



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

BÁRBARA MARIA REIS IBIAPINA

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE PARCERIA ENSINO-SERVIÇO-
COMUNIDADE

Brasília - DF
2017

BÁRBARA MARIA REIS IBIAPINA

**PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE PARCERIA ENSINO-SERVIÇO-
COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso,
conforme exigência curricular do Curso de
Gestão em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Sérgio Xavier de
Camargo

Brasília – DF

2017

BÁRBARA MARIA REIS IBIAPINA

**PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE PARCERIA ENSINO-SERVIÇO-
COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso,
conforme exigência curricular do Curso de
Gestão em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Sérgio Xavier de
Camargo

Brasília – DF

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Orientador: Prof. Sérgio Xavier de Camargo

Prof.ª Examinadora: Dais Gonçalves Rocha

Prof.ª Examinadora: Claudia Pedrosa

AGRADECIMENTOS

A Deus, criador de todas as coisas, que na imensidão de seu amor por mim, me deu a vida, e permitiu que este projeto se realizasse.

À minha mãe, Rozania que, sendo pai e mãe, não mediu esforços para me oferecer sempre o melhor. Aos colos de acalento, nos momentos difíceis, e ao incentivo, quando necessário.

Ao meu esposo Diego, por sua paciência e compreensão em todos os momentos da minha vida acadêmica. Por seu amor tão generoso, agradeço.

À minha avó Rozalina, que ajudou na minha criação e que, na sua generosidade, transmitiu-me sua sabedoria.

À minha irmã, Ana Clara que, na sua inocência de criança, sempre esteve ao meu lado.

Ao meu padrasto, Álvaro (*in memoriam*) que, no pouco tempo em que vivemos juntos, sempre me incentivou e me amou como uma filha.

Ao meu orientador Sérgio Camargo, por sua disponibilidade, confiança e paciência ao longo deste trabalho e por sua generosidade em partilhar seus conhecimentos.

À Universidade de Brasília e ao Departamento de Saúde Coletiva (DSC), pela oportunidade ofertada a mim para a realização deste Curso.

A todos os professores do Departamento e colegas de classe que compartilharam seus conhecimentos comigo.

A todos, meu muito obrigada!

RESUMO

O planejamento em saúde permite identificar as reais necessidades de saúde da comunidade a partir de métodos previamente definidos. Visa colaborar com as ações de saúde que serão realizadas em determinado território sanitário, a fim de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Trata-se de metodologia qualitativa na modalidade de estudo de caso descritivo, com o objetivo de analisar uma intervenção de estágio realizada em uma Unidade de Saúde da Família localizada na Região Administrativa do Paranoá, Distrito Federal, entre os meses de agosto e dezembro de 2015 – a Oficina de Planejamento Participativo. Os resultados comportam informações quanto à Oficina realizada e suas características principais: as ações preparatórias para a Oficina; a descrição de sua realização; os impactos que a Oficina produziu – sejam estes positivos ou negativos – além de permitirem a reflexão quanto à sua aplicabilidade, limites, benefícios e dificuldades pessoais ou institucionais. Por fim, o estudo evidenciou a aplicabilidade do planejamento participativo na Atenção Primária à Saúde no contexto da gestão participativa, a partir do ensino integrativo entre academia, serviços de saúde e comunidade.

Palavras-chave: planejamento estratégico, gestão participativa, atenção primária à saúde, Estratégia Saúde da Família; educação permanente.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CENDES – Centro de Estudos para o Desenvolvimento

DF – Distrito Federal

DIRAPS – Direção Regional Atenção Primária à Saúde

DSC – Departamento de Saúde Coletiva

ESF – Estratégia Saúde da Família

FS – Faculdade de Ciências da Saúde

GDF – Governo do Distrito Federal

MAPP – Método Altadir de Planificação Popular

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OPP – Oficina de Planejamento Participativo

PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

RA – Região Administrativa

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UNB – Universidade de Brasília

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	O que é planejamento.....	1
1.2	Planejamento em Saúde.....	2
1.3	Formas de planejamento em saúde.....	4
1.4	Planejamento no Sistema Único de Saúde.....	8
1.5	Planejamento na Estratégia Saúde da Família.....	9
2.	PROBLEMA DE ESTUDO.....	13
3.	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO ESPERADA.....	13
4.	OBJETIVOS.....	14
5.	MÉTODO.....	15
5.1	Contexto de Estudo.....	17
6.	RESULTADOS.....	20
6.1	Antes da Oficina.....	20
6.2	Durante a Oficina.....	26
6.3	Depois da Oficina.....	35
7.	Considerações Finais.....	40
8.	Referências.....	43

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE PARCERIA ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

1. INTRODUÇÃO

Este estudo trata da descrição e da análise de uma intervenção realizada em período de estágio obrigatório do curso de Gestão em Saúde Coletiva, ofertado pela Universidade de Brasília, onde destaca aspectos relacionados à gestão e planejamento de ações de saúde em nível de atenção primário.

Ademais, serão tratadas as principais vertentes que o planejamento à saúde possui em seus mais diversos conceitos explanados por alguns autores, sua aplicabilidade no serviço e os aspectos relacionados à importância da participação da comunidade no planejamento e gestão dos serviços ofertados tendo como base a construção e aplicabilidade de uma oficina de planejamento participativo em uma unidade básica de saúde.

1.1. O que é Planejamento?

Planejamento diz respeito ao caminho que deve ser traçado para se atingir um objetivo em uma determinada área de ação, e cada planejamento possui uma finalidade única. Pode-se dizer que planejamento é um método, uma técnica gerencial, um processo de trabalho ou uma prática social que:

Procura analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos de ação para atingir essas metas, avaliar a efetividade dessas ações (...) e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema (LEEVEY e LOOMBA, 1973 apud CARDOSO, 2013, p.5).

O planejamento, em geral, é sempre destacado em estudos em Administração, pois é o “norte” que diversas organizações utilizam para manter seus negócios. Silva (2001, p.89) aponta que desde os primórdios, o planejamento era

realizado nas mais diversas civilizações, ora para caçar, ora para construir grandes obras. Para Kotler (1992, p.63), “planejamento estratégico é definido como o processo gerencial de desenvolver e manter uma adequação razoável entre os objetivos e recursos da empresa e as mudanças e oportunidades de mercado”.

É importante destacar que antes de iniciar um planejamento, é preciso levantar dados gerais daquilo que se pretende planejar, necessitando constantes monitoramentos durante todo o processo de prováveis ações do planejar. Na gestão estratégica, o planejamento é visto segundo Fayol (1965) como a primeira e mais importante função administrativa que tende a ser a base para o que se pretender realizar. É ainda, definido pela Constituição Federal de 1988, como um processo diretamente relacionado à gestão. Podendo ser considerado uma ferramenta de elaboração de estratégias a serem desenhadas e, num futuro próximo, serem concretizadas, baseadas em prazos, planos e custos previamente definidos.

De acordo com Tavares (2000, p. 68), planejamento estratégico "é o processo de formulação de estratégias para aproveitar as oportunidades e neutralizar as ameaças ambientais, utilizando os pontos fortes e eliminando os pontos fracos da organização para a consecução de sua missão". Para Paim (2006), planejamento também é um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem, e para quê. O planejamento pode ser uma atividade particular individual como quando se programa detalhadamente o orçamento doméstico, as férias, a agenda de compromissos da semana entre outros. O planejamento pode ser também referente a uma pesquisa ou um serviço de qualquer campo de trabalho. Em suma, se resume à uma prática social que ora se apresenta como um cálculo ora, como um pensamento estratégico (MATUS, 1996) (PAIM, 2006). Para tanto é evidente que para qualquer processo de decisão é fundamental planejar, ora para atividades cotidianas, ora para estruturar um sistema de saúde.

1.2. Planejamento em Saúde

Desde o início das reflexões sobre a saúde, acompanhada pela Reforma Sanitária Brasileira, ocorrida nas décadas de 70 e 80, o processo de planejamento já se mostrava na condição de dar sentido à “complexificação dos

processos de trabalho em saúde”, através das diversas campanhas e programas de combate às doenças. Mesmo que naquela época, os atores sociais não sabiam ao certo o que seria planejar ações para a saúde, suas práticas já demonstram essa atitude (TEIXEIRA, 2010, p. 17). O planejamento em saúde teve origem em sua forma legitimada, a partir dos avanços tecnológicos e a necessidade de aprofundar estudos sobre essa área, através dos movimentos ideológicos da planificação no âmbito da América Latina, bem como da metodologia elaborada pelo Centro de Estudos para o Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, em conjunto com a Organização Pan-americana da Saúde(OPAS) em 1960, constituindo um método de programação sanitária e social(LANA et al, 1996) (CARDOSO, 2013).

O método CENDES-OPS, apesar de apresentar um caráter normativo, foi de fundamental importância, pelo fato de que introduziu formas de analisar a situação de saúde a partir da construção de indicadores de saúde viabilizando um possível diagnóstico da saúde de determinado local para que assim o planejamento das ações pudesse ser concretizado, configurando que “alguns dos seus pressupostos e métodos continuam válidos até hoje, ainda mais quando se trata de desenvolver um processo de programação de ações e serviços que tenha como objetivo central a racionalização de recursos escassos” (TEIXEIRA, 2010, p. 19).

Passando por diversos desdobramentos, o planejamento em saúde, para Mario Testa(1987, 1992), considerado um dos percussores do planejamento, assume, que o processo de planejar a saúde vai além do que se falou até o momento sobre o tema. Para o autor, a estrutura do setor saúde perpassa por um processo estritamente de caráter político, administrativo e técnico, caracterizando a supremacia do poder. É possível identificar que sua asserção parte do pressuposto que o planejamento das ações de saúde passa por três fatores, considerado por ele, como o “Postulado da Coerência”. Este método caracteriza-se pelo enfoque social que a saúde apresenta, a partir das propostas de permanência e mudanças que um Governo pode apresentar, relacionando-se com as estruturas de desenvolvimento do trabalho e os métodos de planejamento que se é adotado em determinada organização, conforme Giovanella (2010, p.130) afirma que “o propósito do processo de planejamento em saúde é de mudança social. Pensar na transformação social

significa pensar na construção de uma nova sociedade. Intervir na construção da história”.

