

Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde

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

Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde

Horácio Pereira de Faria

Francisco Carlos Cardoso de Campos

Max André dos Santos

Belo Horizonte
NESCON - UFMG
2018

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

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

Recomenda-se a consulta a fontes de pesquisa correlatas:

Biblioteca Virtual do Nescon.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>

Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) - UNA-SUS.

Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

F224p

Faria, Horácio Pereira de

Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde / Horácio Pereira de Faria, Francisco Carlos Cardoso de Campos, Max André dos Santos. -- Belo Horizonte : NESCON / UFMG, 2018.

97p. : il. ; 22 x 27cm.

ISBN: 978-85-60914-51-7

1. Planejamento em saúde. 2. Técnicas de planejamento. 3. Diretrizes para planejamento em saúde. 4. Avaliação em saúde. 5. Saúde da família. I. Campos, Francisco Carlos Cardoso de. II. Santos, Max André dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. IV. Título.

NLM: WA 540
CDU: 614

CRÉDITOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Ricardo Barros

Secretário de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde:

Rogério Luiz Zeraik Abdalla

Secretário de Atenção à Saúde: Francisco de Assis Figueiredo

Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS: Manoel Barral-Netto

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Ministro: Rossieli Soares da Silva

Secretário da Educação Superior da SESU: Paulo Barone

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Alessandro Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Fábio Alves

Pró-Reitora de Extensão: Cláudia Mayorga

Diretora do Centro de Apoio à Educação a Distância:

Eliane Marina Palhares Guimarães

Coordenador do Sistema Universidade Aberta do Brasil na

UFMG (EAD-UFMG): Maria do Carmo Barros de Melo

Coordenador Universidade Aberta do SUS na UFMG: Edison José Corrêa

Faculdade de Medicina

Diretor: Humberto José Alves

Vice-Diretora: Alamanda Kfoury Pereira

Escola de Enfermagem

Diretora: Sônia Maria Soares

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Gustavo Pereira Côrtes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Henrique Pretti

Conselho Regional de Educação Física de Minas Gerais – (CREFG/MG)

Presidente: Claudio Augusto Boschi

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

Diretor: Francisco Eduardo de Campos

Vice-Diretor: Edison José Corrêa

Coordenador Acadêmico: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Coordenadora Administrativa e Financeira: Mariana Lélis

Coordenadora de Design Educacional (DE): Sara Shirley Belo Lança

Gerente de Tecnologias da Informação (TI): Gustavo Storck
Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos

Revisor Institucional: Edison José Correa e José Maurício Carvalho Lemos

Coordenação Técnico-Pedagógica: Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro e Maria Rizeide Negreiros de Araujo

Produção

Desenvolvimento Web e Administração Moodle: Daniel Lopes Miranda Junior, Leonardo Freitas da Silva Pereira, Simone Myrrha

Apoio técnico: Leonardo Aquim de Queiroz

Michel Bruno Pereira Guimarães

Designer Educacional: Cacilda Rodrigues da Silva e Angela Moreira

Ilustrador: Bruno de Moraes Oliveira

Web Designer: Juliana Pereira Papa Furst

Produtor Audiovisual: Edgard Antônio Alves de Paiva

Diagramador: Luiz Lagares

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Nescon / UNA-SUS/UFMG:

(<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>>)

Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar

CEP 30.130-100

Belo Horizonte – MG – Brasil

Tel.: (55 31) 3409-9673

Fax: (55 31) 3409-9675

E-mail: comunicacao@nescon.medicina.ufmg.br

Sumário

Apresentação dos autores	6
Apresentação Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde	7
Unidade 1 Planejamento das ações de saúde	11
Seção 1 - Aspectos gerais do planejamento	14
Seção 2 - Métodos de planejamento em saúde	19
Seção 3 - Planejamento Estratégico Situacional	22
Concluindo a Unidade 1 Planejamento das ações de saúde	30
Unidade 2 Diagnóstico situacional em saúde	31
Apresentação da Unidade 2	32
Seção 1 - Método da Estimativa Rápida.....	33
Unidade 3 Elaboração do plano de intervenção / plano de ação	51
Seção 1 - Primeiro passo: identificação dos problemas de saúde	53
Seção 2 - Segundo passo: priorização de problemas	54
Seção 3 - Terceiro passo: explicação do problema	56
Seção 4 - Quarto passo: descrição do problema selecionado	58
Seção 5 - Quinto passo: seleção dos “nós críticos”	60
Seção 6 - Sexto passo: desenho das operações sobre os “nós críticos”	61
Seção 7 - Sétimo passo: elaboração do plano operativo	62
Seção 8 - Oitavo passo: gestão do plano	63
Seção 9 - Nono passo: acompanhamento da execução do plano operativo, responsáveis, prazos	65
Seção 10 - Décimo passo: gestão do plano – monitoramento e avaliação	66
Concluindo a Unidade 3 Elaboração do plano de intervenção / plano de ação	67
Unidade 4 Programação das ações da Equipe de Saúde da Família	72
Seção 1 - Aspectos gerais da organização da agenda da equipe	74
Seção 2 - Programação das ações voltadas para grupos e situações de risco	77
Unidade 5 Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde	90
Seção 1 - Avaliação e monitoramento: conceitos	92
Seção 2 - Modelo lógico de avaliação	94
Conclusão Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde	96
Referências	97

Apresentação dos autores

Horácio Pereira de Faria

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Medicina Social. Mestre em Saúde Ocupacional pelo Instituto de Medicina del Trabajo, Habana, Cuba (1989). Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon). Membro do Núcleo de Estudos de Saúde e Paz / Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Grupo de Estudos de Saúde do Trabalhador Rural (GESTRU).

Francisco Carlos Cardoso de Campos

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

Max André dos Santos

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

Apresentação

Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde

O desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Neste sentido, o planejamento, a programação e a avaliação das ações de saúde são fundamentais. Esta disciplina tem como objetivo a discussão desses processos, desde a identificação dos problemas de saúde até o monitoramento e avaliação das ações programadas nesse setor, e de sua importância como instrumento para a reorganização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.



Essa disciplina tem como base a publicação anterior – “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Está composto de cinco unidades:

- 1 Planejamento em saúde: aspectos gerais
- 2 Diagnóstico situacional em saúde
- 3 Elaboração do plano de ação
- 4 Programação das ações de saúde
- 5 Monitoramento e avaliação das ações de saúde

Na disciplina “Processo de trabalho em saúde e modelos de atenção” você elaborou a Atividade 1, baseado nas vivências da Equipe de Saúde da Família (Equipe Verde) do bairro de Vila Formosa, em Curupira, um diagnóstico geral do município, da área adscrita à equipe, os problemas de saúde locais e o processo de trabalho da equipe.

Foi indicado que o registro desses tópicos fosse incluído na **Introdução** de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), itens 1.1 a 1.7.

Ao longo do desenvolvimento do módulo “Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde” você deverá produzir partes do seu TCC e voltará ao cotidiano da Equipe Verde, sua comunidade e seu território. Você utilizará a Unidade 3 – “Elaboração do plano de intervenção / plano de ação”, transportando para o TCC os itens 1.8 a 1.9.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município: localização do município, população, tipo de economia, serviços com que conta (sugestão para consulta: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Marque estado> cidade)

1.2 Aspectos da comunidade (seu bairro, comunidade/área onde atua sua equipe; aspectos sociais, serviços básicos (coleta de lixo, esgoto, sanitário), apoios sociais (escolas, creches, associações, etc.).

1.3 O sistema municipal de saúde (estratégia saúde da família, atenção primária a saúde, objetivos, cumprimento de diretrizes operacionais)

1.4 A Unidade Básica de Saúde xxx (localização, infraestrutura, acesso da população, processo de trabalho, gestão do processo de trabalho, cumprimento dos atributos de qualidade do cuidado)

1.5 A Equipe de Saúde da Família xxx, da Unidade Básica de Saúde xxx (composição, conceito e determinantes de saúde, a promoção da saúde)

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe xxx (como exerce o cuidado em saúde, o trabalho em equipe, o trabalho em rede, o trabalho intersectorial e integral)

1.7 O dia a dia da equipe xxx (processo de trabalho da equipe, educação para a saúde, educação permanente, acolhimento, atendimento da demanda espontânea, atendimento de demanda programada, visitas domiciliares, projetos e grupos de pacientes).

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade – os principais problemas locais de saúde

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção - critérios de seleção aos problemas (importância, urgência, capacidade de intervenção e definição de problema prioritário para plano)

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Nota: Para a elaboração dos itens 1.1 a 1.7 deverão ser utilizados os dados abordados em Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção (FARIA *et al.*, 2017). Para os itens 1.8 e 1.9 deverão ser usados os dados de Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018)., Unidade 3, primeiro passo e segundo passo.

- 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo), de acordo com a “Seção 1 Primeiro passo: identificação dos problemas de saúde do território e da comunidade.
- 1.9 Priorização dos problemas (segundo passo), de acordo com a “Seção 2 Segundo passo: priorização de problemas”.

Para **6 Plano de intervenção do TCC**, os itens:

- 6.1 Explicação do problema selecionado (terceiro passo), de acordo com a “Seção 3 Terceiro passo: explicação do problema”.
- 6.2 Descrição do problema selecionado (quarto passo), de acordo com a “Seção 4 Quarto passo: descrição do problema selecionado”.
- 6.4 Seleção dos nós críticos (quinto passo), de acordo com a “Seção 5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”.
- 6.5 Desenho das operações (sexto passo), de acordo com a “Seção 6 Sexto passo: desenho das operações sobre os nós críticos”

Esperamos que você participe ativamente, leia os textos e veja os vídeos indicados, realize todas as atividades propostas e participe dos fóruns de discussão. Com algumas dessas atividades você avançará mais em seu TCC.

Unidade 1

Planejamento das ações de saúde

Unidade 1

Planejamento das ações de saúde

Sabemos que planejar é um exercício contínuo na nossa vida, portanto, vamos começar nossa conversa, “acompanhando” uma discussão a Equipe Verde sobre essa questão:

CENA 1: EQUIPE DE SAÚDE DISCUTE A NECESSIDADE DO PLANEJAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

Renata: Pois é, gente, por coincidência, nós estamos no curso de especialização em saúde da família e vamos começar a disciplina de planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Quem sabe isto pode nos dar uma luz.

A partir dessa cena, podemos refletir sobre vários aspectos do planejamento. Nesta unidade, vamos iniciar a nossa reflexão sobre o **planejamento em saúde**, discutindo a importância do planejamento no trabalho das equipes de saúde e a necessidade de realizá-lo como um processo, contando, para tal, com um método de planejamento.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

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

É importante que você participe ativamente de todas as atividades desta Unidade 1, pois ela será fundamental para o desenvolvimento das unidades seguintes. Iniciaremos nosso trabalho enfocando os aspectos mais gerais do planejamento e, posteriormente, situaremos essa discussão no campo da saúde.

Seção 1

Aspectos gerais do planejamento

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

1.1. Por que precisamos planejar?

A partir de uma rápida reflexão sobre o nosso cotidiano, certamente podemos perceber que o ato de planejar é inerente ao ser humano. Com mais ou com menos grau de consciência, todos nós planejamos. Por exemplo: planeja-se uma viagem, uma festa, a compra de uma casa, atravessar uma rua movimentada, etc.



Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para sair daqui?
Isso depende bastante de onde você quer chegar, disse o Gato.
O lugar não importa muito ..., disse Alice.
Então não importa o caminho que você vai tomar, disse o Gato.

Alice no País das Maravilhas, de Lewis Carroll. Edição: L&PM Pocket, 2007, p.84
<https://liderancaemfoco.wordpress.com/2013/05/01/quando-nao-se-sabe-para-onde-vai-qualquer-lugar-e-um-bom-lugar/>

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

Mas será que é apenas por esta razão que planejamos? Por uma mera questão de racionalizar o uso dos nossos recursos? Não. Planejamos também, e principalmente, porque queremos alcançar objetivos. Aqui cabe a seguinte pergunta: será que é possível alcançarmos objetivos sem planejar? Se pensarmos bem, veremos que é, mas com um grau muito maior de incerteza.

