, estabelecendo os vínculos lógicos entre esses componentes, ao mesmo tempo em que levanta e descreve as evidências científicas que embasam as relações necessárias entre os componentes.

Com a construção do modelo lógico de avaliação e monitoramento, buscamos responder, de forma articulada, a questões como:

As intervenções propostas guardam coerência com os problemas identificados?

os produtos/resultados esperados serão efetivamente alcançados se os objetivos propostos forem também alcançados?

os indicadores propostos medem realmente os objetivos, resultados ou impactos propostos, permitindo reconhecer quando esses foram realmente alcançados?

os problemas identificados serão impactados pelas ações propostas? Em que medida?

A resposta a essas perguntas são importantes para os agentes financiadores dos programas ou projetos, interessados que são em comparar os benefícios comparativos das diversas estratégias de intervenção e das tecnologias adotadas, com vistas a maximizar os impactos dos seus investimentos. Infelizmente, cabe constatar que a maioria dos projetos carece de modelos de avaliação e de uma explicitação mais rigorosa do modelo teórico que embasa as intervenções.



Rotinas

Atividade 17

No sentido de acompanhar e avaliar o seu plano de ação para o problema “Risco cardiovascular aumentado”, a Equipe Verde elaborou uma planilha de acompanhamento de indicadores que se encontra na próxima página. Você deverá elaborar uma crítica sobre essa planilha e construir a sua proposta de monitoramento e avaliação do seu plano de ação.

Guarde em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos para esta atividade.

Risco cardiovascular aumentado
Planilha de acompanhamento

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	Número	%	Número	%	Número	%
Hipertensos esperados						
Hipertensos cadastrados						
Hipertensos confirmados						
Hipertensos acompanhados conforme protocolo						
Hipertensos controlados						
Diabéticos esperados						
Diabéticos cadastrados						
Diabéticos confirmados						
Diabéticos acompanhados conforme protocolo						
Diabéticos controlados						
Portadores de dislipidemia						
Obesos						
Tabagistas						
Sedentários						
Complicações de problemas cardiovasculares						
Internações por causas cardiovasculares						
Óbitos por causas cardiovasculares						



Rotinas

Atividade 18

Como atividade final deste módulo, você deverá fazer uma síntese do seu plano de ação, contemplando todos os passos. Esta atividade deverá ser anexada ao seu portfólio impresso, ser encaminhada para o seu tutor e apresentada no encontro presencial.

Referências

AHUMADA, J.; ARREAZA GUZMÁN, A.; DURÁN, H.; PIZZI, M.; SARUÉ, E; TESTA, M. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud**. Washington; Organización Panamericana de la Salud, 1965. 77 p.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CECILIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.

CHORNY, A. H. Planificación em salude: vieja ideas em nuevas ropajes. **Cuadernos médicos y sociales**, Argentina, v.73, p.23-44, 1998.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 341-353,1999.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

RIVERA, F.J.U. (Org.) **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

ZOOP. Planificación de proyectos orientada a objetivos. Disponível em: <http://www.infomipyme.com/Docs/GT/Offline/zopp.doc>. Acesso em: 20 out. 2009.

Apêndice A

Síntese do diagnóstico situacional da
Equipe Verde de Saúde da Família
Vila Formosa – Município de Curupira

2007

Sumário

Introdução	94
Aspectos demográficos.....	95
Aspectos ambientais.....	97
Aspectos socioeconômicos	99
Aspectos epidemiológicos.....	100
Indicadores de cobertura	104
Produção da equipe de saúde	105
Recursos de saúde.....	109
Mapeamento de instituições e projetos	111
Síntese das entrevistas com informantes chave	112
Observação ativa	113
Principais problemas identificados	114

Introdução

A comunidade de Vila Formosa fica na periferia do município de Curupira e se formou, inicialmente, a partir do êxodo rural, ocorrido nos anos 70, em função do avanço do plantio de soja por grandes empresas e consequente redução da agricultura familiar. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

A comunidade contava, em 2007, com 5.819 moradores, atendidos por duas equipes de Saúde da Família: a equipe verde com 3.109 moradores, dividida em cinco microáreas, e a equipe azul, com 2.710 moradores e dividida em cinco microáreas, estando a micro 5 localizada em um pequeno povoado distante 12 km da Unidade de Saúde da Família.