Carlos Matus, por sua vez, define ator social, como uma pessoa ou instituição que é capaz de intervir na sua realidade. Termo este que será muito usual neste estudo. No planejamento em saúde, o autor parte do pressuposto de analisar a saúde a nível situacional, elemento pelo qual descreverá a planificação, a partir de uma visão amplificada do processo saúde-doença, onde “é aplicável a qualquer caso onde haja uma situação de conflito e onde um ator possa agir democraticamente” (TEIXEIRA, 2010, p. 27). Além disso, Matus aponta para a necessidade de analisar a capacidade, a governabilidade e os projetos que o Governo dispõe para planejar ações de saúde condizentes para a eficácia dos níveis de saúde de determinada população (MATUS, 1997). Mais tarde, ele apresenta o Planejamento Estratégico Situacional – PES – definido por seu caráter explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, conceitos que serão detalhados neste estudo mais à frente.

Planejar em saúde permite identificar as reais necessidades de saúde da comunidade a partir de métodos previamente definidos e sistematizados para colaborar com o desempenho das futuras ações que serão feitas naquele território, tendo como objetivos proteger, promover e recuperar a saúde. Quando se faz um planejamento há sempre um grau de incerteza quanto à sua efetividade e por isso ele exige constante monitoramento. Além disso, é feito para determinada circunstâncias que ora estão definidas, ora estão em constantes transformações.

1.3. Formas de Planejamento em Saúde

Dentre os diversos tipos de planejamento, alguns serão destacados com o objetivo de dar embasamento para este estudo, e, além disso, de explicitar que há uma variedade de métodos e formas de planejar e por isso cada qual possui suas vantagens e desvantagens, de acordo com necessidade de utilizá-los.

O planejamento normativo se caracteriza pelo enquadramento às normas e padrões previamente estabelecidos. O método desenvolvido pelo CENDES/OPAS em 1960 já comentando anteriormente é considerado como normativo. Além disso,

considera a utilização de recursos de forma efetiva, a economicidade e relação de custo-benefício. Um exemplo disso é o que acontece na “administração hospitalar em geral, onde a racionalização dos recursos estimulou a divisão técnica do trabalho, o movimento pela padronização e a elaboração de normas e procedimentos rígidos”, conforme Lana e Gomes (1996, p. 101) explicitam.

O planejamento estratégico, por sua vez visa atingir um objetivo específico, ou seja, é a construção de um plano de ação voltado para o que se deseja encontrar no final do processo de âmbito organizacional, muito usual no campo da Administração.

Oliveira (2004, p. 35) o define como um “conjunto de providências a serem tomadas pelo administrador para a situação em que o futuro tende a ser diferente do presente e do passado”. Barbalho (1997) destaca que o planejamento estratégico é o uso eficiente e efetivo dos recursos disponíveis para se obter um objetivo já previamente definido. Esclarece ainda que é o processo utilizado para o estabelecimento de objetivos alinhados com as políticas, metas e princípios, bem como os fatores de relevância ao meio-ambiente organizacional, levando-se em conta o meio externo.

O PES, por sua vez, idealizado por Carlos Matus está inserido no planejamento estratégico. Baseia-se na identificação de problemas e soluções, considerando que os modelos tradicionais não alcançam a complexidade de enfrentamento que os problemas merecem. Para o referido autor, o PES abrange quatro momentos primordiais, sendo o primeiro, momento explicativo, onde a questão a ser enfrentada é perceber a realidade a partir do contexto atual. O segundo é o momento normativo onde são definidas as metas e objetivos que se quer atingir. O momento estratégico constitui o terceiro momento, que se caracteriza por definir qual a viabilidade da ação a ser feita. E o último, por sua vez, é o Momento Tático-Operacional que demonstra o que se deve fazer para que a meta definida no segundo momento seja alcançada. (CARDOSO, 2013).

O PES é uma forma de planejamento de muita importância para a saúde, tendo em vista que é participativo por excelência e que, além disso, para um gestor tomar determinada decisão é preciso planejar quais serão as consequências

dessa intervenção e, se serão positivas ou não. E o contrário também ocorre, uma vez que para agir é necessário verificar o grau de governabilidade e a capacidade de governo que determinado serviço, pessoa ou instituição possui para a ação.

Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação (ARTMANN, 2000 apud Oficina Social nº 3: Desenvolvimento Social. p.25).

O método do Planejamento Estratégico Situacional, geralmente voltado a níveis centrais, onde se enfrentam problemas de alta complexidade, admite que a explicação da realidade dependa da inserção de cada ator que participa do problema, sendo, assim, parcial e múltiplo e empírico (AGUIAR et al, 2006).

Belchior (1999) remete ao PES como um instrumento capaz de garantir transparência ao processo de planejar, pois permite que a participação da comunidade aconteça.

Para tanto, a tarefa de planejar já possui suas complexidades peculiares e realizar as ações de saúde de forma que toda uma equipe de trabalho, constituída por profissionais e representantes comunitários, se inter-relacione e contribua para o objetivo final configura desafio ainda mais crítico e relevante. Porém, se bem executado, tende a resolver diversos problemas de saúde corroborando assim para a eficiência e a efetividade das ações e políticas. Esta concepção remete ao planejamento participativo.

A participação social no planejamento se define pelo empoderamento dos sujeitos, em busca de uma saúde satisfatória para todos. Tais sujeitos são definidos como

Indivíduos capazes de refletirem criticamente sobre sua realidade; que participam do processo de promoção da saúde e; que estão comprometidos com a transformação das suas práticas de trabalho e com o seu processo de saúde. (...) E por isso o planejamento participativo não se limita a juntar o maior número possível de pessoas para garantir que há um processo participativo e de qualidade. O coletivo precisa estar minimamente organizado para

diferenciar-se de uma massa informe e acrítica (PARENTE, 2011, p.57).

Para obter um planejamento participativo no âmbito do empírico é necessário primeiramente estimular a comunicação entre aqueles que serão os atores sociais do processo através da conversa em roda, do “olho no olho”, do sentir como me expresso e como sou percebido pelos que me rodeiam, sejam eles, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentistas, usuários, dentre outros.

Ainda de acordo com Parente (2011), alguns princípios servem para inúmeros serviços e se bem trabalhados auxiliam num planejamento de ações de saúde cada vez mais participativo:

Não perder de vista o ideal de uma sociedade democrática, justa, solidária e cidadã; Reconhecer a complexidade deste processo e da realidade que o mesmo pretende abarcar; Trabalhar com a multideterminação de variáveis que afetam pessoas e sistemas sociais (econômicas, políticas, culturais, religiosas, psicossociais etc.); Adotar a educação permanente como prática de qualificação e de transformação dos processos de trabalho; reconhecer politicamente a experiência do planejamento participativo como um importante espaço de grupalidade (PARENTE, 2011, p. 59).

Gandin (2009) alude, por sua vez, que o planejamento participativo não se limita à participação das pessoas no processo de planejar, mas constitui-se como uma das ferramentas para a transformação da realidade. Para além, o autor traz pontos importantes que diferenciam o planejamento participativo, objeto deste estudo. A saber, que o planejamento participativo não requer lucros ou competições, apenas contribuir para mudanças da realidade social, sendo necessário decidir aquilo que deve ser feito, os motivos para fazer apesar dos recursos serem insuficientes, na maioria dos casos (GANDIN, 2000).

Para tanto, não cabe limitar os tipos de planejamento, pois são em si, ilimitados, conforme Gandin (2001, p. 83) esclarece que “sendo a pessoa humana condenada, por sua racionalidade, a realizar algum tipo de planejamento, está sempre ensaiando processos de transformar suas ideias em realidade”.

1.4. Planejamento no Sistema Único de Saúde

O planejamento para o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma importante ferramenta de gestão. É tratado no item quatro, do anexo da Portaria nº 0399/2006 que dispõe sobre o Pacto Pela Saúde. A referida Portaria estipula em suas diretrizes que o processo de planejamento deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. A portaria aborda cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, sendo “a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a integração dos instrumentos de planejamento, a revisão e a adoção de instrumentos de planejamento, tais como planos relatórios e programações com adequação dos instrumentos legais do SUS; a equidade do processo de planejamento no SUS, dentre outros” (BRASIL, 2006). Dentro dos princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro está explícita a participação social, no entanto essa participação ainda é incipiente, presente mais na retórica que na prática.

O planejamento no SUS constitui uma tecnologia de gestão que deve ser construída coletivamente, agregando as equipes, permitindo o monitoramento e avaliação dos resultados, reconhecendo a existência de conflitos e construindo consensos que permitam avanços na gestão. A união, estados e municípios, tendem a utilizar instrumentos de planejamento que convêm com suas necessidades locais, sejam eles, o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Além disso, a referida portaria, também aborda o fortalecimento do PlanejaSUS, instrumento de planejamento do SUS, que tende a concretizar o planejamento nas esferas de gestão e simultaneamente fortalecer a participação social e a intersetorialidade.

Conforme discutido no tópico de planejamento participativo em saúde, é preciso rever as questões referentes ao planejamento no SUS, uma vez que este deve ser ascendente, do micro ao macro, da realidade vivida pelas equipes de atenção básica, em especial, às das Estratégias Saúde da Família, aos gabinetes

com portas fechadas do Ministério da Saúde. Este planejamento vai muito além do que está nas políticas, normas e portarias, deve ser praticado de forma fiel aos pressupostos democráticos do SUS, com vontade política e mobilização de recursos. Só assim, se constituirá um planejamento com controle social e participação popular de fato.

1.5. Planejamento na Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominada Programa Saúde da Família (PSF) é parte estruturante e prioritária da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria Nº 2.488/2011 (Brasil, 2011). Tal política parte do pressuposto de que a Atenção Primária é a porta de entrada para a reorganização da assistência à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e os determinantes sociais que o permeia.

Está definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, colaborando com a promoção e proteção de saúde, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas populações (BRASIL, 2012). Mendonça (2009) afirma que os sistemas de saúde baseados na atenção primária são muito mais propensos a terem melhores níveis quanto aos atendimentos e à assistência em geral, quando comparado com países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, apoiando o pressuposto de que a saúde está diretamente relacionada com os determinantes sociais, sejam eles, a educação, segurança, modos de vida, hereditariedade, dentre outros fatores.

Vale destacar que a atenção básica sendo considerada “porta de entrada” ao acesso aos serviços de saúde, o número de atendimentos nas emergências das unidades de médio e grande porte seriam significativamente menores, visto que Pires (2010) afirma em sua investigação sobre a oferta e a demanda de maiores níveis de complexidade no SUS e sua relação com a atenção básica, que a oferta da saúde de nível básico, apesar de grande em alguns estados e escassa em outros, como é o caso do Distrito Federal, não amplia o acesso efetivo dos usuários,

levando conseqüentemente a maioria dos problemas de saúde para os hospitais de referência, sendo que alguns teriam sua resolubilidade atendida na atenção básica.