Por outro lado, podemos também nos perguntar: o planejamento nos garante alcançar os objetivos? Obviamente que não. Não há certeza em planejamento, ele apenas aumenta nossa probabilidade de termos sucesso. E quanto mais bem planejarmos, mais chance temos de atingir os objetivos.

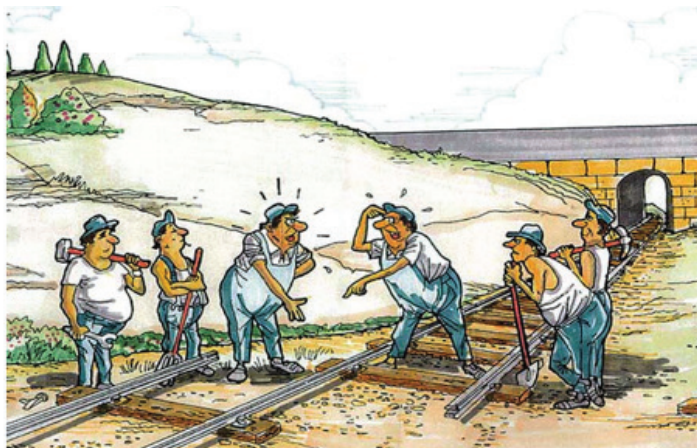
PARA REFLETIR...

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

Se estivermos convencidos que é preciso planejar, as próximas perguntas a ser feitas são:

1.2. Por que necessitamos de um método de planejamento?

O planejamento cotidiano, na maioria das vezes, é feito de forma intuitiva ou pouco sistematizada. Quando se pretende alcançar **objetivos complexos** e mais, de fazê-lo **coletivamente**, torna-se ainda mais evidente não só o quanto é importante planejar, como é, também, imprescindível, contar com um **método de planejamento** que possibilite a compreensão e o **compartilhamento** de uma mesma “linguagem” (conceitos básicos, terminologia, instrumentos utilizados etc.) e que seja capaz de contribuir para o **diálogo** e para efetiva **participação** de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano.



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

ALCANÇAR OBJETIVOS COMPLEXOS

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

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

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

Segundo Matus (1991, p. 29): “O **plano é um produto momentâneo** de um processo de planejamento”. Funciona como um instrumento para, em determinados momentos, permitir o compartilhamento e/ou a negociação dos projetos elaborados. O plano nunca está acabado, mas tem que estar sempre pronto, para orientar a ação da equipe que planeja.

Portanto, um processo de planejamento não é aquele em que (ocasionalmente) elabora-se um documento (o plano) para ser apresentado e não necessariamente executado – às vezes engavetado.

Este documento não é desnecessário, ao contrário, deve ser um instrumento que sirva como referência para o acompanhamento da execução das ações, a correção de rumos e a avaliação dos resultados alcançados, em relação aos objetivos propostos, provocando assim um movimento processual do planejamento.

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

Basta pensar que, quase sempre, principalmente no setor governamental, se está perseguindo objetivos em situações onde os recursos são menores que as necessidades. A essa constatação soma-se o fato de que as situações a serem enfrentadas são dinâmicas, sofrendo constantes transformações. Ou seja, planeja-se em situações onde a **incerteza**, em menor ou maior grau, sempre estará presente.

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

PROCESSO PERMANENTE DE PLANEJAMENTO

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

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

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

Sendo assim, torna-se indispensável definir e decidir sobre o **modelo de gestão** e, conseqüentemente, o **modelo de planejamento** coerente com o modelo de gestão.

1.5. Conceito de planejamento: o planejamento é um pensar ou um agir?

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

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

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

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

Portanto, o planejamento deve ser um cálculo situacional e sistemático capaz de articular o imediato (presente) com o futuro. O plano, enquanto um cálculo, não é nem puramente técnico, nem puramente político e muito menos único. Devemos

considerar tanto as propostas dos especialistas (ou o ponto de vista técnico-científico) como também as diferentes visões ou pontos de vistas dos políticos que captam a realidade buscando realizar seus projetos ou compromissos.

PLANEJAR É PENSAR ANTES, DURANTE E DEPOIS DE AGIR

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

Uma vez entendido o que é o planejamento e de sua importância para resolver problemas e atingir objetivos, vamos fazer uma pausa e refletir sobre como estamos trabalhando com essa ferramenta no nosso dia a dia.

Seção 2

Métodos de planejamento em saúde

Na Seção 1 iniciamos uma conversa sobre planejamento. Vimos que planejar é pensar antes e durante uma ação, que é um cálculo. Mas, qual é o cálculo que fazemos ao planejar? De maneira geral, calculamos os objetivos a serem alcançados a partir da situação em que nos encontramos, do caminho ou das ações que teremos de fazer para alcançar esses objetivos e com quais recursos precisamos contar. Isto é o planejamento.



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

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

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

O MÉTODO CENDES / OPAS

Publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (1965), em livro, sob o título “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud”. Série Publicaciones Cientificas no. 111. Washington, DC (DURÁN et al., 1965).

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

Essa é uma proposta tecnocrática, na qual o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos “neutros” faz o plano e estabelece as prioridades. É um método normativo e economicista, em que a norma tem como fundamento principal a relação custo-benefício. Por ser um método normativo, considera-se que apenas um ator planeja com plenos poderes, supondo-se sempre que existe o consenso ou o quase consenso.

PLANEJAMENTO NORMATIVO: NÃO SE CONSIDERAM AS POSSIBILIDADES DE CONFLITO

Desconsideram-se, então, os conflitos e os diferentes interesses existentes e, ao fazê-lo, não se considera a variabilidade e a complexidade da realidade. Dessa forma, como a análise da realidade é incompleta, sua utilização para elaboração de intervenções é limitada. Tornam-se, apenas, planos adormecidos no interior das gavetas. Em decorrência dessas características, o método CENDES/OPAS caiu em descrédito e a própria Organização Pan-americana de Saúde (1965) admitiu o fracasso do mesmo.

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

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

Veremos, a seguir, na Seção 3, com mais detalhes, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o seu desenvolvimento e os seus conceitos básicos.

Seção 3

Planejamento Estratégico Situacional

Vamos abordar nessa seção os aspectos ligados ao Planejamento Estratégico Situacional (PES): seus conceitos básicos (estratégia, situação, atores sociais envolvidos, os problemas envolvidos - estruturados ou quase estruturados - e seus momentos).



3.1. Desenvolvimento do Planejamento Estratégico Situacional

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

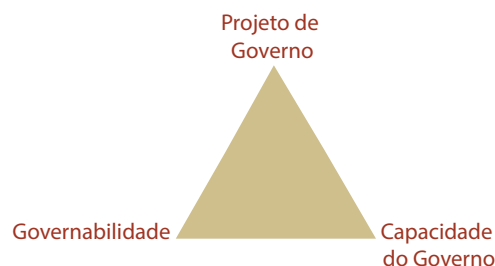
- **GOVERNAR (maiúsculo)** tem o significado de estar no poder de Estado, no exercício de algum cargo no aparelho do Estado.
- **governar (minúsculo)** tem o significado de que todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções inteligentes sobre os fatos sociais.

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

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

Para representar graficamente essa interrelação, Matus utiliza a figura de um triângulo, por ele denominado: **Triângulo de Governo**. Nesse triângulo, os vértices correspondem aos três aspectos comentados nos parágrafos anteriores: o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo. Vejamos na representação gráfica (Figura 1).

Figura 1 - Triângulo de governo



Fonte: Modificado de Matus (1991, p. 35)

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

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

3.2. Conceitos básicos do Planejamento Estratégico Situacional (PES)

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

O conceito de estratégia

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

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: CONSIDERA AS POSSIBILIDADES DE CONFLITO

POR QUE O PLANEJAMENTO DEVE SER ESTRATÉGICO E ASSOCIADO À IDÉIA DE CONFLITO OU DE DISPUTA?

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

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

Estratégias de curto/médio prazo estão relacionadas com a solução de questões mais imediatas e urgentes. São importantes e devem estar articuladas com as estratégias de longo prazo. Aqui, busca-se **um trajeto rumo ao futuro**. A pergunta agora passa a ser: **como avançar na direção do que se busca alcançar?** Podemos entender que **estratégia é, basicamente, uma maneira de construir viabilidade para um plano elaborado**, visando alcançar determinados objetivos.

O conceito de situação

Para Matus (1991), o conceito de **situação** expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam uma realidade. Portanto, uma situação pressupõe a existência de atores sociais que interpretam e explicam a realidade, estando, portanto, colocada à possibilidade de conflitos, já que os atores envolvidos podem ter interesses e objetivos diferentes. Portanto, uma **situação** pode ser compreendida como um **espaço socialmente produzido** no qual **nós** desempenhamos um papel e intervimos da mesma forma que **outros**.

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

INTERPRETAÇÕES DA REALIDADE

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

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

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

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

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

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

UMA ANÁLISE SITUACIONAL É...

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

O conceito de ator social

Matus (1991) define **ator social** como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando numa determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto é fundamental que este ator tenha:

- O controle sobre recursos relevantes.
- Uma organização minimamente estável.
- Um projeto para intervir nessa realidade.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento enquanto um **processo participativo**. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de **negociação** dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento criando uma **corresponsabilidade dos atores** com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e mesmo, viabilidade política, ao plano.

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

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

PARA REFLETIR: E A COMUNIDADE?

Uma equipe de saúde pode achar que os principais problemas de uma comunidade, por seu impacto no perfil de mortalidade e por suas complicações, são o diabetes e a hipertensão arterial.

Em função desses problemas mobilizam grande parte de sua energia, mas sente que a comunidade não dá a devida importância aos mesmos. Pode ocorrer que essa comunidade se sinta mais incomodada e afetada com a dificuldade de acesso a água e com o desemprego e a violência.

Como lidar com numa situação como esta?

O conceito de problema

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

Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos. Sendo assim, um problema é autorreferido e dependente da perspectiva de quem o identifica. Em determinadas situações, o que é um problema para um ator, pode ser oportunidade para outros atores. Pensando sobre processo de trabalho, podemos dizer que os problemas são, na realidade, o objeto do nosso trabalho.

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

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

Problemas estruturados – são aqueles cujas variáveis que o compõem e as relações entre elas são suficientemente conhecidas. As soluções para enfrentá-los são consensuais.

Problemas quase estruturados – caracterizam-se por serem bastante complexos, traduzindo-se em grandes dificuldades para seu enfrentamento:

- Só é possível identificar algumas das variáveis que o compõem e precisar apenas algumas das relações entre essas variáveis.
- Suas causas são de difícil identificação (são multicausados).
- Não são vistos como um problema por todos os atores.

- As soluções apontadas são **situacionais**, significando que algumas soluções são “boas” para alguns e não o são para outros (são “más”); portanto, as soluções não são vistas como as mesmas por todos.
- São problemas produzidos no processo social e precisam ser enfrentados através da elaboração de um plano de ação.

Uma segunda categorização propõe que os problemas sejam considerados como:

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

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

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

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

3.3. Momentos do Planejamento Estratégico Situacional

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades. Ao propor a ideia de momentos do processo de planejamento, Matus (1991) pretende contrapor a ideia de etapas adotadas no planejamento tradicional e compreendidas como fases estanques, numa sequência rígida. Os momentos constituem uma dinâmica permanente, dialética, onde ora predomina uma lógica e ora outra. Matus (1991) identifica quatro momentos que caracterizam o processo de planejamento estratégico situacional que são apresentados a seguir.

Momento explicativo – busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças deste momento com chamado “diagnóstico tradicional”, aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.

Momento normativo – quando são formuladas soluções para enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de Propostas de Solução.

Momento estratégico – busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançar os objetivos traçados.

Momento tático-operacional – é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano. Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe um caráter processual e dinâmico. Ou seja, a todo o momento estamos revisando nossa situação, a evolução dos nossos problemas e suas explicações e, a partir dessa evolução, revisando nossas intervenções e nossas ações para viabilizar essas intervenções assim como a sua implementação e a avaliação dos seus resultados práticos.

Concluindo a Unidade 1

Planejamento das ações de saúde

Nesta Unidade 1 – Planejamento das ações de saúde – buscamos aproximá-lo da reflexão sobre planejamento, explorando alguns conceitos básicos pertinentes a este processo e apresentando em linhas gerais o método do PES. Na próxima unidade iremos discutir a importância do diagnóstico situacional em saúde, buscando orientá-lo para a elaboração do diagnóstico de sua área de abrangência.