Nas últimas administrações, tem havido algum investimento público na comunidade (escola, centro de saúde, creche, asilo, etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

As tabelas e quadros seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional da equipe verde. Os dados (fictícios) foram conseguidos a partir de bases de dados secundárias (como, por exemplo, o SIAB), entrevistas com informantes-chave e observação ativa. Para a realização deste diagnóstico foi constituída uma equipe formada pelos profissionais da equipe de Saúde da Família e por pessoas da associação de moradores, de uma Igreja evangélica do bairro e da comunidade em geral.

Aspectos demográficos

População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe verde de saúde da família, 2005 e 2007

Faixa Etária	2005		2007	
	Número	%	Número	%
Menor de 1 ano	38	1,25	32	1,03
1 a 4 anos	163	5,37	168	5,40
5 a 9 anos	250	8,24	265	8,52
10 a 14 anos	242	7,98	256	8,23
15 a 19 anos	305	10,06	311	10,00
20 a 49 anos	1391	45,86	1407	45,26
50 a 59 anos	291	9,59	316	10,16
60 anos e +	353	11,64	354	11,39
Total	3033		3109	

Fonte: SIAB.

População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe verde de saúde da família segundo o sexo, 2007

Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
Menor de 1 ano	18	1,21	14	0,86
1 a 4 anos	76	5,11	92	5,67
5 a 9 anos	126	8,47	139	8,57
10 a 14 anos	126	8,47	130	8,01
15 a 19 anos	155	10,42	156	9,62
20 a 49 anos	670	45,06	737	45,44
50 a 59 anos	159	10,69	157	9,68
60 anos e +	157	10,56	197	12,15
Total	1487		1622	

Fonte: SIAB.

População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe verde de saúde da família segundo a microárea, 2007

Faixa Etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Menor de 1 ano	5	5	11	5	6	32
1 a 4 anos	49	34	28	31	28	168
5 a 9 anos	82	51	55	43	34	265
10 a 14 anos	63	43	47	50	53	256
15 a 19 anos	71	63	66	65	46	311
20 a 49 anos	320	265	287	276	259	1407
50 a 59 anos	63	66	59	81	47	316
60 anos e +	61	68	54	99	72	354
Total	714	595	607	648	545	3109

Fonte: SIAB.

Aspectos ambientais

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A área apresenta elevada concentração de *Aedys*, constituindo risco de surtos de dengue.

Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade e microárea, no ano de 2007

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Rede geral	180	157	170	149	199	855
Poço ou nascente	0	3	0	1	1	5
Total de famílias	180	160	170	150	200	860

Fonte: SIAB.

Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e microárea. No ano de 2007

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Rede geral de esgoto	7	18	14	91	50	180
Fossa séptica*	123	130	110	59	142	564
Fossa rudimentar*	41	10	44	0	8	103
Sem instalação sanitária	9	2	2	0	0	13
Total	180	160	170	150	200	860

Fonte: SIAB e *registro da equipe.

Destino do lixo segundo a modalidade e microárea, no ano de 2007

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Coleta pública	168	160	146	145	200	819
Queimado / enterrado	3	0	5	3	0	11
Céu aberto	9	0	19	2	0	30
Total	180	160	170	170	200	860

Fonte: SIAB.

Aspectos socioeconômicos

A população empregada vive, basicamente, do trabalho nas empresas rurais que plantam soja, do plantio de tomate e batata, que acontece em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade, da prestação de serviços e da economia informal. É elevado o número de desempregados e subempregados.

Segundo levantamento realizado pelos ACSs por ocasião da atualização do cadastro das famílias em 2007, o quadro relativo às atividades da população economicamente ativa (10 anos e mais) na área de abrangência da equipe verde é o seguinte.

Atividades da população com mais de 10 anos de idade, área de abrangência da equipe verde de saúde da família, bairro vila formosa, município de curupira, 2007

População de 10 a 14 anos	256	100,0
10 a 14 anos trabalhando	58	22,6
População de maiores de 14 anos	2379	100,0
Maiores de 14 anos estudantes	485	20,4
Maiores de 14 anos empregados com carteira assinada	476	20,0
Maiores de 14 anos empregados na economia informal	423	17,8
Maiores de 14 anos autônomos	105	4,4
Desempregados	255	10,7
Aposentados	420	17,6
Outras situações	215	9,0

Aspectos epidemiológicos

1. Hospitalizações

Taxa de hospitalização por 1.000 Habitantes na área de abrangência da equipe verde de saúde da família, bairro vila formosa, município de curupira, 2007

	2006	2007
Número de hospitalizações	206	196
Taxa de hospitalização	68	63

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/Curupira.