Apesar de a ESF figurar como prioridade no discurso oficial, quando se examina as ações concretas desenvolvidas para honrar essa suposta prioridade, verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas (CAMPOS et al, 2008, p. 8).

A ESF surge da possibilidade de extinguir os paradigmas do modelo biomédico, a partir do empoderamento dos sujeitos e da comunidade com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença. É um incentivo ao auto cuidado, identificando os fatores de riscos e vulnerabilidades a que estão expostos. Tende a evitar que as “portas de entrada” do sistema de saúde sejam nas urgências/emergências. Ainda de acordo com a PNAB, uma das atribuições da Estratégia Saúde da Família é planejar e avaliar as ações de saúde. Diante disso, “a participação da comunidade no cotidiano dos serviços pouco tem influenciado na sua organização e na formulação de projetos e ações atrelados às necessidades da comunidade” (SARTI et al, 2012).

Ao realizarem estudo com o objetivo de conhecer o trabalho de uma equipe de saúde da família quanto à participação da comunidade e a construção de um projeto assistencial, em determinado município de São Paulo, Crevelin e Peduzzi (2005) constatam que

O usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão, não possuindo uma relação direta e cotidiana entre usuário-trabalhador-serviço. No sentido do planejamento assistencial, o trabalho em equipe está “para dentro” da equipe. Ou seja, reproduz o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com” e “decidir com” o usuário e a população (CREVELIN e PEDUZZI, 2005, p. 330).

Diante desse quadro surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da prestação da atenção primária à saúde (BRASIL, 2011). É nesse programa que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se insere na saúde como garantia de acesso e qualidade da assistência primária. Para tanto, é

preciso refletir se é um instrumento de utilização eficaz para avaliar e planejar os serviços que as equipes de Saúde da Família realizam ou é apenas um instrumento burocratizado que garante o repasse de recursos. A decisão sobre o destino dos recursos provenientes do PMAQ é de responsabilidade e autonomia da gestão municipal e por esse motivo, corre o risco de haver vieses.

E por isso a importância de que todos, desde o médico ao usuário, sejam coparticipantes desse processo de construir uma saúde de qualidade e que seja, de fato, efetiva para o indivíduo e para a coletividade. Nesse sentido, o planejamento participativo responde à necessidade de englobar uma conversa que parte dos problemas de saúde que a comunidade apresenta e dirige-se para que esse diálogo institucional propiciado pelo PES representa para a efetivação dos princípios normativos da participação popular e controle social constitucionalmente previsto, bem como, a realização da própria democracia participativa. Isto posto, assume-se a necessidade de analisar a 1ª Oficina de Planejamento Participativo como forma de contribuir para o planejar em saúde da equipe nº 06 da Estratégia Saúde da Família do Paranoá, Distrito Federal, no ano de 2016.

De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2015, a cidade do Paranoá surgiu com a chegada dos primeiros trabalhadores para a construção de Brasília no ano de 1957, com acampamentos na região. Em 10 de dezembro de 1964, com a Lei nº 4.545, foi criada a Região Administrativa do Paranoá de número sete (RA-VII). Ainda de acordo com a PDAD, em 2015, a população aproximava-se de 48.020 habitantes, sendo desse total em sua maioria com níveis baixos de educação. A renda domiciliar apurada na localidade é considerada baixa, sendo que o Paranoá é considerado uma das cidades do DF de mais baixa renda.

A unidade de ESF de equipe nº 06, objeto desse estudo, compreende apenas uma equipe de saúde da família, localizada no centro da cidade de Paranoá. A equipe assiste a seis micros áreas adstritas e organizadas dentre algumas quadras. A ocupação do território por parte da equipe de ESF em questão se deu por questões tipicamente políticas, à época, não havendo critérios específicos para a divisão das quadras que viriam a ser adstritas, segundo informações da chefia da equipe. Além disso, esta equipe é considerada uma das mais antigas da cidade,

quando comparadas com outras existentes na região. A cobertura da assistência abrange 3.693 pessoas e 902 famílias cadastradas, segundo informado pela gerência local da unidade de saúde da família (SIAB, 2014).

A estrutura organizacional e física da unidade se baseia em consultórios médicos, de enfermagem e de dentista. A equipe é composta de um profissional médico, um de enfermagem, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um técnico em saúde bucal, cinco agentes comunitários em saúde (ACS) e profissionais de limpeza e segurança. Os serviços oferecidos pela unidade vão desde os programas da atenção básica como, de hipertensão, diabetes mellitus, crescimento e desenvolvimento de crianças. Os modelos de atenção seguem desde as consultas agendadas, passando pela demanda espontânea, visitas domiciliares e atendimento coletivos em grupos.

2. PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as possíveis reflexões relacionadas à intervenção promovida pelo estágio curricular obrigatório em uma equipe de Estratégia Saúde da Família, no que concerne à realização de Oficina de Planejamento Participativo no Paranoá – DF, no ano de 2015?

3. JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO ESPERADA

Tendo em vista que o planejamento no SUS é uma importante ferramenta de gestão e que, a Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como a porta de entrada para a reorganização da assistência à saúde, este trabalho visa a descrição de uma intervenção realizada no âmbito do estágio obrigatório I na equipe nº 06 da Estratégia Saúde da Família do Paranoá, Distrito Federal, referente ao planejamento participativo. É primordial que esse tema seja enfrentado, uma vez que conjugar os saberes e objetivos assistenciais que a equipe e a comunidade adstrita trazem consigo é uma tarefa que merece ser investigada. Se os usuários dos serviços que a ESF em questão oferece, participam do processo de identificação e solução dos problemas que abarcam o processo saúde-doença deles próprios, a expectativa é que passem a ter cada vez mais o autocuidado tanto individual quanto institucional. O estudo pretende contribuir para a compreensão do planejamento à saúde, suas condicionantes, limitações e especificidades, no processo de gestão dos serviços de saúde.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Analisar a intervenção realizada no âmbito do estágio curricular obrigatório I em uma equipe de Estratégia Saúde da Família, no que concerne ao planejamento participativo no Paranoá, Distrito Federal, no ano de 2015.

4.2. Objetivos Específicos

4.2.1. Descrever o processo de preparação da equipe para a realização da Oficina de Planejamento na equipe;

4.2.2. Descrever a Oficina de Planejamento realizada na equipe de Estratégia Saúde da Família;

4.2.3. Investigar a aplicabilidade da Oficina de Planejamento Participativo realizada.

5. MÉTODO

Este relatório de experiências tem como abordagem metodologia qualitativa na modalidade de estudo de caso descritivo, e caracteriza-se pela análise de uma intervenção, realizada em uma unidade de saúde da família localizada no Paranoá, Distrito Federal, entre os meses de agosto e dezembro de 2015. Tal intervenção buscou realizar a 1ª Oficina de Planejamento Participativo no âmbito da unidade de saúde abordada, relacionando a teoria estudada no contexto acadêmico com a prática desenvolvida ao longo do estágio obrigatório I, disciplina integrante do currículo do curso de Gestão em Saúde Coletiva, ofertado pela Universidade de Brasília (UnB), além de analisar o planejamento, em especial, o participativo.

Considera-se estudo de caso, “uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo (o caso), em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre fenômeno e o contexto puderem não estar claramente evidentes” (YIN, 2015, p.2).

Esse mesmo autor explana a ideia de que os estudos de caso podem ser divididos em exploratórios, descritivos e explanatórios, tendo cada um suas características específicas e para, além disso, essa distinção parte do pressuposto de definir o tipo da questão de pesquisa do estudo, e que em suma podem ou não ter caráter holístico. O tipo exploratório, por exemplo, produz sentido em averiguar informações preliminares sobre o que se vai estudar, com “a finalidade definir as questões ou hipóteses para uma investigação posterior. Isto é, são o prelúdio para uma investigação subsequente, mas não necessariamente um estudo de caso” (Meirinhos & Osório, 2010, p. 57). Os descritivos, por sua vez, são destinados a estudar o contexto, onde se descreve exhaustivamente de um fenômeno (YIN, 1993). E os explanatórios, “procuram a causa que melhor explica o fenômeno estudado e todas as suas relações causais” (Meirinhos & Osório, 2010, p. 57).

No âmbito deste estudo, que pretende descrever a realização de planejamento participativo e suas consequências positivas e negativas, será

utilizado metodologicamente o estudo de caso descritivo, pois conforme o mesmo autor, nesse âmbito se define “o que”, “quem” e “onde” o fenômeno se traduz.

Martins, por sua vez, defende que

Um estudo de caso é uma estratégia metodológica de se fazer pesquisa nas ciências sociais e nas ciências da saúde. Trata-se de uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente. Busca-se apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado (2008, p.11).

A unidade de ESF abordada neste estudo é considerada um campo que, mesmo com sua realidade complexa, houve uma intervenção e por isso

O propósito fundamental do estudo de caso (como tipo de pesquisa) é analisar intensivamente uma dada unidade social (...) quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto de vida real (Godoy, 1995, p. 25).

Yin (2001, p.21) considerado um dos principais autores sobre os estudos de caso, e suas aplicabilidades, consequências, benefícios e variações, explana que é uma “ferramenta de investigação científica, sendo utilizado para compreender processos na complexidade social nas quais estes se manifestam: seja em situações problemáticas, para análise dos obstáculos, seja em situações bem-sucedidas, para avaliação de modelos exemplares”. E ainda em outra versão de sua obra, reflete que um estudo de caso

Permite que os investigadores foquem um “caso” e retenham uma perspectiva holística e do mundo real – como no estudo dos ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos, a mudança de vizinhança, o desempenho escolar, as relações internacionais e a maturação das indústrias (2015, p.4).

5.1. Contexto de Estudo

O campo de estudo foi, especificamente, a equipe nº 06 de Estratégia Saúde da Família localizada no Paranoá, Distrito Federal. Os sujeitos do estudo compreenderam toda a equipe dessa unidade, bem como seu funcionamento da rotina administrativa e assistencial. O Paranoá, assim como as cidades satélites de São Sebastião e Itapoã fazem parte da Região de Saúde Leste do Distrito Federal, campo de prática de estágios e projetos de extensões da Universidade de Brasília, em especial da Faculdade de Ciências da Saúde. Nesse sentido, a intervenção foi realizada nessa equipe, obedecendo a critérios aleatórios de seleção por conveniência, de alocação dos alunos matriculados na matéria de Estágio Obrigatório I, ofertado pelo Departamento de Saúde Coletiva – DSC da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB) que visa a prática de estágio no âmbito da atenção básica vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para a formação de alunos de graduação em Saúde Coletiva.