Como fechamento dessa unidade propomos uma reflexão sobre a importância do planejamento e de como as equipes de saúde da família tem trabalhado com essa ferramenta no seu dia a dia.

Unidade 2

Diagnóstico situacional em saúde

Unidade 2

Diagnóstico situacional em saúde

Nesta Unidade 2 nosso objetivo principal é discutir a importância da **análise da situação de saúde** na área de abrangência das equipes de saúde da família, tanto para a definição das ações a ser implementadas para enfrentar os problemas identificados, quanto para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações.

É importante ressaltar que esta unidade tem caráter bastante prático porque você terá como produto final a consolidação da análise situacional de sua área de abrangência o que será importante na construção do seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Discutiremos, também, a importância da informação para a realização do diagnóstico e apresentaremos o método da Estimativa Rápida para elaboração do diagnóstico situacional.

Ao final desta Unidade esperamos que você seja capaz de:

- Entender a importância do diagnóstico de área de abrangência da Equipe de Saúde da Família como base para o planejamento das ações de saúde necessárias para enfrentar os problemas de saúde da comunidade.
- Compreender o método de estimativa rápida para elaborar um diagnóstico em saúde.
- Descrever as etapas do método de estimativa rápida.
- Realizar, em equipe, o diagnóstico situacional da área de abrangência de sua equipe utilizando o método da estimativa rápida.

Para isso, é fundamental que você leia os textos e realize com muito empenho as atividades propostas.

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

Seção 1

Método da Estimativa Rápida

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



Aluna da Escola de Saúde, moradora do interior, ao chegar pela manhã para a aula faz o seguinte comentário:

- Estou impressionada com o número de cegos de Belo Horizonte. Só hoje cruzei com mais de cinco aqui perto da Escola de Saúde, e ontem já tinha visto uns dois ou três aqui, também, aqui perto. Um colega lhe responde sorrindo:
- Pois não fique impressionada, colega, pois na realidade funciona, justamente aqui do lado da Escola, o Instituto São Rafael, especializado em deficientes visuais. Por isto você tem visto tanto cego em BH!

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

Assim como acontece na atividade clínica nem sempre conseguimos uma explicação clara ou um “diagnóstico” preciso das situações que enfrentamos no nosso dia a dia. Em parte, isto se deve à falta de “informação” ou de “dados” que nos auxiliem a “fechar” nosso diagnóstico.

LEITURA OBRIGATÓRIA: O PAPEL DA INFORMAÇÃO

- Qual o papel da informação no processo de planejamento?
- Como a sua equipe tem utilizado as informações produzidas?
- Quais informações e bases de dados a equipe utiliza com mais frequência?
- Qual o grau de confiabilidade dessas informações? Por quê?

Considerando a importância e a necessidade de aprofundarmos no tema da informação, leia:

Sistema de Informação em Saúde: conceitos fundamentais e organização (FERREIRA, 1999). Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>

Para o e-SUS, acesse

e-SUS Atenção Básica. (BRASIL, 2012).

Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.

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

1.1. Aspectos gerais: estimativa rápida

A palavra “**diagnóstico**” quer dizer “através do conhecimento”. Portanto, o desafio é levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento das ações de saúde em um determinado território.

Dados e Informações

Dado: É elemento ou base para a formação de um parecer, opinião, prognóstico ou conceito.

É uma descrição limitada da realidade, desvinculada de um referencial explicativo.

É uma descrição da realidade associada a um referencial explicativo.

Informação: É o ato ou efeito de informar, instruir, ensinar, esclarecer.

É a representação dos fatos de uma realidade, com base numa determinada visão do mundo.

É uma representação dos fatos capaz de alterar o estado de conhecimento de alguém.

Os dados e as informações nos ajudam a conhecer melhor uma realidade e agir no sentido de transformá-la em uma realidade melhor.

Mas, o que exatamente precisamos conhecer do **território** onde atuamos? Certamente precisamos conhecer os problemas de saúde mais importantes, suas causas e suas consequências. Um dos desafios do processo de planejamento em saúde diz respeito à capacidade do grupo que está planejando de identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado **território** e os recursos e possibilidades de enfrentamento dos problemas, buscando definir prioridades e apontar às soluções para reduzir esses problemas e elaborando um plano de ação baseado nessas prioridades. Como na maioria das situações não se dispõe de muito tempo e/ou dinheiro para coletar informações necessárias para a elaboração de um plano de ação, um método que ofereça resultados rápidos, que seja capaz de avaliar os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde com custo mínimo, certamente é valioso.

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

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

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



ESTIMATIVA RÁPIDA: UM RETRATO

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

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

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

Pode-se dizer que a Estimativa Rápida:

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

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

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

1.2. Princípios que apoiam a Estimativa Rápida

A Estimativa Rápida apoia-se em três princípios:

- **Coletar somente os dados pertinentes e necessários**, porque este é o único modo pelo qual se pode fazer uma avaliação rápida. Os dados não devem ser coletados pelo fato de estarem facilmente disponíveis ou porque poderiam eventualmente ser utilizados. A estimativa se invalida se os dados não são coletados rapidamente, passando a requerer muito mais tempo para serem analisados.
- **Obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais**, adaptando as investigações para esse fim. Assim, numa entrevista, as perguntas deverão considerar a realidade e os valores locais. Por exemplo, ao se avaliar a renda familiar em áreas de baixa renda onde o desemprego é alto, perguntar sobre as faixas salariais informa muito pouco sobre uma população cuja maioria não recebe salários.
- **Envolver a população na realização da Estimativa Rápida**. Nas experiências daqueles que trabalharam em áreas urbanas de baixa renda, este princípio tem mais um desdobramento, o da necessidade de envolver a população na definição dos seus problemas e na busca das soluções pertinentes e não apenas fornecer informações para que os planejadores as usem visando obter a aceitação para uma intervenção sanitária pré-determinada. Nos casos em que as intervenções funcionaram, embora numa escala pequena, isto ocorreu porque pessoas da comunidade e os profissionais de saúde planejaram em conjunto as atividades necessárias para melhorar as condições de saúde de determinada população.

1.3. Fontes de Informação

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

- **Registros** escritos existentes ou fontes secundárias.
- **Entrevistas** com informantes-chave, utilizando roteiros ou questionários curtos.
- **Observação** ativa da área.

1.4. Atitudes e habilidades necessárias para o desenvolvimento da Estimativa Rápida

Com os dados coletados, é possível descrever o perfil da população, embora um tanto superficialmente, e identificar seus problemas e suas prioridades. Para ser eficaz, a Estimativa Rápida depende que a equipe desenvolva algumas atitudes e habilidades.

- A primeira é a determinação para encontrar, acompanhar e, em seguida, examinar criticamente os registros escritos existentes.
- A segunda é a disposição de aprender com a população local e utilizar os recursos locais.
- A terceira é ser capaz de escutar atentamente durante as entrevistas e também as conversas informais.
- A quarta é manter-se atento e observar o ambiente à procura de pistas sobre as causas dos problemas e potenciais recursos para a sua solução.

A estas quatro poderíamos acrescentar uma quinta, que é usar o bom senso na análise das informações. Se as conclusões não refletem o conhecimento profissional e/ou sua experiência técnica, então se torna necessário reexaminar a interpretação dos dados.

1.5. Desenvolvimento da Estimativa Rápida

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

ELABORAÇÃO DE PERFIS DE PLANEJAMENTO

Descrição dos contextos de vida e de saúde das pessoas que vivem numa área geograficamente definida e que pode servir como referência para identificar as intervenções necessárias para melhorar essa situação, principalmente para as populações de baixa renda.

Figura 2 - Blocos de informações para um perfil de planejamento



Fonte: Campos, Faria e Santos (2010)

No desenvolvimento do Método da Estimativa Rápida podemos identificar as seguintes questões relacionadas à elaboração de perfis de planejamento:

1. As necessidades, estruturas, capacidades e envolvimento da população

Baseiam-se em informações sobre a população (composição, organização e estrutura, capacidade de ação) e são absolutamente necessárias para que se possa conhecer o quanto as lideranças, as organizações e as estruturas comunitárias podem contribuir e serem parceiras tanto na construção do diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade como no enfrentamento dos mesmos. São preparadas com o reconhecimento de que as populações, principalmente as urbanas, muitas vezes sofrem mudanças relativamente rápidas e, portanto, o perfil reflete a situação de determinado momento. Em outras palavras, os perfis mudam. Consideram as informações sobre ambiente físico e socioeconômico e o perfil local de doenças. As informações nesta base da pirâmide (primeiro nível) são os serviços de saúde e serviços ambientais, bem como os serviços sociais de que dispõe a população.

2. O meio físico (sanitário e ambiental) e socioeconômico

Aqui, as informações são necessárias para que se possa investigar os potenciais fatores de risco e as barreiras existentes para os melhoramentos comunitários.

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

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

3. A disponibilidade de serviços de saúde, ambientais e sociais

Para a estimativa rápida são necessárias informações sobre a existência, a cobertura, o acesso e a aceitabilidade dos serviços, incluindo os serviços de saúde, os serviços ambientais (como abastecimento de água, coleta de lixo, etc.) e os serviços sociais (como creches, escolas e outros).

4. A política de saúde do governo

As políticas públicas são formuladas, propostas e/ou implementadas, pelos níveis nacional, estadual e municipal. Informações sobre essas políticas, em particular sobre as políticas de saúde, podem permitir avaliar se os governantes estão comprometidos com a atenção à saúde. Com apoio governamental forte, os melhoramentos nas condições de saúde da população podem contar com o respaldo necessário para avançar com mais rapidez e sem muitas resistências políticas.

Política de governo é aquela que muda com a saída dos governantes (vinculados a seu mandato político).

Política de estado, ou política pública é aquela que é resultado de uma tomada de consciência da classe política e da sociedade em determinado assunto, de tal modo que mesmo mudando o governo a ideia permanece independentemente das políticas de governo, ou seja, não é abandonada nem tem seus princípios distorcidos.

Podemos dizer que esses quatro níveis de análise de uma realidade contemplam, por um lado, o levantamento dos problemas e necessidades da comunidade e, por outro, os recursos existentes e as intervenções em curso voltadas para satisfazer essas necessidades. Particularmente em áreas urbanas sugerem que, para se desenvolver um plano de ação consistente, os perfis de planejamento devem contemplar os seguintes blocos de informação, sintetizados na Figura 2.

1.6 Preparação da Estimativa Rápida

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

1.7 Diretrizes para a coleta e análise dos dados

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

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

- Na lista com as informações necessárias (perguntas sobre o território), elaborada pela equipe que está planejando, se a resposta a uma pergunta não contribui para o perfil de planejamento, então a pergunta não deve ser feita.
- As fontes (entrevista, observação e/ou registros existentes) que serão utilizadas para obtenção dessas informações devem ser previstas pela equipe.

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

- Informações sobre a população: composição da população (por sexo, por faixa etária); organização e estruturas (grupos e suas relações); capacidade de ação da população (mobilização, atuação conjunta, etc.).
- Informações sobre o ambiente (físico e socioeconômico) e o perfil de doenças: ambiente físico: habitação, saneamento, ocupação do solo, pavimentação etc.; ambiente socioeconômico: nível de escolaridade, renda, inserção no mercado de trabalho etc.; perfil de doenças: principais causas da morbimortalidade.
- Informações sobre os serviços: serviços de saúde e ambientais: acessibilidade, cobertura, qualidade; serviços sociais: creches, centros sociais, escolas, áreas de recreação, etc.
- Informações sobre a política de saúde: vontade política; evolução da política do governo local em relação à saúde e problemas a ela relacionados; orçamentos.

Após a definição das informações necessárias, deve-se construir um quadro contendo a informação e as possíveis fontes (Quadro 1 a seguir).