Hospitalização por grande grupo de causas da cid-10 na área de abrangência da equipe verde de saúde da família, bairro vila formosa, município de curupira, 2007

Grande grupo de causas CID-10	2006	2007
Gravidez, parto e puerpério	55	62
Doenças do aparelho circulatório	41	40
Doenças do aparelho respiratório	39	35
Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	10	9
Neoplasias (tumores)	7	11
Demais causas	50	39
TOTAL	206	196

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/Curupira.

2. Morbidade referida

Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da equipe verde de saúde da família, bairro vila formosa, município de curupira, 2007

Morbidade referida	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Alcoolismo	13	3	5	5	9	35
Doença de Chagas	2	0	3	2	3	10
Deficiência	5	7	6	7	0	25
Epilepsia	8	3	3	0	0	14
Diabetes	18	12	14	11	19	74
Hipertensão arterial	88	71	82	68	78	387
Tuberculose	0	0	0	0	1	1
Hanseníase	0	0	0	0	0	0

3. Outros problemas identificados

3.1 | Doenças de Notificação Compulsória - casos notificados em 2007

Hepatite → 3 casos

Dengue → 8 casos

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/Curupira

Outros problemas identificados

Alta prevalência de cárie dentária

4. Mortalidade

Mortalidade proporcional por faixa etária, na área de abrangência da equipe verde de saúde da família, bairro vila formosa, município de curupira, 2005 e 2007

Ano do Óbito	2005	2007
< 1	3	2
1 a 4 anos	1	1
5 a 14 anos	2	0
15 a 49 anos	7	6
50 anos e mais	15	16
Total	28	25
Índice de <i>Swaroop e Uemura</i>	53,57%	64,00%

Fonte: Registro da equipe.

Óbitos de residentes segundo a microrregião na área de abrangência da equipe verde de saúde da família, bairro vila formosa, município de curupira, 2007

Equipe 1	2007
Microárea 1	7
Microárea 2	6
Microárea 3	5
Microárea 4	3
Microárea 5	2
Microárea 6	2

Fonte: SIAB.

Óbitos de residentes segundo a microrregião na área de abrangência da equipe verde de saúde da família, bairro vila formosa, município de curupira, 2007

Grupo de causas CID-10	2007
Doenças do aparelho circulatório	9
Neoplasias	5
Doenças do aparelho respiratório	5
Causas externas de morbidade e mortalidade	2
Demais causas	4
Total	25

Fonte: Coordenação de Epidemiologia da SMS/Curupira.

Indicadores de cobertura

Acompanhamento de alguns indicadores, equipe verde de saúde da família, bairro vila formosa, município de curupira, 2005-2007

Indicador	2004	2006	2006
Nº de recém-nascidos	30	24	8
% RNs pesados	96,7	100	100
% RN peso < 2.500 kg	6,9	16,67	0
% de aleitamento exclusivo em crianças < de 4 meses	83,33	75,0	66,67
% de < 1 ano com vacina em dia	100	100	100
% de < 1 ano desnutridas	4	0	0
Nº médio de gestantes cadastradas	17	10	11
% gestantes < 20 anos	11,76	0	18,18
% gestantes acompanhadas	100	100	100
% gestantes vacinadas	100	100	100
% consultas no 1º trimestre	100	100	100

Fonte: SIAB.

Produção da equipe de saúde

Consultas médicas pela equipe verde de saúde da família, vila formosa/curupira, 2005-2007

Indicador	2005	2006	2007
Total de consultas médicas	1965	2348	1974
Media mensal	163.75	195.66	164.,5
Consulta habitante/ano	0.81	0.98	0.82

Fonte: SIAB

Atendimento aos programas pela equipe verde de saúde da família, vila formosa/curupira, 2005-2007

indicador	2005	2006	2007
% puericultura	4,94	8,0	8,22
% pré-natal	9,32	5,67	4,22
% prevenção câncer cérvico-uterino	6,43	6,03	5,77
% diabetes	5,79	7,87	6,89
% hipertensão	17,84	24,50	29,15
% hanseníase	2	0	0
% tuberculose	6	3	1
% atendimentos com programas	52,32	55,07	55,25

Fonte: SIAB.