A relação de ensino-serviço de saúde-comunidade, nesse contexto, se estabelece na medida em que se têm campos de práticas correspondentes com a demanda de alunos. Sua importância parte do pressuposto que o graduando, enquanto futuro sanitário e/ou gestor em saúde possa conviver com a realidade concreta do serviço, em especial, os serviços de atenção básica ofertada pelo SUS, relacionando com toda a formação teórica que obteve ao longo do curso com vistas a ser uma oportunidade de aprendizagem para o serviço e para a academia, simultaneamente. Além disso, o estágio tem o papel formador para o SUS, uma vez que é uma competência profissional dos estudantes desse curso que

É compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar os desafios que se apresentam a prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (ABRASCO, 2015 p. 2).

Em contrapartida, o planejamento das ações de saúde da equipe e unidade estudada, por sua vez, são realizados com anotações nos cadernos de grupos

específicos atendidos na unidade, além de reuniões semanais para designar tarefas aos profissionais para as próximas semanas, além da descrição das atividades a serem realizadas disposta em um quadro branco dentro da unidade, visível a todos os profissionais e usuários.

Apesar da visibilidade desse quadro de ações estar acessível a todos, a definição do que é prioridade de atendimento e assistência é definida pela equipe, em reunião. A população nesse caso é apenas receptora daquilo que já está previamente programado, não obtendo chances de participar do processo de planejar as ações de saúde direcionadas a eles próprios, tema discutido neste trabalho. Por isso, a falta de mecanismos sistematizados para o planejamento participativo em saúde tem em suas causas, nesse contexto, a falta de tempo hábil para sua realização, onde a equipe possui alta demanda comparada ao quantitativo de profissionais da equipe, de acordo com a vivência do estágio. De acordo com a PNAB (2012), cada equipe de ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. O grau de vulnerabilidade de um território deve ser a peça chave para a disposição do número de pessoas a serem assistidas por uma equipe.

No decorrer da vivência do estágio, foi possível perceber, além de muitos outros problemas, a ausência e a dificuldade para que as ações desenvolvidas pela equipe sejam planejadas. O processo de escolha de um problema não é fácil, uma vez que ao adentrar num serviço, é feita observação de como os serviços são realizados e como são os fluxos e processos de trabalho. A seleção dos problemas relevantes a enfrentar deve ser orientada pela missão e pelo conhecimento da realidade (CARDOSO, 2013).

Para tanto, foi proposta à equipe uma metodologia de planejamento participativo capaz de incluir o usuário e os demais atores sociais no processo de planejar em saúde. A experiência nos serviços públicos de saúde traz a possibilidade de presenciar a realidade, integrando a teoria – todos os conteúdos abordados durante o curso – e a prática. É um momento muito rico, pois por meio de estratégias já definidas pela coordenação, permite uma nova perspectiva e um novo olhar sobre aquela realidade, que geralmente se percebe, por meio dos textos e das

discussões dentro da sala de aula. Além disso, traz integração, articulação e aplicação dos conteúdos curriculares em serviços de saúde do SUS, tendo como referência as necessidades de saúde dos territórios, e conseqüentemente, as necessidades de intervenção e de gestão. É um espaço de aprendizagem, com foco nas ações de atenção e gestão priorizadas pelos coletivos dos serviços, buscando beneficiar profissionais e usuários. É ainda uma articulação com outros níveis de atenção, áreas técnicas e redes de atenção e por isso merece reflexão.

6. RESULTADOS

Os resultados comportam informações quanto à intervenção estudada e suas características principais. Além disso, demonstram as ações preparatórias para a Oficina e descreve detalhadamente sua realização. Isto posto, mostram as consequências que a Oficina produziu, sejam estas positivas ou negativas, além de refletir sua aplicabilidade, limites, benefícios e dificuldades, quer sejam, institucionais ou pessoais. Neste sentido, serão apresentados e analisados os resultados assim sistematizados: 1) a Oficina; 2) sua preparação; 3) sua realização; 4) sua consequência, como segue.

6.1. Antes da Oficina

6.1.1. Descrição

O papel do gestor em saúde é amplo, inclui planejar, financiar, contratar serviços; é acima de tudo, um papel político. É necessário que ele articule com os diversos atores sociais de uma comunidade – profissionais e usuários – para que as condições e necessidades de saúde a ela inerentes sejam bem atendidas. Para isso, é necessário que uma equipe de saúde seja integrada e fortalecida no intuito de mobilizar e empoderar a comunidade a participar do planejamento das ações de saúde relacionadas ao processo saúde-doença no contexto do território-processo.

A escolha do planejamento como tema de trabalho foi construída a partir da vivência no estágio e da identificação dos problemas apresentados pelo campo. Foram variados os problemas pertinentes quanto aos serviços ofertados, sendo alguns deles, a logística, a dificuldade em depender de outros setores para tomar decisões; além dos mais variados desafios de manejo da chefia de equipe quanto à distinção entre vida profissional e pessoal dos demais profissionais, e entre profissionais e usuários, pois no caso da atenção básica, é impossível não existir um vínculo maior entre profissional e usuário. No que diz respeito à assistência à saúde

do indivíduo, é tênue o limite de envolvimento dos profissionais na vida pessoal dos pacientes.

Perpassando sobre essas dificuldades encontradas na unidade, foi possível observar também: a ausência de ambiência da unidade e seu conseqüente acolhimento; os processos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; a falta de informatização da unidade (computadores, internet e telefone), dificultando a análise sistemática de dados e alimentação de sistemas por parte dos profissionais da equipe, etc.

Ao longo da experiência do estágio, verificou-se que esses problemas não teriam sua resolubilidade alcançada naquele momento, em virtude de que precisariam do apoio da SES e DIRAPS para resolvê-los. Em contrapartida, alguns deles seriam de certa forma, fáceis de serem resolvidos e que caberia a qualquer profissional resolver e por isso um gestor – acadêmico de Gestão em Saúde Coletiva – com formação voltada para gestão de sistemas e serviços de saúde necessitaria aprofundar seus conhecimentos a partir das informações de saúde que aquela população possui, considerando que um dos elementos fundamentais da gestão é a informação, na medida em que, conforme Giovanella et al. (2012), “a informação em saúde ampara as decisões de gestão ao fornecer conhecimento sobre a realidade socio sanitária e epidemiológica de uma dada população.

Para a escolha do problema de saúde – o planejamento – contribuiu todo o período de estágio, no qual foi possível observar como a unidade se organizava. Aspectos foram evidenciados nesse momento quanto aos processos de trabalho da equipe; a demanda de atendimento; a relação interpessoal entre profissionais e usuários, etc. No levantamento de questões possíveis como tema, a equipe informou não haver problemas de saúde – o que, em si, já se configurou como problema, e suscitou a temática do planejamento participativo.

A ideia da realização da Oficina foi trabalhada com a equipe, ao longo do período de estágio curricular obrigatório, mostrando sua importância, sempre justificada pela literatura científica. Estagiária e Supervisor escolheram artigos científicos que subsidiariam as discussões preparatórias à Oficina e que pudessem ser compartilhados entre a equipe de Saúde como referencial permanente à disposição

da Equipe. A Oficina foi realizada nas últimas semanas do período letivo, nas dependências da Unidade de Saúde em dezembro de 2015. Foi escolhido um dia durante a semana que fosse viável para todos os que participariam da Oficina, com fins de não prejudicar o serviço – Oficina, finalmente agendada no período vespertino, em horário protegido, sem atendimento.

Nesse sentido, no âmbito da realização do estágio, houve sensibilização e acordo com os profissionais da unidade sobre a necessidade de se pensar – e agir – a partir do planejamento participativo. E por isso foram sugeridos alguns textos de apoio que embasaram toda a discussão na oficina, e a reflexão de como os serviços e ações de saúde daquela unidade poderiam melhorar com uma metodologia simples e acessível para se planejar na saúde básica, utilizando o Método Altadir de Planejamento Participativo, que será detalhado mais adiante. A equipe e, em especial, a chefia aprovaram tal escolha e viram a possibilidade de abrir olhares a um novo horizonte que a academia propunha.

Foram feitas entrevistas com os profissionais e usuários, respeitadas as garantias éticas dos sujeitos – sua autonomia, seu anonimato, a confidencialidade dos dados, a gratuidade, consentimento, etc. – com vistas a subsidiar a preparação e as discussões da Oficina, a partir da compreensão dos sentidos do Planejar em Saúde. Com esse objetivo, foram entrevistadas a Médica; a Enfermeira; a Técnica em Enfermagem; um grupo focal com ACSs; um grupo focal com usuários; o Presidente do Conselho Regional de Saúde.

Desse esforço coletivo resultou a realização da 1ª Oficina de Planejamento Participativo (OPP), baseada no Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), configurando-se numa proposta de metodologia formulada por Matus (2007), sistematizada para o planejamento participativo.

Foram organizados os materiais necessários à sua realização, sendo papeis, pinceis atômicos, fitas adesivas, água, cadeiras, mesas, cartolinas, papel pardo dentre outros.

6.1.2. Discussão

No que diz respeito ao planejamento participativo, é necessário que todos os profissionais tenham envolvimento na Oficina, desde a sua origem. Considera-se então, a importância que o MAPP apresenta, pois permite uma compreensão maior do método.

Nesse aspecto, Botti e Scochi (2006) descrevem sua experiência na aplicação do método em uma Unidade Básica de Saúde (UBS): “buscou-se fazer uma discussão sobre suas fases e sua importância, salientando que o desenvolvimento do trabalho necessitaria da compreensão e da dedicação de todos, pois a ansiedade em ver os problemas resolvidos poderia prejudicar o andamento do processo” (p. 113).

No que diz respeito ao vínculo entre profissional e usuário na atenção básica, essa característica é um dos princípios da PNAB (2012), se configurando como um dos caminhos para obtenção do acolhimento na atenção à saúde – sendo visto, portanto, nos termos de Souza et al. (2008, p. S102) como “um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho”. Tal afirmativa confirma o que a Oficina pode oferecer e melhorar: o vínculo entre serviços e usuários.

Campos (1997) destaca ainda que “o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço (...), pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja”.

Há ainda outra vertente que precisa ser explorada, e que muitas vezes, os profissionais de saúde não se dão conta, e acontece muito nas unidades de saúde – Coelho e Jorge (2009) afirmam que, em geral, “o trabalhador da saúde está acostumado com o ambiente de trabalho, não percebe que as pessoas que chegam não estão acostumadas com o ambiente e rotina de funcionamento do serviço.

Contudo, devemos ter consciência do outro em sua individualidade, como ser singular” (COELHO e JORGE, 2009, p. 1529).