Quadro 1 - Exemplo de informações desejadas e fontes de dados necessários à construção de um plano de ação

Informação desejada	Fontes de dados		
	Entrevista com informantes-chave	Observação ativa	Registros escritos ou fontes secundárias
Condições de moradia	Sim	Sim	Prefeitura/IPTU
Renda familiar	Sim	-	IBGE
Captação, armazenamento e distribuição de água	Sim	Sim	Companhia de Água,
Mortalidade	Sim	-	Secretaria de Saúde,

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Com base neste Quadro 1 é possível identificar documentos a serem examinados; temas que devem ser abordados nas entrevistas; o que deve constar no roteiro para observação da área.

1.8 Desenvolvimento do cronograma de trabalho definição dos informantes-chave

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

1.9 Coleta de dados por entrevistas semiestruturadas

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

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

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

SUGESTÕES PARA A ESCOLHA DOS INFORMANTES-CHAVE

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

Trabalhadores dos equipamentos públicos locais (serviços de saúde, escolas, creches, etc.).

Lideranças comunitárias: diretores de organizações comunitárias, líderes religiosos, lideranças de grupos femininos ou de jovens, etc.

Comerciantes, donos de estabelecimentos de diversão, donos de farmácias.

Organizações não governamentais que atuam na região

Curandeiros, benzedeiras, parteiras, etc.

RECOMENDAÇÕES PARA FORMULAÇÃO DE PERGUNTAS

As perguntas para as entrevistas com os informantes-chave devem ser previamente preparadas. Em sua maioria, devem ser abertas, isto é, devem ser perguntas que estimulem o entrevistado a responder de modo livre;

Cada pergunta deve referir-se a uma única ideia, ser formulada com palavras simples e claras e ser tão curta quanto possível; se você percebe que a pergunta foi mal compreendida inicialmente, deve-se repeti-la de forma mais clara.

Devem-se evitar perguntas que influenciem a resposta (por exemplo: você não acha que as enfermeiras deveriam visitar as casas dos moradores com mais frequência?); perguntas que usam negativas (por exemplo: não é verdade que...) também devem ser evitadas, por estimularem respostas positivas.

A CONSIDERAR, NAS ENTREVISTAS

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



Fonte: www.flickr.com

Organização do roteiro para entrevista

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

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

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

Habilidades necessárias para a realização de entrevistas semiestruturadas

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

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

A formulação das perguntas ou a maneira como elas são feitas não deve subtender qualquer crítica ao informante. As perguntas utilizando o “Por quê?” devem ser usadas com parcimônia. Se usadas com muita frequência, elas tendem a colocar o informante na defensiva, detendo o fluxo de informações.

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

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

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

1.10 Coleta de dados por observação ativa

Em uma observação ativa, podemos verificar:

- O ambiente físico do seu território: problemas de saneamento, coleta de lixo, vias públicas, condições de moradia e outros podem ser observados e servir para validar determinadas questões no momento da análise dos dados.
- Os serviços oferecidos: saúde, habitação, educação, buscando-se perceber como tais serviços são administrados. Mantêm-se registros? A equipe está disponível e entusiasmada? Há boa supervisão? A experiência profissional dos participantes é particularmente útil nessas observações.

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

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

1.11 Coleta de dados de fontes secundárias (registros existentes)

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

A seguir, apresentamos uma lista com sugestões de fontes secundárias para coleta de dados: registros referentes ao planejamento municipal; recursos orçamentários; pesquisas realizadas por organizações governamentais e não governamentais; registros históricos; registros de hospitais e ambulatórios; estudos realizados por organismos internacionais; registros de Ministérios, Secretarias, do município (saúde, habitação, etc.).

1.12 Análise dos dados - Identificação de categorias e classificação das respostas

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

1. Identificação de categorias
2. Classificação de respostas
3. Interpretação das descobertas

OBSERVAÇÃO: O QUE ESTAMOS PROCURANDO?

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

1. Identificação das categorias

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

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

2. Classificação das respostas (categorias)

Essas respostas poderiam, então, serem classificadas em três categorias: Distância até a fonte de água; Irregularidade no fornecimento; Manutenção da rede de abastecimento.

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

3. Interpretação das descobertas

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

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

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

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

Porém, antes de iniciar o seu diagnóstico, convidamos você a acompanhar a reunião da Equipe Verde, na qual ela discute a realização do diagnóstico situacional. A seguir você deve ler a Síntese do Diagnóstico Situacional: Equipe Verde de Saúde da Família: Vila Formosa – município de Curupira (SÍNTESE..., 2017), disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001705>).

CENA 2 - EQUIPE DISCUTE AS IMPRESSÕES INICIAIS DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E A ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

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

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

Todos: - Combinado!

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

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

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

Seguem-se os relatos ... (SÍNTESE..., 2007)

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

A SEGUIR, O PLANO DE INTERVENÇÃO

Vamos ver na Unidade 3, em sequência, realizado o diagnóstico situacional, como elaborar o plano de intervenção.

Unidade 3

Elaboração do plano de intervenção /
plano de ação

Unidade 3

Elaboração do plano de intervenção / plano de ação

Após a realização do diagnóstico situacional com a identificação dos problemas que afetam a saúde da comunidade devemos elaborar o plano de ação.

Para o conjunto dos problemas de saúde identificados deve ser realizada uma classificação que permita a priorização de um (ou mais) problemas, para o qual deve ser feito um plano de intervenção /plano de ação. Podemos ter tantos planos quanto à equipe queira colocar na sua agenda, desde que considere a viabilidade de gerenciá-los.

Portanto, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional de sua área de abrangência (lista de problemas identificados), vamos discutir, nesta unidade, a construção do plano de intervenção / ação sobre um problema selecionado como prioritário.

Assim, esta unidade tem como objetivo a aplicação do método do planejamento estratégico situacional para classificar e priorizar os problemas identificados no diagnóstico situacional, e definir o problema prioritário, sobre o qual será elaborado um plano de intervenção / plano de ação. Portanto, o diagnóstico situacional é apenas, o primeiro passo.

A Unidade 3 está dividida nas seções:

Seção 1 - Primeiro passo: identificação dos problemas de saúde

Seção 2 - Segundo passo: classificação e priorização de problemas

Seção 3 - Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Seção 4 - Quarto passo: explicação do problema selecionado

Seção 5 - Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Seção 6 - Sexto passo: desenho das operações sobre os nós críticos (operações, projeto/ resultados esperados, produtos esperados)

Seção 7 - Sétimo passo: identificação dos recursos necessários / recursos críticos / controle dos recursos críticos

Seção 8 - Oitavo passo: análise de viabilidade do plano – controle de recursos críticos: atores, motivação e ação estratégica

Seção 9 - Nono passo: elaboração do plano operativo: responsáveis

Seção 10 - Décimo passo: gestão do plano

Seção 1

Primeiro passo: identificação dos problemas de saúde

A Estimativa Rápida, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, deve produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema. Como já foi dito, diagnosticar é compreender o processo de causação de um problema. Quando falamos de um problema, não estamos nos referindo a um problema isolado, mas todos os problemas relacionados com ele, ou seja, suas causas e suas consequências.

Ao identificar um problema, devemos considerar se ele é um problema finalístico (ou terminal), cuja resolução é, geralmente, objetivo geral do plano de intervenção. Problemas intermediários são parte da cadeia de causação do problema, ou seja, resolvidos ajudam a resolver o problema prioritário (ou pelo menos o atenuam).



Fonte: www.flickr.com

Seção 2

Segundo passo: classificação e priorização de problemas

Uma vez realizado o diagnóstico situacional e identificados os principais problemas da sua comunidade, a próxima etapa é pensar nas intervenções que você e sua equipe devem fazer para enfrentar estes problemas. Como a lista de problemas, provavelmente, é muito grande, você deverá estabelecer, coletivamente, as prioridades, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais etc.).

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

Uma maneira de priorizar que problema deverá ser enfrentado em um primeiro momento, você pode analisá-los e selecioná-los em uma planilha, segundo os critérios seguintes:

- Atribuindo um valor “alto, médio ou baixo” para a **importância** do problema.
- Distribuindo pontos conforme sua **urgência**.
- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da **capacidade de enfrentamento da equipe** responsável pelo projeto.
- Classificando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (alta importância, pontuação alta em relação à urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe).

Cada pessoa que participa do processo faz sua avaliação e, ao final, faz-se uma síntese dos resultados.

A equipe Verde selecionou inicialmente cinco problemas relacionados à saúde da comunidade a partir do diagnóstico situacional elaborado: risco cardiovascular da população aumentado, violência, desemprego, acúmulo de lixo nos lotes e risco para dengue. Num segundo momento todos que participaram do diagnóstico fizeram suas avaliações segundo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento do problema. Ao final as avaliações foram sintetizadas na planilha do Quadro 2 (a seguir).

Quadro 2 - Município de Curupira. Comunidade de Vila Formosa 1, Equipe Verde de Saúde da Família: classificação e priorização dos problemas

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção
Risco cardiovascular da população aumentado	Alta	9	Parcial	1
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	5	Parcial	3
Violência	Alta	6	Parcial	2
Desemprego	Alta	6	Fora	4
Falta de esgoto	Alta	4	Fora	5

* Alta, média ou baixa

**Total de pontos distribuídos em "Urgência" deve totalizar 30

*** Total, parcial ou fora

Fonte: SÍNTESE (2007).

Na Equipe Verde, o problema **risco cardiovascular da população aumentado** foi selecionado como prioridade 1. Uma vez definidos os problemas e a prioridade de intervenção pela equipes (primeiro e segundo passos), a próxima etapa será a descrição do problema selecionado.

Seção 3

Terceiro passo: descrição do problema

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

O que é descrever um problema?

É caracterizá-lo para ter-se uma ideia da sua dimensão. Portanto, da forma mais precisa possível, deve-se identificar o que caracteriza o problema, inclusive através da sua quantificação. Este é um passo muito importante, por duas razões:

- **Para afastar qualquer ambiguidade** diante do problema que se quer enfrentar,
- **Para obter indicadores** que serão utilizados para avaliar o impacto (ou efetividade) alcançado pelo plano.

A título de exemplo, tomaremos o problema “risco cardiovascular da população aumentado” (definido como prioridade número 1 pela Equipe Verde), que deve ser enunciado de forma mais completa, da seguinte maneira: “32% da população com mais de 20 anos com risco cardiovascular aumentado no território da Equipe Verde.

Para descrição do problema priorizado, a Equipe Verde utilizou alguns dados fornecidos pelo e-SUS, outros que foram produzidos pela própria equipe e outros foram estimados a partir de parâmetros de estudos epidemiológicos.

Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados ao risco cardiovascular aumentado (número de hipertensos, diabéticos, tabagistas etc.), da ação da equipe frente a estes problemas (cobertura, controle de hipertensão e diabetes etc.) e também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos).

Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade de a equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

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

Quadro 3 - Descrição do problema “risco cardiovascular da população aumentado” em Vila Formosa, município de Curupira, 2016.

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

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

(2) Levantamento realizado pelos ACS.

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

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

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

Seção 4

Quarto passo: explicação do problema

Até aqui o problema prioritário, bem descrito ou bem caracterizado, foi declarado como tal por um determinado ator. Agora chegou a vez de entendê-lo, de explicá-lo melhor, de saber **por que** ele acontece. É preciso explicar que outros problemas acontecem “antes” de um determinado problema, isto é, quais problemas estão fazendo com que ele exista. Consequentemente, neste passo tem-se como objetivo: **entender a gênese do problema através da identificação das suas causas.**

Partindo-se desse pressuposto, pode-se entender que uma **explicação situacional**, enquanto um processo de conhecimento, deve ser capaz de compreender o modo como um problema é produzido, identificando quais são as causas desse problema e qual a relação entre elas.

A CAUSA DE CADA PROBLEMA É TAMBÉM UM PROBLEMA

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

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

EXEMPLO DA EXPLICAÇÃO DE UM PROBLEMA

Alguns dos conceitos discutidos na Unidade 4 de Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção (FARIA et al., 2017) contemplam, em sua explicação, determinantes mais gerais, como “Estou vivendo um problema doméstico que é a presença de uma goteira dentro de casa”.