Acompanhamento de alguns indicadores da equipe verde de saúde da família, curupira, 2005-2007

Indicadores	2005	2006	2007
Total de encaminhamentos	230	235	255
Relação encaminhamentos/consultas	11,70	10,00	12,91
Para atendimento especializado	230	235	252
Para internações hospitalares	0	0	0
Para urgência/emergência	0	0	3
Total de exames solicitados	1670	1938	1581
Relação exames/consultas médicas	84,98	82,53	80,09
Relação exames consultas médicas e de enfermagem	42,56	50,19	38,83
Patologia clínica	1462	1682	1437
Radiodiagnóstico	46	64	30
Exames citocervico-vaginal	0	0	0
Ultrassonografia obstétrica	29	44	30
Outros exames	133	148	84

Fonte: SIAB.

Consultas médicas segundo a faixa etária, equipe verde de saúde da família, vila formosa/curupira, 2005-2007

Faixa etária	2005	2006	2007
< 1 ano	25	20	39
1 a 4 anos	113	133	120
5 a 9 anos	123	204	132
10 a 14 anos	121	146	150
15 a 59 anos	1154	1290	1128
60 anos e +	429	455	405
Total de consultas na área	1965	2248	1974

Fonte: SIAB.

Procedimentos realizados pela equipe verde de saúde da família, vila formosa/curupira, 2005-2007

Procedimento	2005	2006	2007
Atendimentos individuais da enfermeira	1958	1514	2097
Consultas médicas	1965	2348	1974
Consultas médicas e de enfermagem	3923	3862	4071
Curativos	197	235	291
Inalações	0	0	3
Injeções	335	288	296
Retirada de pontos	20	14	15
TRO	0	0	0
Grupo de educação saúde	79	87	66
Nº de reuniões	25	10	18

Fonte: SIAB.

Visitas domiciliares realizadas pela equipe verde de saúde da família, vila formosa/curupira, 2005-2007

Visitas domiciliares	2005	2006	2007
Visitas domiciliares do médico	267	327	198
Visitas domiciliares da enfermeira	1084	947	1146
Visitas profissionais de nível médio	800	993	780
Visitas de ACS	8002	7846	8438
Total de visitas domiciliares	10153	10113	10562
Média mensal de visitas	846	842	880
Média anual de visitas por família	14.52	14.42	15.04
Média anual de visitas por habitante	4.16	4.22	4.42

Fonte: SIAB.

Recursos de saúde

A unidade de saúde de Vila Formosa foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa alugada, que foi adaptada para ser uma unidade de saúde.

A casa é antiga, porém bem conservada e sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (4.200 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento.

Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza o quintal, à sombra de um grande abacateiro, o que é bastante agradável quando faz calor, porém é um problema quando chove.

As reuniões com a comunidade (grupos, por exemplo) são realizadas no salão da associação de moradores, que fica ao lado do centro de saúde. Houve momentos, porém, quando as relações da equipe de saúde com a diretoria da associação não eram as mais amistosas, em que as reuniões aconteciam no salão da Igreja, que fica um pouco distante da unidade de saúde.

A unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém, até o final da última administração, funcionava sem mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador e instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. A falta destes materiais constituiu um foco de tensão importante entre a equipe de saúde, a coordenação do PSF e o gestor municipal da saúde.

A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais. A contrarreferência também deixa muito a desejar, embora se notem, nos últimos meses, com a criação do colegiado de coordenação assistencial, alguns

movimentos importantes para melhor articulação entre a atenção básica, a policlínica e o pronto-atendimento e, ainda, a introdução do formulário de referência e contrarreferência. Existem, também, dificuldades com a assistência farmacêutica e apoio diagnóstico.