Vale dizer: Os usuários dos serviços merecem dos trabalhadores de saúde a atenção necessária à demanda que apresentam.

Ainda relativamente ao vínculo, nesse estudo, na equipe e na unidade observada, foi notório que existe uma nuance de vínculo entre os profissionais da equipe e a população adstrita, porém também foi evidente que as pessoas que vão até a unidade obedecem a padrões organizacionais pré-estabelecidos.

Conforme Coelho e Jorge,

O contato entre profissional e paciente deveria propiciar o conhecimento do usuário e a continuidade de acompanhamento (...) é comum os usuários chegarem para serem atendidos, dirigirem-se à recepção, confirmarem a consulta, irem para a verificação de dados antropométricos e fiquem esperando para serem atendidos nos corredores, sentados em cadeiras ou bancos e, ao serem atendidos, irem embora (2009, p. 1529).

Quanto ao referencial do planejamento participativo que deu embasamento para a realização da 1ª Oficina de Planejamento Participativo, Matus (2007) afirma que se o MAPP – método empregado na oficina – não for bem esclarecido e os atores participantes da oficina não estarem íntimos a ele, é provável que sua função perdesse de certa forma seu sentido, sendo apenas uma referência, deixando de ser uma ferramenta útil e potente para a resolução dos problemas locais da unidade.

No presente estudo, foi relevante entender o passo a passo do MAPP, permitindo uma compreensão maior do método e de sua importância.

Considerando que a Oficina de Planejamento Participativo/MAPP é uma reformulação sintética do Planejamento Estratégico Situacional, tais modalidades de planejamento tem uma pretensão de eficácia, socialmente partilhada.

Lima (2006) descreve que oficinas de planejamento são eficazes, pois enriquecem o processo e tendem a envolver os atores, além de analisar a realidade local concretamente, quesito importante para discussões de pequena escala em unidade básicas de saúde.

Em contrapartida, há dificuldade de planejar a saúde de forma participativa nas unidades de saúde.

Conforme Teixeira (2010), o planejamento para seus muitos atores, possui concepções variadas do tema, e este é um ponto dificultoso para dar continuidade ou até mesmo começar o processo de planejamento.

Diante do exposto, constata-se que o Planejamento Participativo requer vínculo entre profissionais e comunidade, a participação de todos os atores no processo de planejamento, e que o ato de planejar pode ser eficaz, contudo se configura um desafio para o pensar e agir em saúde.

6.1.3. Reflexão

No caso concreto deste estudo, a iniciativa de preparar a equipe previamente à Oficina para um melhor entrosamento e participação na mesma foi mediana, tendo em vista que faltou tempo hábil para a equipe estudar sobre o método empregado e ainda de perceber quais seriam os possíveis impactos positivos e negativos que ela teria.

Considerando a riqueza de conhecimento que o campo oferece ao acadêmico e que, simultaneamente, a academia oportuniza aos serviços e profissionais, seria necessária uma carga horária de estágio superior ao que atualmente é oferecida no curso, para que fosse possível desempenhar tudo que, ao longo do estágio, foi proposto como experiência formativa e integrativa de serviços, academia e comunidade. Seria ainda desejável promover meios de reunir a equipe com mais frequência para discussão da Oficina de Planejamento. Tais dificuldades, ainda que aparentemente sutis, podem-se considerar prejudiciais para todos os atores envolvidos, pois tendem a limitar suas ações.

Por outro lado, foi ponto assertivo da Oficina, a possibilidade de criar um espaço institucional que produz vínculo entre profissionais e pacientes, dando sentido à empatia com aquele que procura os serviços de saúde, muitas vezes leigo nos assuntos acadêmicos. Por isso, cabem aos profissionais detentores desses conhecimentos, entender que o usuário necessita de um serviço – e além do próprio

serviço, ele necessita ser acolhido, escutado e ter suas solicitações atendidas o quanto antes, sejam estas de saúde ou socioeconômicas. Nesse segundo caso, caberia aos serviços de saúde encaminhamento para os serviços da assistência social ou outros programas que a equipe achasse necessário.

Para tanto, é função de cada participante no processo de assistir a saúde, e principalmente, de planejar a assistência, ter uma visão geral dos problemas que o território apresenta à Unidade, considerando sua realidade local, a partir de informações prévias da situação de saúde.

Além disso, é primordial analisar uma realidade e descrevê-la, a partir de conhecimentos empíricos e acadêmicos, tendo como base a empatia, o acolhimento, o vínculo e a reciprocidade de atender o usuário com qualidade, em suas diversas especificidades. A este referencial teórico-prático se juntam as dificuldades de planejar a saúde em nível local – o que exige métodos claros, simples e acessíveis à profissionais, acadêmicos e comunidade.

6.2. Durante a Oficina

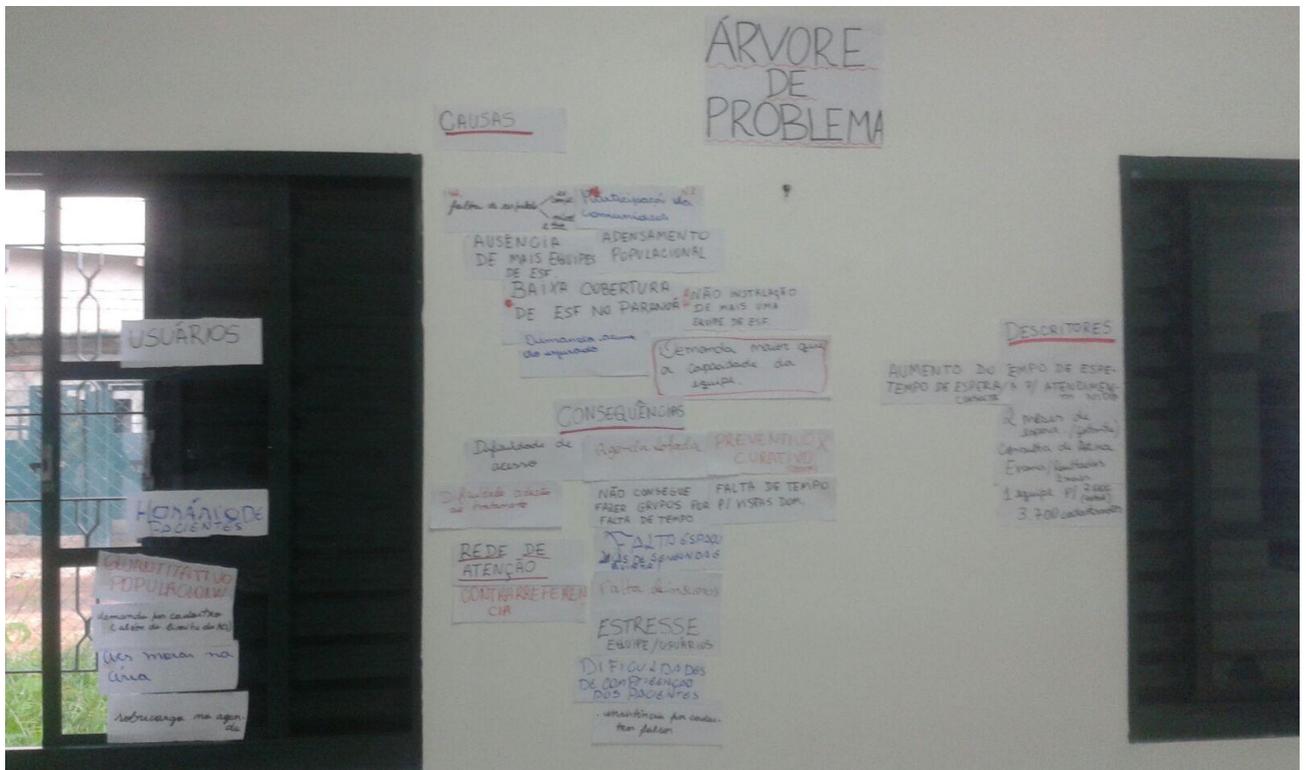
6.2.1. Descrição

Na oficina, os participantes foram todos os profissionais da unidade de saúde – Médica, Enfermeira, Técnica em Enfermagem, Agentes Comunitárias de Saúde, Dentista, Auxiliares de Saúde Bucal, e profissionais de serviços gerais de limpeza e segurança - esta estagiária e o orientador do estágio como facilitadores da Oficina, e um usuário, membro recém-eleito Presidente do Conselho de Saúde do Paranoá. Baseada no Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) criado por Carlos Matus (2007) e baseado nos princípios do PES.

No MAPP há uma sequência de passos a serem seguidos, que é caracterizado por Tancredi (1998), Tancredi (2006) e Barimacker (2012), inicialmente pela seleção dos problemas que a unidade de saúde apresenta.

No caso da unidade em questão, todos os participantes elencaram diversos problemas conforme a figura 1.

Figura 1 – Árvore de Problemas



Fonte: Fotografia feita pela estagiária na 1ª Oficina de Planejamento Participativo na ESF/Paranoá.

Alguns deles foram: os horários que os pacientes chegam à unidade, que é sempre muito cedo, mesmo sendo informados do horário de abertura e início dos atendimentos e conseqüentemente, tendem a sempre reclamarem da demora em serem atendidos e com isso, toda a equipe já fica tensa.

Outro problema elencado se dá pelo quantitativo populacional que devem ser atendidos por essa única equipe, que conforme já explicitado, a demanda é superior à prescrita pela Política Nacional de Atenção Básica. A sobrecarga da agenda de atendimento e o fato das ACS's residirem na área de atendimento, onde muitas vezes perde-se a liberdade da vida pessoal, conforme já explanado nesse estudo. Esses foram alguns problemas elencados para a montagem da árvore de problemas e o prosseguimento do método. Levantá-los só se faz possível com o conhecimento da realidade local.

A descrição desses problemas elencando seus objetivos e criando indicadores locais de saúde e a explicação dos mesmos através do desenho da “Árvore Explicativa” ou “Árvore de Problemas” constituem-se, respectivamente, como os passos 2 e 3. Na unidade foi levantada como algumas causas dos problemas apresentados, a ausência de mais equipes de ESF na região, a baixa cobertura de ESF do Paranoá, a falta de participação da comunidade e no geral, o que mais apareceu foi a demanda maior que a capacidade da equipe.

Como consequências desses problemas, têm-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte dos usuários, a agenda lotada, não permitindo novos atendimentos, a falta de tempo hábil para as visitas domiciliares e realização frequente de grupos de gestantes, hipertensos entre outros. Além do estresse da equipe e usuários, a dificuldade que os usuários têm de compreender o lado dos profissionais, a falta de espaço físico na unidade e de insumos, e ainda a questão que o serviço arrisca-se a ser curativo, deixando de lado, de ser preventivo, de acordo com relatos dos participantes na Oficina.