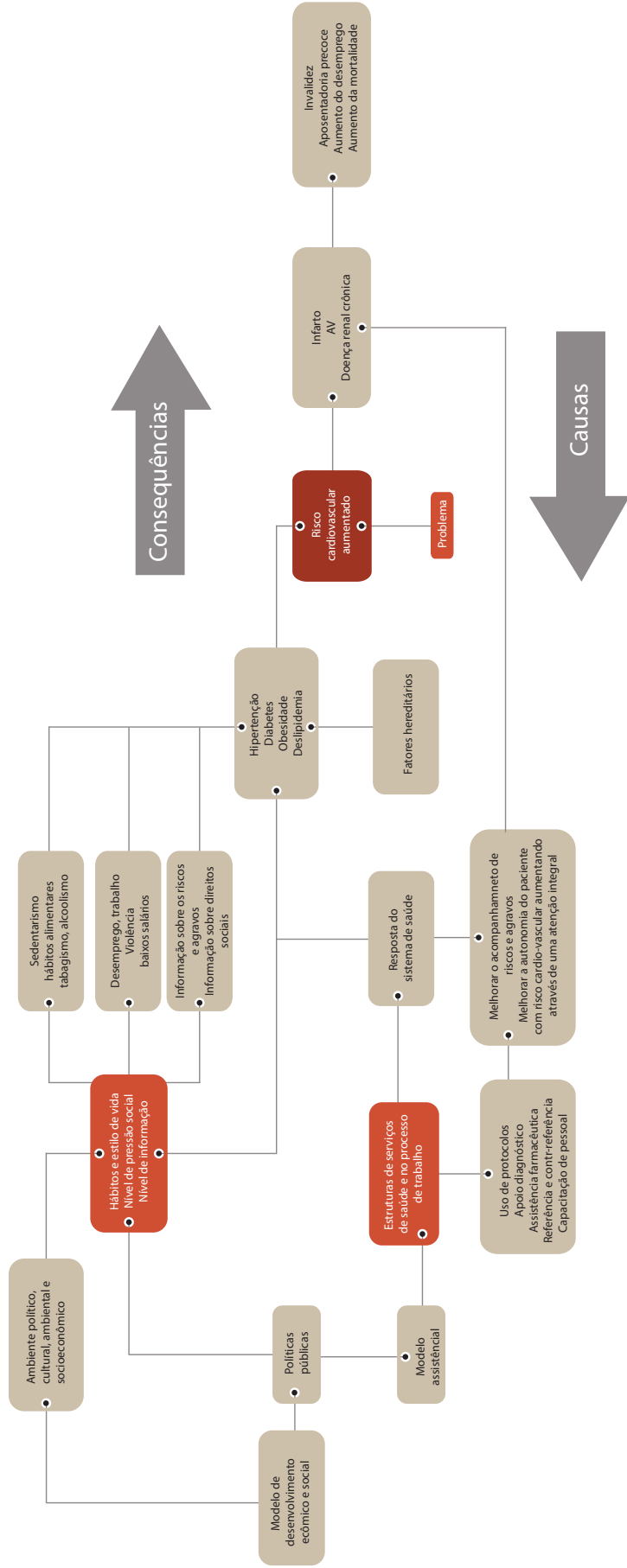
Mas a causa dessa goteira é um “outro problema” que são as telhas quebradas no telhado. Essas, por sua vez, são consequência de um “outro problema”, a minha falta de dinheiro para fazer a manutenção.

Minha falta de dinheiro é, por sua vez, consequência do arrocho salarial, que é fruto da política econômica do governo, que por sua vez faz parte do ajuste econômico ditado pelo Fundo Monetário Internacional, que...

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

No exemplo da Equipe Verde, a explicação do problema risco cardiovascular aumentado está sintetizada no esquema apresentado na Figura 3, a seguir. Cabe ressaltar que neste esquema a equipe, para explicar o problema, parte de determinantes mais gerais – ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico –, determinantes mais imediatos – hábitos e estilos de vida, nível de pressão social e nível de informação e determinantes estruturais – estrutura do sistema de saúde e processo de trabalho).

Figura 3 - Esquema explicativo do problema “risco cardiovascular da população aumentado” (simulação)



Fonte: Campos, 2010.

Seção 5

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

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

O QUE É UM “NÓ CRÍTICO”?

É um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade, ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

A Equipe Verde selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal (de alta importância, de pontuação alta em relação à urgência e com capacidade de enfrentamento pela equipe), e sobre os quais a equipe tem possibilidade de ação mais direta e que, resolvidos, geram um impacto importante sobre o problema escolhido, resolvendo-o ou minimizando-o.

As seções 6 a 10 descreverão os passos seguintes para o desenho das operações sobre os nós críticos. Vejamos quais foram os nós críticos:

1. Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados
2. Nível de informação da equipe (educação permanente) e da comunidade (educação para a saúde) insuficientes
3. Estrutura dos serviços de saúde a melhorar
4. Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.

Seção 6

Sexto passo: desenho das operações sobre os nós críticos (operações, projeto, resultados esperados, produtos esperados)

Com o problema prioritário selecionado e com causas/problemas intermediários mais importantes (“nós críticos”) bem explicados e identificados – problemas esses que, resolvidos, contribuem para a resolução ou minimização do problema prioritário -, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de intervenção, propriamente dito. Para tal, é necessário correlacionar, para o enfrentamento de cada causa selecionada como “nó crítico” a operação/projeto, os resultados e os produtos esperados, e os recursos necessários para a concretização das operações (econômico-financeiros, organizacionais, cognitivos, políticos).

São objetivos deste sexto passo do plano de intervenção:

1. Correlacionar a cada nó crítico a operação/projeto para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”, os resultados esperados e os produtos esperados.
2. Identificar os recursos necessários para a concretização das operações (econômico-financeiros, organizacionais, cognitivos, políticos).

Seção 7

Sétimo passo: Viabilidade do plano - recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com maior ou menor intensidade, algum tipo de recurso crítico. A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações é uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

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

IMPORTÂNCIA DO SÉTIMO PASSO E RESGATE DE CONCEITOS FUNDAMENTAIS

O plano de ação é composto por operações, desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos recursos, a saber: Econômicos (e/ou financeiros) /Organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos etc.) /Cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) / De poder (também denominados como recursos políticos).

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

Em síntese, é objetivo de o sétimo passo identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação.

Seção 8

Oitavo passo: Controle dos recursos críticos - motivação, ações estratégicas

A ideia central que preside esse passo – análise de viabilidade – é que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Há outros atores que controlam recursos críticos. É preciso identificá-los, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, para então definir ações estratégicas capazes de construir a viabilidade para o plano, ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

O objetivo deste passo é:

Definir responsáveis, motivação e estratégias para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

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

- **Motivação favorável** - o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.
- **Motivação indiferente** - pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.
- **Motivação contrária** - caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la como uma oposição ativa contra o plano.

PARA ANALISAR A VIABILIDADE DE UM PLANO, INICIALMENTE DEVEM SER IDENTIFICADAS TRÊS VARIÁVEIS FUNDAMENTAIS

Quais são atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano

Quais recursos cada um desses atores controla

Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano

É preciso estar atento para o fato de que a avaliação sobre a motivação dos atores é sempre situacional e, portanto, instável e sujeita a mudanças. A ideia de construir ou criar viabilidade para o plano sustenta-se em possibilidades, trabalhadas pelo Planejamento Estratégico Situacional, que colocam como sendo, até certo ponto, possível transformar as motivações dos atores. Isto pode ser conseguido através de **ações estratégicas** que buscam mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar certos atores para que mudem sua posição.

Seção 9

Nono passo: acompanhamento da execução do plano operativo, responsáveis, prazos

Deve-se, inicialmente, designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas. O que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, com acompanhamento e prestação de contas do andamento das ações de acordo com o definido pelo sistema de gestão do plano.

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

IMPORTANTE: QUEM SÃO OS RESPONSÁVEIS?

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

Seção 10

Décimo passo: gestão do plano – monitoramento e avaliação

Esse momento objetiva apresentar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento e avaliação do plano e seus respectivos instrumentos.

É crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar, avaliar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Este sistema de gestão deve também garantir uma eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Devem-se revisar os períodos de tempo de cada etapa (Veja Unidade 5, desse módulo: Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde).

Concluindo a Unidade 3

Elaboração do plano de intervenção / plano de ação

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam muito trabalho da equipe de saúde.

Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas da equipe de forma mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. Mas o sucesso dessa empreitada pode ficar ameaçado se não dispusermos e não utilizarmos instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de todas essas etapas.

É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho.

Considerando um modelo de planilha, utilizada para cada nó crítico, veja como a equipe de Saúde da Família elaborou as ações de intervenção sobre o problema prioritário (Quadros 4 a 7).

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “risco cardiovascular da população aumentado”, no território sob responsabilidade da Equipe Verde de Saúde da Família, bairro Vila Formosa I, município de Curupira, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, padrão alimentar, tabagismo, sedentarismo) inadequados.
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto /resultados esperados	Viver com Saúde / Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos, no prazo de um ano.
Produtos esperados	Programa de caminhada orientada. Campanha educativa na rádio local. Campanha Merenda Escolar.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Direção da rádio (motivação favorável). Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Secretário municipal de educação (motivação favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégias	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, diretora da escola, associação comunitária).
Responsável (eis) (gerentes) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeira.
Prazo	Três meses para o início das atividades
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Programa de caminhada orientada: aos três meses: programa implantado e implementado em todas as microáreas Campanha educativa na rádio local: aos três meses: formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos; definição de horário pela emissora local Projeto “Merenda Saudável”: aos dois meses, aprovação pela Secretaria de Educação.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “risco cardiovascular da população aumentado”, no território sob responsabilidade da Equipe Verde de Saúde da Família, bairro Vila Formosa I, município de Curupira, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Nível de informação da equipe (educação permanente) e da comunidade (educação para a saúde) insuficientes.
Operação	Aumentar o nível de informação da população e de conhecimento conceitual da equipe sobre os riscos cardiovasculares e cuidados.
Projeto /resultados esperados	Saber + / População mais informada sobre riscos cardiovasculares. Equipe com maior nível de conhecimento.
Produtos esperados	Reuniões quinzenais com equipe. Capacitação especial dos ACS e de cuidadores. Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas. Campanha educativa na rádio local. Programa de Saúde Escolar.
Recursos necessários	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacionais - organização da agenda. Políticos - articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Recursos críticos	Políticos: articulação intersetorial.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Secretaria de Educação (Favorável). Gestor da UBS (favorável). Secretaria Municipal de Saúde (Favorável).
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, diretora da escola, associação comunitária).
Responsável (eis) (gerente) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeira.
Prazo	Início em três meses e término em 12 meses.
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Nível de informação da população sobre risco avaliado cardiovascular: Famílias-alvo do projeto identificadas (aos nove meses). Campanha educativa na rádio local; aos três meses: parceiros identificados e sensibilizados; Rede formalizada; Fase de elaboração de projetos comuns (formato e duração do programa; conteúdos definidos). Definição de horário pela emissora local Programa de Saúde Escolar. Capacitação dos ACS e de cuidadores sobre risco cardiovascular: seis meses: programa de capacitação elaborado, ACS capacitados; Cuidadores identificados

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “risco cardiovascular da população aumentado”, no território sob responsabilidade da Equipe Verde de Saúde da Família, bairro Vila Formosa I, município de Curupira, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde a melhorar
Operação	Melhorar a estrutura do serviço e o processo de trabalho para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado
Projeto /resultados esperados	Cuidar melhor / Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal; Contratação de compra de exames e consultas especializadas; Compra de medicamentos.
Recursos necessários	Cognitivos - elaboração do projeto de adequação Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros - aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos;
Recursos críticos	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Prefeito Municipal (Favorável). Secretário de Saúde (Favorável). Coordenador da ABS (Favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Apresentar projeto de estruturação da rede (unidade e estrutura de serviço).
Responsável (eis) (gerente) pelo acompanhamento das operações	Coordenador da ABS
Prazos	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos e quatro meses para compra dos equipamentos. Início em quatro meses e finalização em oito meses
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento de processo de compra e disponibilização de exames e consultas especializadas; aos oito meses: Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; Fluxo de dispensação e avaliação mensal.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “risco cardiovascular da população aumentado”, no território sob responsabilidade da Equipe Verde de Saúde da Família, bairro Vila Formosa I, município de Curupira, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema
Operação	Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência.
Projeto /resultados esperados	Linha de cuidado / Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado.
Produtos esperados	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada.
Recursos necessários	Cognitivos: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos (referência e contrarreferência)
Recursos críticos	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Setor de comunicação social (Favorável). Secretário de Saúde (Favorável)
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Não
Responsável / gerente pelo acompanhamento das operações	Enfermeira e Coordenador de ABS
Prazo	Início em três meses e finalização em 12 meses
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; aos 12 meses: Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde. Protocolos implantados; aos oito meses: Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; Edital elaborado. Recursos humanos capacitados: aos oito meses: Programa de capacitação elaborado. Capacitação com início Regulação implantada; aos 12 meses: projeto de regulação em discussão. Gestão da linha de cuidado implantada: aos 12 meses: projeto de gestão da linha de cuidado implantado

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Unidade 4

Programação das ações da Equipe de
Saúde da Família

Unidade 4

Programação das ações da Equipe de Saúde da Família

A forma como uma equipe de saúde da família organiza sua agenda de trabalho pode refletir várias situações, como os interesses e prioridades da equipe/profissionais, as demandas dos usuários/comunidade e dos gestores, diferentes concepções de modelo de atenção, diferentes formas de entendimento e de organização do processo de trabalho e, certamente, o estágio de organização da equipe enquanto um coletivo de trabalho.