Mapeamento de instituições e projetos na comunidade de vila formosa

Instituições e projetos	Área de atuação	Público-alvo	População coberta	Responsável	Financiamento
Escola Municipal Tiradentes	Educação	Crianças e adolescentes e adultos	870 pessoas	Da. Maria Silva Mendes	Tesouro Municipal
Creche Irmã Terezinha	Educação e assistência	Crianças de 1 a 5 anos	120 crianças	Irmã Maria das Dores de Jesus	Doações, Igreja Católica
Projeto “Sementinha”	Educação e cultura	Crianças de 7 a 10 anos	80 crianças	Maria das Graças Souza	ONG
Projeto “Craque na bola, craque na escola”	Educação, recreação e esporte	Crianças de 7 a 14 anos	35 crianças	Didi	Trabalho voluntário Apoio da associação de moradores e da Escola Municipal
Projeto “Construção da praça de esportes”	Esportes e lazer	Comunidade em geral	6.500 pessoas	Secretaria Municipal de Cultura, Esportes e Lazer	Tesouro municipal
Projeto “Plantando em cada palmo de terra”	Produção de alimentos, saúde e assistência	População desempregada	20 famílias	Irineu dos Santos Silva	ONG à fase inicial, comercialização da produção à manutenção
Projeto “Salão de Beleza”	Capacitação profissional Geração de emprego e renda	População desempregada	15 famílias	Da. Jussara dos Reis	Rotary Clube de Curupira
Projeto “Corte e Costura”	Capacitação profissional Geração de emprego e renda	População desempregada	12 famílias	Da. Tereza da Silveira Costa	Trabalho voluntário Apoio da associação de moradores
Pastoral da criança	Saúde e educação	Crianças menores de 5 anos	152 crianças	Dona Neuza Silva	Trabalho voluntário, Igreja Católica

Síntese das entrevistas com os informantes-chave

Informantes-chave	Problemas	Sugestões
Sr. José Lima – presidente da associação comunitária	Violência, problemas do coração, desemprego, drogas e prostituição.	Acha que os projetos que estão sendo desenvolvidos na comunidade são muito dispersos, “ninguém conversa com ninguém”. Sugere que a equipe do PSF ajude para que haja mais conversa. “As pessoas ouvem o que a equipe fala”
Dona Margarida da creche	Menor abandonado, gravidez na adolescência, pressão alta, desemprego e violência.	Acha que a equipe do PSF está fazendo um bom trabalho e que sempre que é solicitada atende as crianças da creche.
Dona Neuza da pastoral	“A falta de trabalho é um problema, pois leva a outros problemas como a violência, a prostituição, mas o trabalho também leva a doenças como as intoxicações pela aplicação de veneno, dor nas costas e os acidentes”	Propõe melhor articulação do trabalho do PSF e da pastoral.
Sr. Antônio Lopes da padaria	Problema de pressão, diabetes, intoxicação, violência e falta de segurança, uso de drogas.	Propõe que se coloque um posto policial no bairro com rondas à noite. Acha que no centro de saúde tinha que ter mais médicos, principalmente especialistas.
Padre Jonas da paróquia local (Igreja Católica)	Os problemas de saúde são reflexos dos problemas sociais e é difícil enfrentar um sem enfrentar o outro. “O povo fica usando remédio pra tratar de depressão quando tinha é que resolver o que está levando à depressão” Os projetos sociais são muito fragmentados e sem continuidade.	Criar mecanismos para coordenar melhor os projetos desenvolvidos na comunidade e que esta participe mais das decisões.
Dona Maria Silva Mendes da Escola Municipal	Drogas e violência, evasão escolar por causa do trabalho na lavoura.	Mais opções de lazer e cursos de capacitação para os jovens. “Temos que tirar o jovem da rua”
Sr. Josué da farmácia	Hipertensão, diabetes, acidentes, depressão.	Acha que a prefeitura tem que melhorar o centro de saúde, construir um prédio novo e contratar especialistas. A cidade precisa ter indústrias para dar mais empregos.
Mariana e Fernanda do grupo de jovens	Faltam opções de lazer e projetos culturais para os jovens e isso favorece a violência e o uso de drogas.	Propõem a criação de oficinas, cursos profissionalizantes e mais discussão, nas escolas, de temas como sexualidade e drogas. Tem que ter mais oportunidades de empregos na cidade para o jovem.

Observação Ativa

Principais pontos observados

- Famílias que vivem em áreas com risco de desabamento
 - Famílias que vivem debaixo de linhas de alta-tensão
 - Famílias que vivem em barracos de lona
 - Esgoto a céu aberto
 - Lixo acumulado em lotes vagos
 - Animais soltos
 - Pichação do muro da escola e da creche
-
- Quatro famílias que têm uma horta em parceria
 - Artesanato com barro na microárea 1

Principais problemas identificados

- Acúmulo de lixo nos lotes
- Falta de esgoto
- Violência
- Desemprego
- Cárie dentária
- Risco cardiovascular aumentado
- Falta de opções de lazer
- Risco de proliferação de *Aedys*

ISBN 978-85-7825-031-7



9 788578 250317

Apoio



Ministério
da Educação



Ministério do
Desenvolvimento, Indústria
e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Ministério
da Saúde



Realização



CENTRO DE APOIO À EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA UFMG