Os passos seguintes baseiam-se, principalmente pela definição das mudanças a serem alcançadas, que na unidade foram destacados com o incentivo à participação da comunidade, principalmente, nos conselhos de saúde, pois são nesses espaços que eles têm voz. E ainda realizar um acordo do Conselho de Saúde local com a DIRAPS para negociar a implantação de mais equipes de ESF na região.

A seleção de nós críticos, também se constitui como um dos passos do MAPP, que na Árvore de Problemas explanada na unidade, apareceram a demanda exacerbada para uma só equipe atender, a dificuldade da referência e contra referência da Rede de Atenção de Saúde do Paranoá.

O passo seguinte constitui-se com o desenho das ações a serem realizadas e a definição das responsabilidades para ação, bem como dos atores envolvidos que estarão encarregados para a ação, conforme figura 2.

Figura 2 – Ações pactuadas e definição das responsabilidades

<u>AÇÕES</u>	<u>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</u>	<u>PRAZOS</u>	<u>OUTROS ATORES</u>
AUMENTAR RESPALDO/DIRAPS	NEGOCIAR O CONSELHO E DIRAPS.	Reunião 16/12 14h30	EQUIPE +
Apresentar o Conselho de Saúde do Paraná	Incentivar a participação da comunidade no Conselho de Saúde	A PARTIR DE AMANHÃ	CONSELHO +
	PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE NOS CONSELHOS.	16/12 14h30	COMUNIDADE +
			DIRAPS -

Fonte: Fotografia feita pela estagiária na 1ª Oficina de Planejamento Participativo na ESF/Paranoá.

Na Oficina, ficaram como responsáveis por negociar com o Conselho de Saúde e a DIRAPS, uma das pessoas da chefia da equipe, que é a enfermeira, juntamente com uma das técnicas de enfermagem. Quanto ao prazo, seria na reunião do Conselho que se realizaria nas próximas semanas e como outros atores, entraria toda a equipe. Para a ação de incentivar a participação da comunidade, toda a equipe se responsabilizou a partir do próximo dia de atendimento juntamente com outros atores que poderia ser o conselho de saúde regional. Outra ação foi a participação da equipe no conselho, que é escassa, e como responsáveis foi pactuado com toda a equipe, para que participassem através de escalas pré-definidas. Nesta ação, a DIRAPS entraria como os outros atores.

É importante ressaltar, de acordo com os autores citados anteriormente, que calcular os recursos necessários e definir os atores responsáveis pelo controle desses recursos e identificar o impacto que cada ação pode provocar, também faz parte do passo-a-passo desse método. Ele se encerra com a seleção de trajetórias

de acordo com a realização das ações e suas etapas, com a análise da vulnerabilidade do plano e o desenho do sistema de prestação de contas.

A disposição da Oficina compreendeu todos os participantes sentados, e em roda, permitindo que todos tivessem visualização de todos que lá estavam. Os cartazes e papéis pardos, em branco, foram dispostos nas paredes da sala e em altura visível a todos. Cada participante recebeu tarjetas em branco e um pincel atômico para descrever, conforme o método, o problema em uma ou duas palavras. No início os participantes ficaram intimidados, mas conforme a Oficina foi dando andamento, começaram a ficar mais entrosados e entrar no ritmo, participando efetivamente. No fim, foram feitos comentários gerais sobre toda a oficina. Foi perguntado aos participantes suas considerações gerais sobre a oficina, a fim de verificar os pontos positivos e os que são suscetíveis de melhorar. Além disso, de possíveis realizações de próximas oficinas.

Quanto ao modo de disposição dos participantes na Oficina, em roda, é considerada uma ferramenta de trabalho que

São destinadas não somente a transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, mas também visam à articulação individual, atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004, p. 10).

Para Coelho, as discussões em roda resolvem-se por ser um

Método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que os trabalhadores podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. O objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação (2007, p. 2).

Já para Damasceno et al (2010, p. 65), “as rodas de conversas se mostram eficazes para incluir os moradores da comunidade na reflexão e no debate a respeito do controle social, possibilitando a inclusão dos sujeitos nas questões relativas à sua participação nas ações de saúde”.

Para tanto, é possível constatar a importância da conversa e das decisões serem tomadas, no âmbito de uma unidade básica de saúde, de forma que todos os

protagonistas do processo de planejar a saúde tenham o empoderamento necessário para opinar e decidir sobre a saúde que lhes será ofertada, em especial, os usuários. As discussões em roda, permite no âmbito primário da saúde, uma melhor participação de todos, daí a necessidade de o método proposto à equipe ser realizado em roda.

Considera-se, que a Oficina foi um processo de ensino-aprendizagem no que tange a refletir sobre o planejamento da saúde daquela unidade e de sua população adstrita. O processo de promover e prevenir a saúde – áreas estratégicas da atenção básica -, e recuperar a saúde passa por uma aprendizagem, onde profissionais, usuários e gestores são protagonistas. Chieza et al (2007, p. 238) afirma que “profissionais de saúde e população são sujeitos do mesmo processo, pelo qual se estimula o fortalecimento de cada pessoa, individualmente e em grupos organizados.” A mesma autora destaca ainda que

Para que um grupo seja efetivo em promover mudanças e transformações, ele precisa ser planejado, ter objetivos determinados e estabelecer um contrato entre os participantes e seu coordenador. Este atua como mediador do grupo, dentro de um ambiente agradável e empático, respeitoso e ético, possibilitando a exposição e discussão entre todos, a partir de diferentes percepções e vivências (CHIEZA et al. 2007, p. 238).

Considerando a seleção por conveniência para o campo de estágio, permitindo esta intervenção, vale ressaltar que apesar dos constantes esforços que alunos e professores têm feito para aumentar a grade horária de estágios do curso de Gestão em Saúde, as oito horas semanais são insuficientes para apreender todo o funcionamento da uma unidade de saúde.

Em uma experiência, do curso de fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina - campus Tubarão, mostrando os desafios da inserção de profissionais de fisioterapia em Unidades Básicas de Saúde, Silva & Ros (2007, p. 1680) destacam “a necessidade de inserção de atividades voltadas à atenção básica, aproximando os alunos da realidade, ainda que de forma gradual, no decorrer do curso”.

Esse âmbito merece ser estudado, uma vez que os estágios do curso de Gestão em Saúde Coletiva são ofertados apenas nos últimos módulos do curso, tendo a necessidade de aumento da carga horária e serem divididos ao longo do curso.

Os currículos devem passar por uma adequação regional, incluindo experiências práticas desde as fases iniciais do curso, a fim de preparar o aluno para os estágios, pois uma metodologia de ensino que desvincule a teoria da prática desmotiva o aluno e dificulta o processo de ensino-aprendizagem, além da insuficiência do preparo para a atuação na saúde coletiva e ao estágio como principal momento para tal prática (Silva & Ros, 2007, p. 1677).

6.2.2. Discussão

O MAPP se configura como

Um método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados. É simples e criativo, elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação, a partir de uma base popular. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas, em contraposição à atitude de geradores de demandas e de soluções (TANCREDI, 1998, p. 39).

Apesar de basear-se no PES, Matus (2007) diferencia esses dois métodos de planificação. O primeiro se destaca por abordar o planejamento em nível diretivo, com níveis e abordagens mais complexos. O MAPP por sua vez se destaca por ser adaptável para nível local e mais simples de realizar. Esse método de planejamento, como todo método, possui um passo-a-passo para que os atores que nele se espelham, possam se orientar e diminuir erros.

Além disso, constitui-se como um instrumento de mudança de paradigmas já definidos adaptáveis a uma determinada realidade local, dominando um processamento prático-operacional, destacando que os processos de seleção, análise e possíveis resoluções dos problemas se dão por discussão em grupos de trabalho (MATUS, 2007).

Quando o método é seguido às riscas, ele tende a ser eficaz, mas isso não significa que simplificá-lo de acordo com a realidade do município, da unidade e da população, estará sujeito a vieses. Para comprovar isso, seriam necessários estudos aprofundados sobre o tema.

Como limitação, Aguiar (2006) salienta que o método reduz-se ao enfrentamento de problemas e suas complexidades peculiares locais. Com o intuito de averiguar as representações que o planejamento participativo possui para os atores envolvidos nesse processo, a avaliação, por sua vez, deve assinalar os avanços obtidos, os obstáculos que dificultam o trabalho e as medidas desencadeadas para corrigir os desvios.

Nas organizações de saúde (burocracias profissionais), o modelo de planejamento e gestão tem o desafio de combinar liberdade (autonomia e participação) com controle (monitoramento e avaliação), bem como ação normativa com ação criativa e inovadora (SOUSA, 2014, p. 405).

O MAPP também pode ser utilizado como estratégia de ensino.

Baldissera e Goés refletem, na aplicação do método como instrumento de gerenciamento na enfermagem experienciado no estágio interdisciplinar do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Estado do Paraná-Brasil, constataram que além de ser um método para planejamento a nível local, ele pode ser utilizado para outros níveis de gestão em saúde, e fortalecendo não só o vínculo do serviço com os usuários, mas também do serviço com a academia “culminando em melhoria do trabalho em equipe e formação profissional do futuro enfermeiro” (2012, p.257), favorecendo a teoria e a prática.

6.2.3. Reflexão

Dentre as mais diversas funções, o método produzido na oficina em questão contribui para a participação popular porque respeita a visão que a população tem dos problemas locais que a afeta, cria um compromisso muito forte

da população com análise dos problemas que realiza e as soluções que ela mesma propõe, além de facilitar a parceria da comunidade com os gestores públicos e forças políticas, promovendo a descentralização.

A oficina também produziu produtos a partir da análise de problemas, bem como ações pactuadas pelos atores envolvidos no planejamento da unidade. Como resultados imediatos, além da definição de problemas, foi possível designar atores que pudessem ir atrás das possíveis soluções dos problemas, dentro da governabilidade da unidade, promovendo a responsabilização dos sujeitos no processo de planejar a saúde da unidade. Foi pactuada com a equipe uma possível realização de outra oficina na unidade, porém sem datas previamente definidas.

Pode-se observar, portanto, que quando a equipe e os usuários participam do processo de levantamento de problemas, e não só de elencá-los, definindo suas causas, consequências, direcionando responsáveis, prazos e atores para mudar a situação atual, são de extrema relevância, pois conseguem perceber, a partir da reflexão, que planejar a saúde e as ações que desenvolvem no cotidiano não é uma dificuldade exacerbada, conforme protocolos e regras já estabelecidos promovem. Mas que planejar, incluindo o usuário e as vivências que ele traz faz parte do processo que é comum a todos, e não só a um âmbito governamental, mas é intrínseco à realidade local.