Este texto objetiva apontar algumas questões que podem servir de base para a organização da agenda da equipe.

1. Aspectos gerais da organização da agenda da equipe
2. Programação das ações voltadas para grupos e situações de risco

Ao final propomos a realização de um exercício de programação das ações voltadas para alguns grupos ou situações de risco: pré-natal, atenção à criança menor de cinco anos, hipertensão arterial, diabetes mellitus, rastreamento do câncer de mama e de colo uterino.

Seção 1

Aspectos gerais da organização da agenda da equipe

Nessa Seção 1 vamos apresentar alguns aspectos relacionados com a organização da agenda da equipe a partir de algumas questões.

Como a organização da agenda pode interferir na qualidade, na integralidade e na equidade do cuidado prestado pela equipe? Vejamos as possibilidades, considerando que a agenda pode ser organizada com foco na demanda espontânea, na demanda programada, ou em ambas, demanda espontânea/demanda programada.

1.1 Agenda que tem como foco principal o atendimento de demanda espontânea

Tomando como exemplo a atenção à população portadora de diabetes, é fácil compreender que se a equipe organiza a sua agenda de trabalho tendo como foco apenas o atendimento das pessoas que espontaneamente procuram o serviço, dificilmente vamos enfrentar esse importante problema de saúde pública, satisfatoriamente, cumprindo os atributos de **qualidade do serviço**.

São os seguintes atributos da qualidade do cuidado que podem ficar comprometidos na agenda apenas com o foco na demanda espontânea:

Integralidade: O atendimento de demanda espontânea é a forma como lidar, de uma forma reativa, com as situações agudas. Não existem, nessa forma de atuação, muitas oportunidades de trabalhar pró-ativamente aspectos preventivos e de promoção da saúde. A nossa intervenção se restringe quase que exclusivamente aos aspectos clínicos e de forma individualizada. O foco na demanda espontânea dificulta uma abordagem do problema de forma coletiva, de forma a construir uma consciência sobre o diabetes, suas causas, consequências e formas de enfrentamento pela comunidade.

Equidade: Como lidamos apenas com as pessoas que procuram o serviço é difícil construir um diagnóstico sobre o conjunto dos portadores de diabetes de uma comunidade e menos ainda sobre subgrupos de risco para planejar intervenções diferenciadas da equipe segundo a classificação de risco de cada usuário.

Oportunidade: Esse atributo da qualidade do cuidado depende de conseguirmos fazer intervenções de forma oportuna, antecipando, sempre que possível, às complicações possíveis em cada situação. Um bom exemplo é o subdiagnóstico que temos em relação ao diabetes. Como atuamos reativamente é possível que o usuário somente busque a unidade de saúde quando já apresenta manifestações de alguma complicação da doença.

Eficiência: a qualidade do cuidado também é avaliada pela forma como utilizamos os recursos disponíveis. Quando focamos nossa atuação no atendimento da demanda espontânea existe sempre a possibilidade de estarmos oferecendo mais atenção do que o necessário a algumas pessoas e menos que o necessário a outras pessoas. Outro aspecto a considerar é que a evolução insatisfatória do diabetes com suas complicações exige a utilização de recursos propedêuticos e terapêuticos mais sofisticados e caros, como, por exemplo, a hemodiálise e o transplante renal.

Eficácia: o resultado final do nosso trabalho, como, por exemplo, a redução de complicações e lesões de órgãos alvo, da taxa de mortalidade e de internação relacionada ao diabetes, depende de um bom diagnóstico da situação e de intervenções planejadas e oportunas em função da complexidade do problema. Quando a equipe age de forma reativa as intervenções podem ter menor chance de sucesso.

Acessibilidade: Oferecer atenção apenas a partir da demanda espontânea dificulta o acesso de algumas pessoas, pois terão que “disputar” o atendimento com muitos usuários, mesmo quando temos um bom acolhimento.

1.2 Agenda que tem como foco principal o atendimento da demanda programada

A situação inversa pode também ser um problema: organizar a agenda apenas com demandas programadas (ou ocupando parte muito significativa do tempo da equipe). Nesse caso pessoas com problemas agudos podem ter dificuldades de conseguir atenção oportuna para seus problemas. Isso pode ter como consequência, por exemplo, o agravamento do problema, a procura desnecessária dos serviços de urgência, o comprometimento da relação usuário/equipe, entre outras. Atributos da qualidade do cuidado como oportunidade, acessibilidade e eficácia ficam comprometidos.

1.3 Agenda com foco o atendimento da demanda espontânea e demanda programada

Outra situação que também pode comprometer a qualidade do cuidado é organizarmos a agenda focando nossa atuação apenas no atendimento da demanda espontânea e na demanda programada.

Nesse caso, outras ações fundamentais para a qualidade e integralidade do cuidado **ficam num segundo plano** ou, muitas vezes, simplesmente não acontecem. É o caso, por exemplo, das **ações relacionadas com o planejamento e programação** das ações, a **elaboração e implementação de protocolos** de cuidados, a **educação permanente da equipe**, a **discussão de casos e situações complexas**, a **divisão do trabalho e das responsabilidades** de cada membro da equipe, a qualificação da comunicação interna e externa da equipe, as reuniões com a comunidade, as ações de vigilância, as ações intersetoriais, etc.

A falta de tempo na agenda da equipe para a discussão e avaliação do seu processo de trabalho pode influenciar no próprio desenvolvimento da equipe, do sentido de equipe – “conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras através de uma missão comum, de objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e com um plano de trabalho bem definido” (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000, p. 46) –, contribuindo para um processo de trabalho com ações fragmentadas, desarticuladas e pouco eficientes e eficazes. Fica difícil imaginar o desenvolvimento de uma equipe sem uma reflexão permanente do seu processo de trabalho e sobre as funções e responsabilidades de cada um. Esse processo deve fazer parte da agenda da equipe.

Seção 2

Programação de ações de saúde para grupos e situações de risco

Esta Seção 2 da Unidade “Programação das ações da equipe de saúde da família”, considerando seu objetivo específico, está organizada em dois itens:

- **Etapas da programação de cuidado em saúde** com foco em seis grupos e situações de risco: gestantes; crianças menores de um ano; crianças de 1 a 4 anos; hipertensos; diabéticos; e rastreamento de cânceres de útero e de mama, de cólon e de próstata.
- **Modelo de programação para grupos ou situação de risco: sugestão de planilha.**

2.1 Etapas da programação de cuidado à saúde

O processo de programação de cuidado à saúde reúne um conjunto de etapas articuladas: caracterização da população da área adscrita (território) com base na distribuição (estimativa) na população geral; definição de grupos populacionais mais susceptíveis a situações de risco ou vulnerabilidade; definição de ações considerando a especificidade de cada grupo ou situação de risco (consultas, visitas, vacinação, exames, outras); definição de ações considerando a especificidade de cada grupo ou situação de risco; quantificação das ações e elaboração de cronograma para cobertura de 100% para o grupo ou situação de risco objeto da programação; organização da agenda de trabalho da equipe; definição do processo de monitoramento das ações e das atividades planejadas e programadas.

2.1.1 Caracterização da população da área adscrita (território) com base na distribuição percentual na população geral (estimativa).

Atualizada periodicamente, pelo Censo Demográfico, a distribuição da população brasileira, por sexo e grupo de idade e a Taxa Bruta de Natalidade por mil habitantes (TNB) são referências básicas para caracterizar a população de determinada área, região, território (Quadro 1).

Quadro 8 - Distribuição percentual da população brasileira por idade e sexo, Brasil, 2010.

GRUPO DE IDADE	SEXO %		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
Menor que 1 ano	0,75	0,73	1,48
1 a 4 anos	2,93	2,83	5,76
5 a 9 anos	4,00	3,85	7,85
10 a 14 anos	4,58	4,43	9,01
15 a 19 anos	4,49	4,42	8,91
20 a 24 anos	4,53	4,52	9,05
25 a 30 anos	4,44	4,53	8,97
30 a 39 anos	7,60	7,94	15,54
40 a 49 anos	6,30	6,72	13,02
50 a 59 anos	4,58	5,07	9,65
60 a 69 anos	2,76	3,18	5,94
70 a 79 anos	1,44	1,85	3,29
80 a 89 anos	0,59	0,94	1,53
Total	48,99	51,01	100,00

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2010.

2.1.2 Definição, na população da área adscrita (território), da população alvo de ações dirigidas a determinado grupo ou situação de risco

Na sequência, aplica-se a distribuição percentual estimada para a população geral do território, resultando, portanto, na estimativa de grupos populacionais objeto da programação de cuidado. No exemplo do Quadro 2, considerou-se a população de uma área adscrita (2.500 pessoas), referência de uma equipe de Saúde da Família (Quadro 2).

Outro dado importante é a **Taxa Brasileira de Natalidade (TBN)** – número de nascidos vivos, por mil habitantes em determinado espaço geográfico e ano considerado. Conforme o Censo Demográfico de 2010 a TBN para o Brasil era de 15,88 e a projeção para 2015 de 14,16. A TBN permite calcular o número de gestantes existentes no território, de acordo com o seguinte: $TBN \times população, dividido por 1000 + 5\%$. Assim, para uma população adscrita de 2500 pessoas o número esperado de gestante seria de $(14,16 : 1000 \times 2500) + 10\% = 39$. Esse mesmo cálculo pode ser feito com o número de nascidos vivos no ano anterior, mais 10%. Observe-se que esse número é bem próximo da população até um ano de idade. A meta de cobertura para o grupo gestante deverá ser sempre 100%

Quadro 9 – Distribuição (estimativa) da população, por idade e sexo, na população de área adscrita a uma equipe de Saúde da Família (2.500 pessoas), com base na distribuição percentual para a população brasileira, no Censo Demográfico de 2010.

GRUPO DE IDADE	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor que 1 ano	19	18	37
1 a 4 anos	73	71	144
5 a 9 anos	100	96	196
10 a 14 anos	115	111	225
15 a 19 anos	112	111	223
20 a 24 anos	113	113	226
25 a 30 anos	111	113	224
30 a 39 anos	190	199	389
40 a 49 anos	158	168	326
50 a 59 anos	115	127	241
60 a 69 anos	69	80	149
70 a 79 anos	36	46	82
80 a 89 anos	15	24	38
Subtotal	1225	1275	2500

Fonte: Autores

2.1.3 Definição de grupos populacionais mais susceptíveis a situações de risco ou vulnerabilidade

Esta é a etapa de definição, por estimativa, do quantitativo da população do território por situação de risco ou vulnerabilidade, para uma atenção programada. Esses grupos populacionais susceptíveis deverão ser submetidos a ações de promoção, prevenção (primárias, secundárias e terciárias), rastreamento e diagnóstico precoce e tratamento, que definirão os efetivamente em risco ou acometidos. Para esses indicadores são consultados critérios e parâmetros definidos, nacional e internacionalmente, com base em evidências científicas como as contempladas na Portaria MS n. 1631, de 01 de outubro de 2015), que *aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS'. De acordo com o disposto nessa portaria os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos a serem utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015).*

O conhecimento do percentual estimado de alto risco ou acometimento permite comparar essa estimativa com os dados locais registrados. Seriam grupos de risco ou vulnerabilidade e ações a serem implementadas: puericultura para crianças até um

ano; puericultura para crianças até quatro anos; cuidados e ações para hipertensos e para diabéticos e rastreamento de câncer de cólon, de próstata, de mama e de útero, entre outras ações. Tendo como referenciais estudos, dados e informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e-SUS e do IBGE, o Quadro 3 mostra a estimativa percentual para grupos e situação de risco na população geral.

Quadro 10 – Estimativa do percentual de população por situação de risco e percentual de pessoas efetivamente acometidas

Situação de risco / grupo etário (1)	Parâmetros	
	Estimativa na população geral (%)	% da estimativa populacional em risco ou acometida
Gestante (85% de baixo risco e 15% de alto risco)	1,55	100
Criança menor de 1 ano (Brasil) (2)	1,42	100
Criança de 1 ano a 4 anos (Brasil) (3)	5,81	100
Hipertensos		
25 a 39 anos	20,70	9,90
40 a 59 anos	22,60	32,40
60 anos e mais	11,05	52,50
Diabéticos		
25 a 39 anos	20,70	1,40
40 a 59 anos	22,60	5,00
60 anos e mais	11,05	13,40
Rastreamento câncer de colo uterino		
25 a 64 anos (4)	26,00	100
Rastreamento de câncer de cólon		
50 anos e mais (4)	20,60	100
Rastreamento de câncer de próstata		
homens, 50 anos e mais (4)	9,50	100
Rastreamento de câncer de mama		
mulheres, 50 a 69 anos (4)	8,30	100

1) A Portaria MS 1631/2015 que “Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS”, define ‘gestante’ como uma das situações a ser objeto de programação de ações de saúde. O Método de Cálculo: número de nascidos vivos (NV) no ano anterior + 10% ou TBN (para 2015: 14,16) x população: 1000 +10%. A meta de cobertura para esse Grupo (% a ser coberto) é de 100%. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/page/453/portaria-gm-ms-n-ordm-1-631-2015>.

(2) Brasil: 1,42; Norte: 2,86; Nordeste: 1,54; Sudeste: 1,28; Sul: 1,14; Centro-Oeste: 1,50 (BRASIL, 2010)

(3) Brasil: 5,81; Norte: 7,88; Nordeste: 6,42; Sudeste: 5,17; Sul: 5,14; Centro-Oeste: 6,06 (BRASIL, 2010)

(4) Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito de base populacional sobre fatores de risco de agravos e doenças não transmissíveis. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>

Fonte: Autores

Observação: limites superiores de idade in clusivos

2.1.4 Definição de ações considerando a especificidade de cada grupo ou situação de risco (consultas, visitas, vacinação, exames, outras)

Nesta etapa a equipe define as ações e respectivos protocolos de referência para cada grupo ou situação de risco. Nesse processo devem ser considerados os diferentes protocolos referentes à situação ou grupo de risco em foco:

- Do Ministério da Saúde (Portaria MS n. 1631 de 2015, por exemplo).
- Da Secretaria de Estado da Saúde.
- Da Secretaria Municipal de Saúde.
- Outros protocolos já construídos pela própria equipe que sejam pertinentes.

É imprescindível discutir e acordar com o gestor municipal a viabilidade de cada protocolo proposto.

Planilha de programação: critérios e parâmetros para o planejamento e ações de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

Para os cálculos e projeções automáticas pode ser usada a planilha de programação para grupos de risco, disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007247>>

2.1.5 Quantificação das ações e elaboração de cronograma para cobertura de 100% para o grupo ou situação de risco objeto da programação

É necessário proceder à quantificação e à elaboração do cronograma de execução (em meses ou semanas) considerando as ações e protocolos (se for o caso).

Para exemplificar: em relação à atenção a gestantes, estima-se seu número em 46 (42 nascidos vivos no ano anterior + 5%). Dessas, 85% (39) de risco habitual e 15% (7) de alto risco. O protocolo de pré-natal orienta 3 consultas médicas para a gestante de risco habitual (39 X 3 = 117 e 3 consultas para a de alto risco (7 X 3 = 21).

2.1.6. Organização da agenda de trabalho da equipe

Considerando as ações, protocolos cronograma definidos para cada grupo ou situação de risco nesta quinta etapa é organizado o cronograma de ações de responsabilidade de cada um dos membros de cada equipe. Considerando o exemplo da atenção à gestante, a programação do Serviço de Saúde deve definir 138 consultas médicas/ano tanto para risco habitual como para alto risco, por ano. Considerando 42 semanas de trabalho/ano, o cálculo é de que cada Unidade de Atendimento deve programar 3 a 4 consultas médicas/semanais para pré-natal de alto e risco habitual. Complementando a programação devem-se definir as consultas de enfermagem, com odontólogo, com agente comunitário de saúde e com o especialista, se necessário.

2.1.7. Definição do processo de monitoramento das ações e das atividades planejadas e programadas.

Na definição do processo de monitoramento da programação devem ser definidos e criados gráficos de monitoramento para as atividades de cada profissional da equipe. Um processo de acompanhamento pode ser visto no modelo de programação, a seguir mostrado.

2.2 – Modelo de programação para grupos ou situação de risco: sugestão de planilha

Nesse item é apresentado um modelo de programação, em arquivo MS Excel, disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007247>

Você pode utilizar esse modelo considerando duas possibilidades:

1. A população da área adscrita seja outra que não a considerada no Quadro 2 (2.500 pessoas). Nesse caso, altere-se apenas o número de pessoas da área adscrita (aba inferior, dados de entrada), e a planilha fará todos os cálculos dos quadros e figuras, automaticamente; ou
2. Modificar o percentual da distribuição da população adscrita para cada faixa etária e por sexo, ou seja, mudar a pirâmide etária, de acordo com outros parâmetros de referência (por exemplo, dados de cadastro local das populações alvo).

Todas as planilhas de monitoramento de programação são pré-formatadas (na aba inferior selecione alternativa de **nome do grupo de risco**, para ações a serem implantadas, ou **acompanhamento**, para os gráficos de metas e resultados alcançados). Para o acompanhamento é necessário o lançamento mensal dos dados dos atendimentos executados pelos diferentes profissionais da equipe (quantitativos produzidos de cada ação), o que requer registro prospectivo das informações. Para cada grupo de risco pode ser conhecida uma estimativa de pessoas possivelmente acometidas, de acordo com indicadores definidos em estudos, censos ou outras fontes de dados. Esse número estimado pode servir de referência para a programação de ações de saúde para cada grupo de risco, de acordo com indicadores do Quadro 3.

As estimativas devem ser comparadas ao número real dos registros em cadastros feitos pela equipe e permitir análise da cobertura da atenção. Para acesso na planilha apresentada acionar a barra inferior e marcar o item desejado: dados de entrada, gestante, criança, hipertenso, diabético, estimativa de atendimento, acompanhamento gestante, acompanhamento criança, acompanhamento hipertenso, acompanhamento diabético.

Dados de entrada: a planilha visualiza a distribuição de população de 2.500 pessoas, por faixa etária e sexo, adscrita a uma equipe de saúde da família (Quadro 2). Modificando-se o total (2.500), nova distribuição é mostrada para o novo total registrado.

Os mesmos **dados de entrada** mostram estimativas percentuais na população alvo para alguns grupos de risco: gestante de risco habitual, gestante de alto risco, criança até 1 ano, criança de 1 até 5 anos, hipertensos de 25 até 40 anos, hipertensos de 40 até 60 anos, hipertensos de 60 anos ou mais, diabetes de 25 até 40 anos, diabetes de 40 até 60 anos e diabetes de 60 anos e mais.

Como exemplos, é mostrada a programação de atenção à saúde de gestantes (Quadro 11), de crianças até os cinco anos (Quadro 12), de hipertensos (Quadro 13) e de diabéticos (Quadro 14).

Quadro 11 - Programação de atenção à saúde de gestantes para uma equipe de saúde da família com 2.500 pessoas adscritas.

Total de gestantes: 46		Risco habitual: 39		Alto risco: 7		Total Geral
Procedimento		Quantidade	Total	Quantidade	Total	
Consultas por ano	Odontológica	1	39	1	7	46
	Médico generalista	3	118	3	21	139
	Médico ginecologista	0	0	7	49	49
	Enfermeiro	4	157	0	0	157
Acompanhamento	Aux. de enfermagem	3	118	3	21	139

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 12 - Programação para atenção à saúde de crianças até 5 anos, para uma equipe de Saúde da Família com população adscrita de 2.500 pessoas

Total de crianças até 4 anos: 181		Menor que 1 ano: 37		1 - 4 anos: 144		Total Geral
Procedimento		Quantidade	Total	Quantidade	Total	
Consultas	Médico Generalista	3	111	2	288	399
	Odontologia	1	37	1	144	181
	Enfermeiro	4	148	2	288	436
Atendimento	Aux. de enfermagem	13	481	5	720	1.201

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 13 - Programação da atenção à saúde de hipertensos, segundo risco, por uma equipe de Saúde da Família com 2.500 pessoas adscritas.

Total de hipertensos: 386		Baixo Risco (45%): 173		Médio Risco (35%): 135		Alto Risco (20%): 77		Total Geral	
Procedimento		Qtd	Total	Qtd	Total	Qtd	Total	Total	Ajuste*
Consultas	Médico Generalista	1	173	2	270	3	231	675	
	Enfermeiro	1	173	1	135	2	154	463	
Atendimento	Aux. de enfermagem	13	481	5	720			1.201	

* ajuste necessário pela concomitância de hipertensão e diabetes

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 14 - Programação da atenção à saúde de diabéticos, segundo categoria não insulina dependente e insulina dependente, por uma equipe de saúde da família com 2.500 pessoas adscritas

Acompanhamento do diabético						
Total de diabéticos: 73		não insulina dependente (80%): 58		insulina dependente (20%): 15		Total Geral
Procedimento		Qtd	Total	Qtd	Total	Total
Consultas	Odontológica	1	58	1	15	73
	Médico generalista	2	117	3	44	161
	Enfermeiro	2	117	3	44	161
Atendimento	Aux. de enfermagem	6	350	12	175	525

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 15 - Síntese de programação de alguns grupos de risco por uma equipe com população adscrita de 2.500 pessoas

Profissional	Gestantes		Criança		Hipertensão		Diabetes		Total	
	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês
Médico generalista	139	12	399	33	675	56	271	23	1483	124
Cirurgião dentista	46	4	181	15	0	0	73	6	300	25
Enfermeiro	202	17	436	36	463	39	161	13	1261	105
Auxiliar de enfermagem	139	12	1.201	100	1.388	116	525	44	3.253	271

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

A sequência dos Quadros 9 a 12 e as Figuras de 1 a 4 mostram o acompanhamento, mês a mês, das atividades pelos profissionais integrantes da equipe, para gestante (exemplo). Como obtidas para a gestante, podem ser obtidas as curvas anuais, mês a mês ou cumulativamente, para o acompanhamento de outros grupos (criança, hipertenso e diabético) pelos profissionais (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem) de acordo com **meta de atendimentos** e **atendimentos realizados** (esse último dado incluir mês a mês).

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO.