Além disso, é veemente que de acordo com que os problemas foram sendo levantados, na construção dos nós críticos, sempre aparecia os mesmos problemas, só que elencados de forma diferente pelos participantes da Oficina. Isso demonstra a interação que essa equipe possui, pois está constituída da mesma forma e com os mesmos profissionais, há alguns anos. Constata-se também que as reuniões semanais de equipe que são realizadas, favorecem esse contato, criando laços pessoais que tendem a conduzir a criação de vínculos mais fortes entre os profissionais criando espaços de trabalho na unidade de colaboração de todos os pares.

6.3. Depois da Oficina

6.3.1. Descrição

Passados aproximadamente oito meses após a realização da 1ª OPP averiguou-se que apesar de ter sido produtiva para a equipe abrir um novo olhar de planejar a saúde, incluindo ainda mais a população nesse processo, não foi realizada nenhuma outra oficina desde então.

As ações pactuadas na 1ª OPP, não foram executadas, pelo fato da equipe estar altamente sobrecarregada, com uma demanda, como sempre superior, para a quantidade de profissionais da equipe, conforme já explanado neste estudo, dentre outras razões.

Uma das profissionais da equipe destacou alguns dos motivos da não execução do que havia sido pactuado, de que além do fator da demanda excessiva, a dificuldade em trabalhar na unidade básica de saúde com as constantes pressões da Secretaria de Saúde –SES – e as crises políticas que o Brasil, e consequentemente, o Distrito Federal, têm passado, têm agravado a realização dos atendimentos, abarcando todo o tempo dos profissionais da unidade, não permitindo que algum período esteja disponível para a realização de outra oficina, bem como de colocar em prática o que foi definido na 1ª OPP.

Além disso, é possível verificar que todo e qualquer processo de mudança conduz a dúvidas, e é proveniente do medo do desconhecido, e por isso apresenta dificuldades a serem superadas, talvez seja um dos motivos que também colaborou para a não realização do que foi pactuado e de outras oficinas, até então.

Há ainda a tensão que é sempre existente entre planejamento normativo e participativo, onde as instituições de saúde, geralmente pautadas por modelos e gestão arcaicos não introduzem os usuários no processo, com vista a temerem uma mudança nos padrões já estabelecidos, dificultando a aplicabilidade do método.

Ademais, foi perceptível que o planejamento é realizado de uma forma centralizada na equipe e na demanda percebida também, pela própria equipe, não

obstante, “democratizando a gestão e com fins de reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde” conforme Paim (2006) destaca.

6.3.2. Discussão

A aplicação do MAPP como ferramenta de planejamento participativo requer disponibilidade, tempo e vontade de todos os atores a serem envolvidos no processo. É o que Botti e Scochi ao aplicarem o método em uma UBS, buscando a cogestão e a efetivação do controle social, a fim de contribuir para o desenvolvimento de processos de trabalho que busquem a efetividade do SUS, constataram. Sendo eles, alguns obstáculos para a aplicação do mesmo, onde há uma aproximação da realidade local da unidade referida neste estudo, comprovando a importância da participação e interação entre atores envolvidos, sendo eles

A falta de interação entre os trabalhadores, o relacionamento distante e desarticulado entre trabalhadores e comunidade, a existência de um modelo de assistência médico-centrado, a acessibilidade de assistência reduzida unicamente ao agendamento de consultas médicas, além da inexistência de espaço próprio para reuniões entre os trabalhadores da UBS e a comunidade com a finalidade de discutir questões relacionadas ao atendimento e buscar soluções coletivas (2006, p.111).

Jacques et al (2008) em uma experiência com o MAPP em 1994, com o intuito de organizar um grupo de trabalho para a realização da I Conferência Municipal de Políticas para a Infância e Juventude/Pacto pela Infância em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, destaca que o método é de suma relevância, pois permite adaptação para a realidade do contexto em que será inserido, não desabilitando-o de suas características principais. Mas, além disso, destaca dificuldades, no que diz respeito por ser

Um método novo para a maioria e pouco tempo de trabalho conjunto, a utilização deste enfoque metodológico ajudou o grupo a “organizar suas ideias”, discernindo melhor os objetivos de uma conferência desta natureza, os problemas a serem superados para sua execução e as formas organizativas a serem adotadas para viabilizar os resultados esperados (JACQUES et al, 2008, p. 150).

É possível constatar, ainda que a vontade de realizar o planejamento não é suficiente quando se têm limitações plausíveis de realizá-lo, destacando para o que Matus (2007) afirma que uma das maiores dificuldades do método utilizado na oficina – MAPP – são os conflitos existentes nos âmbitos superiores aos de nível local, que por vezes, tem seus próprios interesses e depende da equipe e do grupo de trabalho que está desenvolvendo a oficina enxergar esses atores como possíveis aliados ou oponentes, pelo fato que determinados problemas têm resolubilidade em níveis mais elevados.

No caso desse estudo, seria a Secretaria de Saúde, as Gerências de Saúde no nível do Paranoá – DIRAPS -, além do Governo do Distrito Federal e suas instâncias. Como prova disso, Paim (2006) relata sobre a normatização dos processos de planejar que tendem a dirimir as ações de saúde onde

O formalismo dos procedimentos do planejamento tem conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90, a existência de uma bateria de portarias (normas operacionais, agendas, pactos, etc.) e o uso do planejamento para a captação de recursos terminam favorecendo um comportamento ritualístico sem grandes compromissos com a solução dos problemas. Isto pode estar levando a certo descrédito do planejamento, adjetivando-o de “teórico”, pois a prática seria outra coisa (PAIM, 2006, p. 6).

Sobre as consonâncias dos planejamentos normativo e participativo, Moura (1997) destaca que a distinção do planejamento normativo para o participativo se dá pelo fato de que o primeiro exclui o sujeito da relação com o objeto a ser planejado, enquanto o segundo explicita que sujeito e objeto são interligados e não são capazes de se representarem separadamente.

Rivera (1995) complementa destacando que o planejamento normativo, em planificação é

É um enfoque técnico-econômico que lida com a realidade como problemática bem estruturada, onde o enfoque estratégico se constitui como uma crítica ao enfoque normativo, por ser este último um enfoque monológico, comportamental, e por supor exclusivamente os fins do Estado. Como reação ao economicismo do normativo (muito mais preocupado com a racionalidade dos meios), o

enfoque estratégico irá realçar a importância do elemento político-interativo (p.53).

Paim (2003) afirma, portanto, que os processos de planejamento em saúde no Brasil não têm ainda em suas raízes, a questão da democratização que a Reforma Sanitária Brasileira ocorrida em meados de 1986 destaca, pelo fato de que ainda não se tem um “compromisso fortalecido com os usuários e com a emancipação destes”.

6.3.3. Reflexão

Para tanto, pode-se observar que apesar da equipe ter o desejo de planejar as ações de saúde, de forma participativa, a sobrecarga de serviço, as cobranças da hierarquia administrativa, as mudanças políticas, dentre outros fatores, tendem a limitar um processo que traria benefícios não só para equipe, na execução de suas ações de saúde, mas principalmente, para os usuários que são os protagonistas do processo da assistência à saúde.

Sendo assim, os atores que devem participar do processo de planejamento devem ser dentre os mais importantes, os usuários dos serviços de saúde. Essa questão refere-se à coparticipação no processo de gestão, sendo pouco utilizada pelas unidades de saúde em geral, em especial, a equipe descrita neste estudo, conforme Campos (2000b) exprime que

O planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção. Da parte das pessoas que se vinculam aos serviços e equipes de saúde, a gestão participativa decorrente da diretriz da participação da comunidade no SUS pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo na conquista do direito à saúde (p. 1021).

Em contrapartida, não cabe a ninguém culpabilizar os profissionais que não desenvolveram o que foi pactuado na 1ª OPP, pois só quem está inserido no serviço conhece a realidade do local, das pessoas que interage e das situações que acontecem.

Por isso, incentivar e mostrar janelas de conhecimento, e para, além disso, formas de assistir à saúde com qualidade, de planejar as ações, de conhecer a equipe a qual se trabalha, de conhecer além de tudo, as necessidades que aquela população, que depende do serviço que é ofertado, é, de fato, o melhor caminho a ser direcionado.

Tendo em vista que a academia, através da realização do estágio, fez seu papel nos serviços de saúde da região do Paranoá, se faz necessários estudos aprofundados sobre a interação e os impactos positivos e negativos de fundir os conhecimentos acadêmicos e dos serviços, com o apoio da universidade e do departamento de ampliar a carga horária para a realização do mesmo, e de buscar campos de estágios variados para atender a necessidade de conhecimento prático que acadêmicos possuem.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo geral, analisar a intervenção realizada no âmbito do estágio curricular obrigatório I em uma equipe de Estratégia Saúde da Família, no que concerne ao planejamento participativo no Paranoá, Distrito Federal, no ano de 2015.

E como objetivos específicos, descrever o processo de preparação da equipe para a realização da Oficina de Planejamento na equipe; descrever a Oficina de Planejamento realizada na equipe de Estratégia Saúde da Família; e estudar a Oficina de Planejamento Participativo realizada em suas consequências positivas e/ou negativas.

Quanto ao processo de preparar a equipe de forma conjunta para a realização da Oficina, verificou-se que foi de importância peculiar, pois compreendeu um mecanismo realizado coletivamente permitindo conhecer ainda mais profundamente a realidade da unidade de saúde, dos usuários e dos serviços que são oferecidos.

Quanto à descrição da Oficina, verificou-se que seguir o passo a passo do MAPP, e desenvolvê-lo junto à equipe, além de averiguar sua percepção sobre o método empregado foi conveniente à situação de saúde que o território apresenta e que a equipe comporta.

Já quanto ao estudo das consequências positivas e negativas da Oficina, verificou-se que ela pode ser um mecanismo efetivo de planejar a saúde em nível local, mesmo com limitações burocráticas que a equipe encontra para a resolução dos problemas elencados.

Desta forma em resposta à pergunta de partida, conclui-se que a Oficina de Planejamento Participativo tende a ser uma forma de refletir sobre o principal problema que uma equipe encontra em ofertar a saúde a um dado território, e que a academia, pode auxiliar positivamente este processo.