Disponível em:

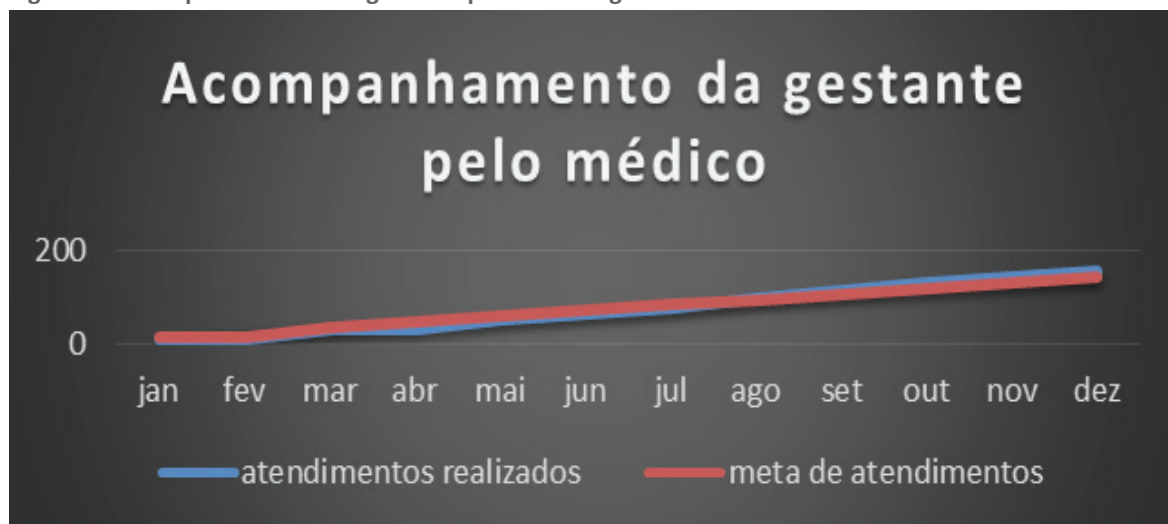
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007247>>.

Quadro 16 - Acompanhamento da gestante pelo médico generalista: valores mensais e acumulados

Acompanhamento da gestante pelo médico												
Mensal	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos (mês)	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Atendimentos realizados (mês)	9	8	16	0	20	12	12	22	16	17	12	12
Acumulado	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos (mês)	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	132	144
Atendimentos realizados (acumulado)	9	17	33	33	53	65	77	99	115	132	144	156

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Figura 4 – Acompanhamento da gestante pelo médico generalista: valores acumulados



Quadro 17 - Acompanhamento da gestante pelo enfermeiro: valores mensais e acumulados

Acompanhamento da gestante pelo enfermeiro; valores mensais e acumulados												
Mensal	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Atendimentos realizados	17	20	20	18	23	18	10	18	20	20	21	18
Acumulado	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	17	34	51	68	85	102	119	136	153	170	187	204
Atendimentos realizados	17	37	57	75	98	116	126	144	164	184	205	223

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Figura 5 - Acompanhamento da gestante pelo enfermeiro: valores acumulados



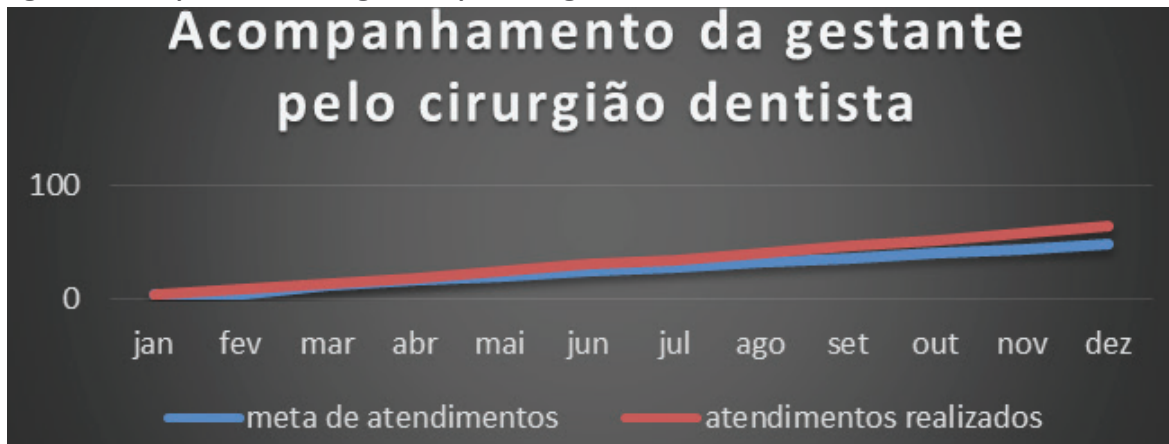
Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 18 - Acompanhamento da gestante pelo enfermeiro: valores mensais e acumulados

Acompanhamento gestante pelo cirurgião dentista												
Mensal	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Atendimentos realizados	4	5	5	5	6	6	3	6	6	6	6	6
Acumulado	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48
Atendimentos realizados	4	9	14	19	25	31	34	40	46	52	58	64

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Figura 6 - Acompanhamento da gestante pelo cirurgião dentista: valores acumulados



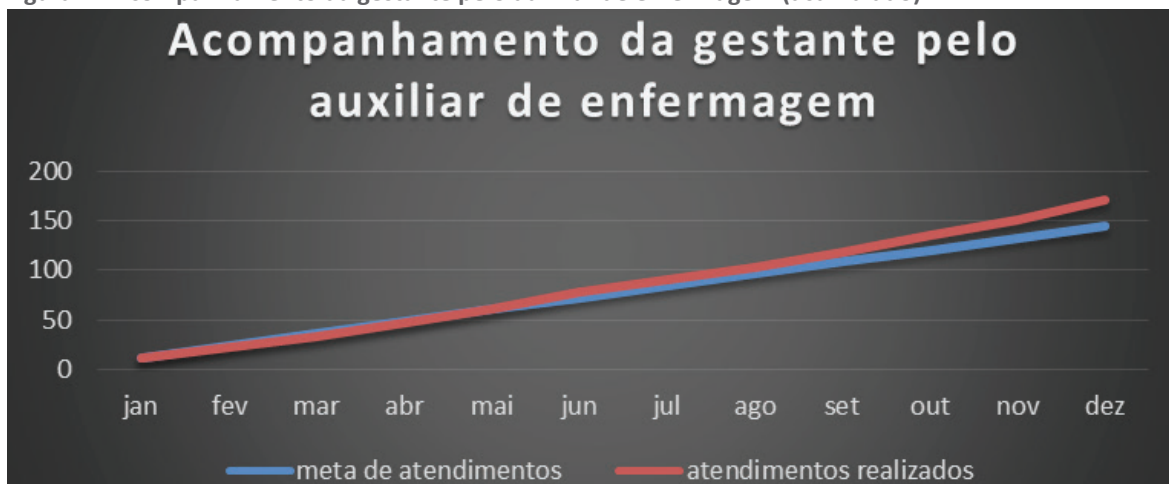
Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 19 - Acompanhamento da gestante pelo auxiliar de enfermagem: valores mensais e acumulados

Acompanhamento da gestante pelo auxiliar de enfermagem: valores mensais e acumulados												
Mensal	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Atendimentos realizados	12	10	10	14	15	17	12	12	15	17	16	20
Acumulado	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	132	144
Atendimentos realizados	12	22	32	46	61	78	90	102	117	134	150	170

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Figura 7 - Acompanhamento da gestante pelo auxiliar de enfermagem (acumulado)



Unidade 5

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

Unidade 5

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

O monitoramento e avaliação têm sido cada vez mais considerados como práticas úteis na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Esforços consideráveis têm sido empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de induzir a institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica por parte dos estados e municípios (BRASIL, 2005).

Mas qual seria, de forma bem objetiva, a justificativa para se avaliar ou monitorar aspectos do desempenho de uma Equipe de Saúde da Família?

Como atividades institucionais e, portanto, permanentes, a avaliação e o monitoramento têm um custo e consomem esforço da equipe. Consequentemente, seu papel deve ser bem entendido, assim como a sua contribuição para a melhoria do desempenho da equipe, para a qualidade dos serviços por ela prestados e para o aumento da satisfação de seus membros, com o seu trabalho. Constitui, também, uma atividade de prestação de contas a agentes externos, como órgãos financiadores e a própria comunidade.

Os objetivos desta seção contemplam a discussão dos conceitos de avaliação e monitoramento e os modelos teóricos que embasam essa atividade.

Seção 1

Avaliação e monitoramento: conceitos

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

A avaliação tem uma longa história nas políticas sociais e pode-se dizer que nasce com elas, mas tem alcançado crescente relevância na medida em que as sociedades cada vez cobram melhor qualidade dos serviços ofertados, a um custo que lhe pareça razoável (BRASIL, 2005).

Na busca de conhecimentos válidos, as metodologias utilizadas embasam-se, cada vez mais, em critérios científicos com a formação de um corpo de profissionais especializados em técnicas de avaliação, tornando as abordagens metodológicas cada vez mais complexas.

Não se deve esquecer, contudo, que as atividades de avaliação, em última instância, servem para alimentar os processos de planejamento e de decisão nas instituições. Retroalimentam com informações que permitam os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos e/ou mudanças de caráter mais estratégico, de maior profundidade, nos projetos ou processos avaliados como, por exemplo, a expansão do projeto, mudanças dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo sua total interrupção.

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

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

MODELO DE PROGRAMAÇÃO / MONITORAMENTO

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

O caráter político da avaliação é enfatizado no documento técnico do Ministério da Saúde, que busca historiar e definir as diretrizes da institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação da atenção básica (BRASIL, 2005). Essa ênfase no caráter político é uma consideração importante para localizá-los num contexto participativo, envolvendo os diversos atores sociais vinculados ao Estado e à sociedade civil (“comunidade”):

AVALIAÇÃO COMO PROCESSO CRÍTICO-REFLEXIVO

“A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades. O processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isto não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos” (BRASIL, 2005, p. 18).

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

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

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

Seção 2

Modelo lógico de avaliação

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

Esta orientação de avaliação (*Theory Driven Evaluation* - TDE) pretende superar uma orientação muito comum que se resume “à análise dos resultados ou efeitos “líquidos” dos programas, sendo criticada pela sua limitação em não considerar as modalidades de implantação nos diferentes contextos nem os mecanismos intervenientes associados a esses efeitos (black-box experiment). Eles apresentam as vantagens de uma avaliação orientada por um modelo teórico (theory-driven evaluation – TDE) explicitando como o programa supostamente funciona” (HARTZ, 1999, p.342).

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

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

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

- As intervenções propostas guardam coerência com os problemas identificados?
- Os produtos/resultados esperados serão efetivamente alcançados se os objetivos propostos forem também alcançados?
- Os indicadores propostos medem realmente os objetivos, resultados ou impactos propostos, de forma a permitir reconhecer quando esses foram realmente alcançados?
- Os problemas identificados serão impactados pelas ações propostas? Em que medida?

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

Conclusão

Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde

Esse texto teve por objetivo a discussão de processos de identificação de problemas de saúde, a definição de problema prioritário para a elaboração de um plano de intervenção, considerando a importância dessa intervenção, a urgência para uma solução e a capacidade de enfrentamento pela equipe de Saúde da Família. Essa intervenção deve ser entendida como instrumento para a reorganização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família e aprimoramento do serviço. Foi dividida em cinco unidades: Planejamento em saúde: aspectos gerais; Diagnóstico situacional em saúde; Elaboração do plano de ação; Programação das ações de saúde; e Monitoramento e avaliação das ações de saúde.

A expectativa é que as unidades sejam tomadas em um processo único, utilizando a metodologia do planejamento estratégico e incorporando a programação das ações de saúde e o monitoramento e avaliação em um processo unificado.

Como resultado final, espera-se a familiarização com os processos de diagnóstico situacional e planejamento estratégico, incorporando desde as fases iniciais o compromisso com a educação permanente da equipe, o aperfeiçoamento de seu processo de trabalho, os resultados e impactos esperados para cada situação de risco em saúde e a dos aspectos de avaliação e monitoramento.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>.
- CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>.
- CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.
- DURÁN, H. et al. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. OPS. **Serie Publicaciones Científicas** no. 111111. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1965. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1151/cendesops111.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo_16/513>.
- FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação em Saúde: conceitos fundamentais e organização**. Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 1999. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>>.
- GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200003>.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7117.pdf>>.
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.
- MATUS, C. O Plano como Aposta. **São Paulo em Perspectiva**, v. 5, n. 4, p. 28-42 out/dez. 1991. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04_07.pdf>.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. **O trabalho em equipe**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2000. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/ imagem/2199.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2199.pdf)>.

SÍNTESE do diagnóstico situacional. Equipe Verde de Saúde da Família de Vila Formosa - município de Curupira. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2007. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/ imagem/2149.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2149.pdf)>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. - **Planilha de programação para grupos de risco**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/ registro/ referencia/0000007247](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007247)>.

ZOOP. Planificación de proyectos orientada a objetivos. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001246>>



SGTES



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