Cabe últimas considerações, que é inerente ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde, refletir sobre como o planejamento se traduz nas suas mais diversas variações. Nesse intuito, este trabalho visou apresentar as interfaces

de uma proposta de metodologia de planejamento participativo, capaz de incluir efetivamente o usuário. Quando se é colocado em prática as prerrogativas do processo em si, o planejamento de fato acontece e as ações de saúde tendem a serem operativas e competentes.

Considera-se, portanto, que estagiar em uma unidade de saúde como acadêmico e perceber a realidade que se encontra o atual cenário político do Distrito Federal, e além dos sucessos e insucessos de se trabalhar com pessoas, e com demandas específicas dessas e, além disso, como os profissionais intermediam todas essas prerrogativas são de caráter relevante, que merece destaque e além de tudo, estudos aprofundados.

Além disso, verifica-se a importância de preparar um grupo de pessoas antes de realizar qualquer intervenção no meio em que estão inseridas. Nesse caso, a equipe e os usuários foram previamente esclarecidos sobre a Oficina de Planejamento, fortalecendo a participação ativa dos mesmos, corroborando como uma assertiva da Oficina.

Intervir em uma realidade não é nada fácil, pois padrões e modos de trabalho já foram estabelecidos, e a resistência que poderíamos encontrar não seria novidade. Porém, intervir e deixar uma “semente” da academia e dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação traduz a necessidade de ampliar o acesso de estudantes no serviço, com ganhos não só para a academia, mas para os serviços e a população.

Apesar das dificuldades de dar continuidade ao que foi pré-estabelecido na 1ª OPP, e realizar tentativas de novas oficinas, consideramos que foi um avanço ter a liberdade de explanar outro olhar de planejar a saúde, sustentado em um modelo já estabelecido de planejar a saúde, deixando “esse fruto” à disposição, que por ser simples de realizar, garante participação efetiva dos profissionais da equipe e dos usuários, além de ofertar resolubilidade aos problemas que surgirem.

Far-se-ia necessário, portanto, constantes realizações de oficinas como a que foi realizada e a execução do que foi pactuado para que se analisassem os efeitos negativos e positivos da mesma, e se de fato, é colaborativa para unidades básicas de saúde.

Refletir sobre a assistência à saúde básica, sobre os mais variados tipos de planejamento e quais deles instrui para a participação da comunidade, além de conhecer suas limitações e potencialidades contribui para que os serviços melhorem, as pessoas sintam-se empoderadas, participativas e protagonistas de uma causa que é não é individual, mas coletiva.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Fórum de Graduação em Saúde Coletiva. **Diretrizes Curriculares Nacionais – Versão Preliminar**. 2015. Disponível em < <http://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/04/MINUTA-DE-RESOLU%C3%87%C3%83O-DCN-versao-10.04.pdf>>.

AGUIAR, G. N. et al. **Planejamento Participativo Realizado em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família**. Revista APS, v.9, n.1, p. 45-49, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Planejamento.pdf>

ARTMANN, Elizabeth. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.

BARBALHO, C. R. S. **Planejamento Estratégico: uma análise metodológica**. Inf., Londrina, v.2, n.1, p.29-44, jan./jun. 1997. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/viewFile/1608/1363>

BELCHIOR, Miriam. **A aplicação do Planejamento Estratégico Situacional em governos locais: Possibilidades e limites - os casos de Santo André e São José dos Campos**. São Paulo: EAESP/FGV, 1999. 102p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Política Urbana).

BOTTI, Maria Luciana, SCOCHI, Maria José. **O Aprender Organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde.** Saúde e Sociedade v.15, n.1, p.107-114, jan-abr 2006.

BRASIL. **A Gestão do SUS In: CONASS para entender a gestão do SUS.** 1ª Ed. 133 p. Brasília, 2015.

BRASIL. **Planejamento na Atenção Básica. In: Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.** Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2013.

BRASIL. PlanejaSUS. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização.** Ministério da Saúde Organização Pan-Americana da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009, p.23-24. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Série E. Legislação em Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 Out. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

BRASIL. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização.** Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, DF, 2009.

CAMPOS, GWS, Domitti AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev., 2007.

CAMPOS, GWS, et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família.** In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Guerrero, André Vinicius Pires. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo, HUCITEC, 2008. P. 132-153.

CAMPOS, GWS. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas.** O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

CAMPOS, R. O. **Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso.** Cad. Saúde Pública, 16(4), pp. 1.021-31, 2000b.

CARDOSO, Antônio José. **Planejamento Participativo em Saúde**. Versão 10/08/2013. Brasília, 2013.

CARTA DE VITÓRIA. **Espírito Santo: Congresso Brasileiro de Ensino em Fisioterapia**; 2003.

CHIEZA, A. M. et al. **A Formação De Profissionais Da Saúde: Aprendizagem Significativa À Luz Da Promoção Da Saúde**. *CogitareEnferm*. 2007 Abr/Jun; 12(2):236-40.

CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios –PDAD**. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, 2015. Disponível: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2015/PDAD_Paranoa_2015.pdf

COELHO MO, Jorge MSB. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1523-1531, 2009.

COELHO, D.M. **Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa**. In: *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Rio de Janeiro/RJ, 2007.

CREVELIM, M. A. e PEDUZZI, Marina. **A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre**

trabalhadores e usuários?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2): 000-000 2005.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2>

DAMASCENO, S. S.; BRITO, K.K.G.; MONTEIRO, C.H.. **Fomentando o controle social em rodas de conversa com usuários de uma unidade saúde da família.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. v. 34,11.84, p. 59-66, jan.mar. 2010.

DE FREITAS GÓES, Herbert Leopoldo, AntoniassiBaldissera, Vanessa Denardi. **O Método Altadir de Planificação Popular como instrumento de ensino da gerência em enfermagem.** *Investigación y Educación en Enfermería*. 2012.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral.** São Paulo, Atlas, 1965.

GANDIN, Danilo. (2000a). **A Prática do Planejamento Participativo.** Petrópolis: Vozes, 8ª ed.

GANDIN, Danilo. **A Posição do Planejamento Participativo entre as Ferramentas de Intervenção na Realidade.** *Currículo sem Fronteiras*, v.1, n.1, pp.81-95, Jan/Jun. 2001.

GIOVANELLA, Ligia. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa.** *Cad. Saúde Pública* vol.6 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 1990.

GIOVANELLA, Ligia., et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2nd ed. rev. and enl. 1100p.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisas Qualitativas, tipos fundamentais.** Revista de Administração de Empresas São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29. São Paulo, 1995.

HUERTAS, Franco. **El método PES Planificación Estratégica Situacional – Entrevista a Carlos Matus.** Editora Cereb.

JACQUES, MGC., et al. org. **Relações sociais e ética.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

JESUS, WLA, Assis MMA. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(1): 161-170 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>

KOTLER, Philip. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle.** 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1992.

LANA, F.C.F., GOMES, E.L.R. **Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira.** Rev.Latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, janeiro 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a09.pdf>

LEEVEY, S. e Loomba, N. P. **Health Care Administration: A Managerial Perspective,** Philadelphia, Leppincott, 1973.

LIMA JC et al. **Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(3):631-641, mar, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n3/18.pdf>

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de Caso: Uma estratégia de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de Caso: Uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil.** RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP, v. 2, n. 2, p. 8 - 18 jan./abr. 2008.

MATUS, C. **Política y Plan.** IVEPLAN, Caracas, Venezuela, 1982. 186p.

MATUS, Carlos. **Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma.** Caracas: Fundación ALTADIR, 1997. 261p

MATUS, Carlos. **MAPP Método Altadir de Planificación Popular.** Lugar Editorial. Buenos Aires, 2007.

MATUS, Carlos. **Teoria da ação e Teoria do Planejamento,** in: C. Matus. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1996a, pp. 81-98

MEIRINHOS, Manuel; OSÓRIO, António. **O estudo de caso como estratégia de investigação em educação.** EDUSER: revista de educação, Vol 2(2), Bragança, 2010.

MOURA, Gilnei Luiz. **Planejamento estratégico e planejamento participativo na gestão municipal: o caso do município de Porto Alegre - gestão 1989-93.** RIO DE JANEIRO 31(-):23-41. JUL./AGO. 1997 p. 25-27.

OLIVEIRA, Djalma de P. R. de. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas.** 20. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico: conceito, metodologias e práticas.** 7.ed. São Paulo : Atlas, 1993. 286p.

PAIM JS & Teixeira CF. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte.** Rev Saúde Pública 2006; 40(N Esp): 73-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625>

PAIM, J. S. **Planejamento em Saúde para Não Especialistas.** In: Campos, Gastão Wagner. Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. 767-782

PARENTE, J. R. F. **Planejamento Participativo em Saúde.** SANARE, Sobral, v.10, n.1, p.54-61, jan./jun. 2011.

PIRES, MRGM et al. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1009-1019, 2010.

POSWAR, F. O. et al. **Planejamento participativo e interação comunitária na Estratégia Saúde da Família**. Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes (Brasil). EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires – Ano 18 – Nº 181 -Junho de 2013.

SARTI et al. **Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família**. Cad. Saúde Pública vol.28 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2012.

SCHIMITH, M.D;LIMA, M.A.D.S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SILVA, D. J.;DAROS, M. A. **Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(6): 1673-1681 2007.

SILVA, Reinaldo Oliveira. **Teorias da administração**. São Paulo: Editora Pioneira Thomsom Learning, 2001.

SOUSA, M. F e FRANCO, M. S. e MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 Anos no Espelho do Futuro**. Editora Saberes. Brasil, 2014.

SOUZA, ECF et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup1:S100-S110, 2008.

TANCREDI, FB Et Al. **Planejamento em Saúde**. Instituto Para O Desenvolvimento Da Saúde – Ids Núcleo De Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP. São Paulo, 1998.

TAVARES, Mauro C. **Gestão Estratégica**. São Paulo: Atlas, 2000.

TEIXEIRA, C. F. e JESUS, W. L. A. **Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil**. In: planejamento em saúde - conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA 2010 p. 33-50.

TEIXEIRA, CF et al. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TESTA, Mário. **Estratégia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte)**. Cuadernos Médico Sociales, 39, pp. 3-28, 1987.

TESTA, Mário. **Pensar em Salud**. Porto Alegre: Artes Médicas/ ABRASCO, 1992. 226p.

TESTA, Mário. **Estrategia, Coherencia y Poder en las Propuestas de Salud — Parte I**. Cuadernos Médico Sociales. Rosario (38)4: 24, 1987.

URIBE RIVIERA, FJ. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 216 p. ISBN: 85-85676-16-7. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso, planejamento e métodos**. 2.ed. São Paulo: Bookman, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso, planejamento e métodos**. 5.ed. São Paulo: Bookman, 2015.